



ISSN 1245-2394

Quand les Ψ causent en Provence

Sommaire :

- Le petit garçon qui ne mange pas.
- L'Atelier de Thérapie Institutionnelle Michel Silvestre.
- Un Centre d'Accueil à Apt, le CAPPA.
- Une unité de resocialisation, le Phénix.
- Adolescents en difficulté.
- La relaxation psychanalytique.
- Discours sur l'infirmier et la théorie de la réserve indienne...
- L'amour et le désir à la table du banquet.
- La notion de mort chez Emmanuel Lévinas.
- Pratique et critiques de la loi de 1990.
- De la valorisation du rôle social.

Et les rubriques habituelles.

Revue trimestrielle

Prix du numéro : 50 F

Abonnement (4 numéros plus les numéros hors série) : 150 F

Adresser la revue : Docteur Jean-Paul BOSSUAT

Centre Hospitalier de Montfaucon 84143 cedex

UN EPIPHENOMENE QUI A DU SENS ...

Peut-être certains n'ont ils pas (encore) oublié un événement passé quasiment inaperçu hors de Montfavet, au printemps de cette année : une grève très suivie unissait pour la première fois dans l'histoire de l'établissement, médecins et infirmiers, dont le motif principal était la déstabilisation de la quasi-totalité des Chefs de Secteur et d'Intersecteur de l'Hôpital. Ce mouvement fut conduit sur le plan des psychiatres, essentiellement par des praticiens hospitaliers non chefs de service. La conjugaison de diverses situations liées à l'instabilité de la fonction, avait conduit à ce malaise vécu comme fort préjudiciable par l'ensemble de la profession...certes localement.

Cet épiphénomène survenant en pleine contestation de la politique de santé du précédent gouvernement, n'a pas été de nature à modifier le cours des choses. Ce n'est pas demain que la fonction médicale au sein du service public sera revalorisée, mais un tel mouvement même ponctuel, eut été inimaginable il y a seulement quelques années. Et tout cela a énormément de sens...

Cela a du sens parmi les équipes soignantes des secteurs, en particulier dans la profession infirmière qui, dans son immense majorité, prend conscience que l'affaiblissement continu du pouvoir médical n'est pas compensé par un pouvoir infirmier dont le caractère illusoire se nourrit de sa solitude.

J'irais même jusqu'à dire que cet état de choses commence à poser un problème à l'administration qui a besoin de responsables parmi les soignants, ayant les moyens légaux d'exercer une politique de soins cohérente, sans lesquels toute approche économique tournerait dans le vide.

Ce numéro de *Psy-Cause* qui clôt l'année 1997, paraîtra au début de l'année prochaine. Mes voeux pour 1998 sont que cette publication continue à être un lieu de rencontre pluridisciplinaire entre les professionnels de santé ayant le souci de valoriser le soin, avec l'espérance qu'elle contribuera à l'évolution des idées pour que le service public de soins psychiatriques demeure un élément moteur et créatif, parmi un dispositif public, associatif et privé, « pluriel ».

Jean-Paul BOSSUAT
Directeur de la Publication et de la Rédaction

EDITORIAL

Cette nouvelle année verra la fermeture de l'Unité Fonctionnelle dont je m'occupe (Emmanuel Régis) pour permettre la naissance de l'unité intersectorielle de soins de réadaptation. Cette transmutation qui coïncide avec la mise en oeuvre du redécoupage sectoriel à Montperrin, m'amène à repenser à mes premiers élans de psychiatre des hôpitaux dans un « département psychiatrique » façon Ralite et loi de 84, puis façon Barzaac et loi de 87, avec la responsabilité de « Pôles d'activités », selon le signifiant de l'époque, intersectoriel et intra-hospitalier pour l'un, et à l'inverse extra-hospitalier et sectorisé pour l'autre. Ce qui était alors insolent et subversif est aujourd'hui devenu consensuel.

A l'inverse, il semble aujourd'hui presque subversif de s'interroger sur la ronde des signifiants du secteur rythmée par le succès des soins de proximité pour celui qui y a accès, révélant, par sa pertinence même, le cortège ségrégatif du contexte actuel de barbarie liée à la fragilisation du lien social, dont les jeux d'images ne s'articulent plus à l'idéal civilisateur.

De même, au delà de la fonction pacifiante du mythe fondateur, il n'est pas politiquement correct de dénoncer un certain héritage momifié de discours du maître, ramenant la politique de secteur à une préoccupation cadastrale dont, là encore, une certaine barbarie annule la subjectivité, sous prétexte d'objectiver l'égalité.

Pour 1987, et les années suivantes, avec Psy-Cause, nos voeux vont vers une revalorisation du travail associatif, du partenariat interdisciplinaire en lien avec la cité et de l'ouverture intersectorielle...

En effet, les savoir-faire communs et façonnés à l'expérience de la clinique sont à même de transcender les fondements idéaux du secteur, vers une nouvelle créativité, et par là même d'agir sur le lien social dans nos institutions et dans la cité.

Thierry LAVERGNE
Rédacteur en chef

BULLETIN D'INSCRIPTION POUR LA JOURNÉE DE FORMATION CONTINUE

La dépression, une histoire privée, une affaire publique

5 juin 1998 - Aix en Provence
organisée par la revue Psy-Cause
Association loi de 1901 Psy-Cause Sud
organisme agréé sous le N° 93340166854

Nom :

Prénom :

Fonction :

Adresse Professionnelle et téléphone :

Coût de la Formation : 380 F, repas de midi compris

1 - INSCRIPTION INDIVIDUELLE

2 - ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE

ETABLISSEMENT :

ADRESSE :

Je soussigné, , agissant en qualité de
m'engage par la présente à prendre en charge les frais afférents à cette
inscription.

A

, le

signature et cachet

A retourner à, selon votre proximité

Dr Jean-Paul BOSSUAT
C.H. Montfavet
84140 Montfavet Cedex
(W 04.30.03.92.76)

Dr Thierry LAVERGNE
C.H. Montpellier
15617 Aix en Provence Cedex 1
(W 04.42.16.16.71)

QUI FAIT LA REVUE ?

**Directeur de la Publication
et de la Rédaction**
Jean-Paul BOSSUAT

**Rédacteur en Chef
et Directeur Adjoint**
Thierry LAVERGNE

Directeur de la Publicité
Huguette FERRE

Secrétaire de Rédaction
Didier BOURGEOIS

Et bien entendu en premier lieu,
les auteurs des articles.

Comité de Rédaction

Michèle ANICET (Avignon)
Régis ASTIC (Avignon)
Michel BAYLE (Aix)
Moïse BENADIBA (Marseille)
Stéphane BOURCET (Aix)
Fabienne CAYOL (Laragne)
Jaclyne CHAGNY (Avignon)
Laurence FELLER (Uzès)
Jean-Michel GAGLJONE (Avignon)
Marie-Claude GARDONE (Uzès)
Jean-Louis GAUTHIER (Avignon)
Marc-Alain LILLO (Avignon)
Henri LOMBARD (Avignon)
Hosni OUACHI (Avignon)
Bernard PETIT (Aix)
Sophie SAUZADE (Martigues)

QUI AIDE LA REVUE ?

Conseil Scientifique

Henri BERNARD (Avignon)
Marie-Hélène BERTOCCHIO (Aix)
Carmen BLOND (Avignon)
Monique D'AMORE (Aix)
Rémi DEFER (Aix)
Philippe FORNARI (Aix)
Dimitri KARAVOKYROS (Laragne)
José LAMANA (Avignon)
Joëlle LEVEZIEL (Orange)
Christiane MARTIN (Avignon)
Louis MERLIN (Avignon)
Gérard MOSNIER (Avignon)
Maurice PAILLOT (Avignon)
Dominique PAQUET (Avignon)
Jean Marie POTOCZEK (Avignon)
Edmond REYNAUD (Avignon)
Yves ROUSSELLOT (Aix)
Béatrice SEGALAS (Avignon)
Danièle SILVESTRE (Paris)
René SOULAYROL (Marseille)
Mohand SOULALI (Avignon)
Jean-Pierre SUC (Avignon)
Yves TYRODE (Avignon)

Correspondants étrangers

Enzo DESANA (Turin, Italie)
Ivan GALUSZKA (Bila Voda, Tchéquie)
Pavel HLAVINKA (Opava, Tchéquie)
Olivia HOPPE (Münich, Allemagne)
Petr TARABA (Opava, Tchéquie)

Correspondants

Malik AIT BOOUNOUR (Alès)
Richard ALSAC (Marseille)
Joëlle ARDUIN (Avignon)
Jean-Pierre BAUCHERON (Marseille)
Denise BAUDOIN (Marseille)
Claude BISSOLATI (Briançon)
Patrick BOYER (Marseille)
Mireille BRUN (Avignon)
Hervé CASTANET (Marseille)
André-Salomon COHEN (Avignon)
Rémi DELAÎTRE (Avignon)
Emmanuelle DERMENGHEM (Aix)
Thierry FOUCQUE (Nîmes)
Gérard IMBERT (Avignon)
Patrick JULLIAN (Avignon)
François LANET (Uzès)
Dominique MALET (Aix)
Claude MIENS (Avignon)
Christian MIRANDOL (Avignon)
Marie-José FAHIN (Marseille)
Marianne PARIS (Avignon)
Danielle RAOUX (Avignon)
Ecaterina SARACACEANU (Toulon)
Maria SOCOLSKY (Avignon)
Jany VIDON (Avignon)

Le laboratoire Solvay-Pharma par une insertion publicitaire.

Le laboratoire Synthélabo pour une participation à la soirée sur les Etats Limites

Didier BOURGEOIS a dessiné les illustrations originales.
Martine BAROZZI a assuré le mailing.

SOMMAIRE

Psy-Cause I : Pratiques sur le terrain

- Le petit garçon qui ne mange pas* : Stéphane BOURCET et Djamel BOURICHE, Assistants des Hôpitaux. Pages 7 à 9.
- A la rencontre de l'Atelier de Thérapie Institutionnelle Michel Silvestre* : Michèle ANICET, Médecin Chef de Secteur ; Chantal CULLIERIER et Danielle MONBET-BOSSUAT, Psychologues ; Mireille BRUN, Cadre Infirmier ; Michel COLOMBE, Fabienne ORFÈVRE, Jean-Luc SICARD, Myriam THOMAS, Marie-Hélène VALENTE, Infirmier(e)s. Pages 10 à 25.
- Le Centre d'Accueil Psychothérapeutique du Pays d'APT, une structure du secteur psychiatrique* : Catherine CAPPEAU, Infirmière. Pages 26 à 37.
- Le Phénix* : André Salomon COHEN, Praticien Hospitalier. Pages 38 à 44.
- A propos d'un enfant dit incasable* : Michel DAMIGNANI, Infirmier. Pages 45 et 46.
- Un automatisme mental bien précoce ...* : Rémi DELAITRE et Hosni OUACHI, Psychiatres Assistants. Pages 47 à 50.
- La relaxation psychanalytique* : François POINSO, Praticien Hospitalier, et Brigitte POUCHÉLON, Psychologue. Pages 51 à 60.

Psy-Cause II : Théories de la pratique

- Monologue pluriel sur quelques vieilles idées neuves* : Richard KOWALISZIN, Infirmier. Pages 62 à 67.
- L'amour et le désir à la table du banquet* : Marie-José PAHIN, Psychanalyste. Pages 68 à 71.
- La notion de mort dans la philosophie d'Emmanuel Lévinas* : Moïse BENADIBA, Médecin Chef d'Intersecteur. Pages 72 à 76.
- Duralex, pratiques et critiques de la loi de 1990* : Dominique GODARD, Praticien Hospitalier. Pages 77 à 82.
- De la valorisation du rôle social* : Jean-Michel CARVI, Responsable d'un foyer. Pages 83 et 84.

Rubriques

- Courrier des lecteurs*. Page 85.
- Opinion : Formation médicale continue hospitalière : vers un permis à points*, par Didier BOURGEOIS. Pages 86 à 91.
- Actualité scientifique locale*, dirigée par Jean-Paul BOSSUAT. Pages 92 à 121.

Actualité couverte :

- Marseille, Septembre 1997 : *Premier bulletin de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation.*
- Toulon, le 4 octobre 1997 : 7 ème Journée Varoise de psychiatrie clinique et biologique.
- Marseille, le 9 octobre 1997 : *La réactualisation de la loi de 75, dans le cadre de la réforme de la protection sociale.*
- Avignon, le 23 octobre 1997 : *Vers une nouvelle approche de la mort.*
- Aix, le 30 octobre 1997 : *Journée scientifique, aux Parois, sur l'autisme et les psychoses précoces.*
- Montfavet, octobre 1997 : *L'effacement progressif du secteur.*
- Avignon, le 6 novembre 1997 : *Les vingt ans du Moulin de l'Auro.*
- Aix, le 14 novembre 1997 : *Inauguration en alcoolologie.*
- Marseille, les 20 et 21 novembre 1997 : *Congrès Anniversaire de « Vivre sans violence » et « Stops ».*
- Avignon, le 21 novembre 1997 : *Journée d'anthropologie médicale.*
- Martigues, le 22 novembre 1997 : *Quelle technique pour interroger le symptôme?*
- Montfavet, le 27 novembre 1997 : *Les états limites chez l'adulte et chez l'enfant, approche de l'incidence médico-légale.*
- Aix, le 28 novembre 1997 : *Inaugurations par Monsieur Bernard KOUCHNER.*
- Edouard Toulouse, le 11 décembre 1997 : *Psychiatre-exclusion : souffrance psychique - détresse sociale.*
- Avignon, le 12 décembre 1997 : *Criminologie et psychiatrie.*

Société : Poisons, par jean-Michel GAGLIONE. Pages 122 à 124.

Cinéma, par Huguette FERRE et Emmanuelle DERMENGHEM. Pages 125 à 128.

PSY- CAUSE INFO

POUR ADRESSER UN ARTICLE :

Si vous êtes dans le Vaucluse, le Gard, la Drôme, entre Alpilles et Durance, le transmettre au Docteur BOSSUAT, Centre Hospitalier 84143 Montfavet Cedex, Téléphone 04.90.03.92.76.

Si vous êtes plus proche d'Aix : le transmettre au Docteur LAVERGNE, Centre Hospitalier de Montperrin, 13617 Aix en Provence Cedex 1, Téléphone 04.42.16.16.71.

COURRIER DES LECTEURS :

Si vous souhaitez écrire à la revue et que votre courrier soit publié, adressez votre lettre au siège de la revue (Secrétariat du secteur 27, Centre Hospitalier 84143 Montfavet Cedex).

RUBRIQUE D'ACTUALITE SCIENTIFIQUE LOCALE :

Vous désirez qu'une manifestation scientifique située dans l'aire de diffusion de la revue, ait un écho dans la rubrique d'actualité scientifique locale. Vous pouvez adresser à l'intention du responsable de cette rubrique, les informations nécessaires, au siège de la revue.

DEUXIEME COLLOQUE REGIONAL DE PSY-CAUSE :

Il se déroulera le vendredi 5 juin 1998 à Aix en Provence, avec pour thème : *La dépression, une histoire privée, une affaire publique.*

Il est fait appel à communication. Toute communication s'appuyant sur une vignette clinique de dépression de l'enfant, l'adolescent, l'adulte ou la personne âgée, ou sur le travail en réseau visant aux sujets de la dépression ou à la prévention du suicide, ou prenant en considération le constat social de la demande de « bien-être », ou toute intervention évoquée par le thème du colloque est à adresser, selon votre proximité : au Docteur Jean-Paul BOSSUAT (CH Montfavet) ou au Docteur Thierry LAVERGNE (CH Montperrin).

PSY- CAUSE I
PRATIQUES SUR LE TERRAIN

Sept articles correspondant à un travail concret sur le terrain sont proposés :

Un enfant qui ne mange pas, voilà qui interpelle une institution censée soigner, là où il y a eu une défaillance parentale. Deux psychiatres du Centre Hospitalier de Montperrin font l'analyse de l'opération du symptôme au sein de l'équipe soignante.

S'il existe des unités de soins intrahospitalières qui dérangent un certain nombre de concepts sur ce que doit être la psychiatrie de secteur, **l'Atelier de Thérapie Institutionnelle Michel Silvestre** est de celles là. Divers acteurs de l'équipe pluridisciplinaire de cette structure nous exposent leur projet thérapeutique, original et dont la continuité depuis six années n'a cessé d'être le résultat de l'engagement personnel d'un certain nombre de soignants.

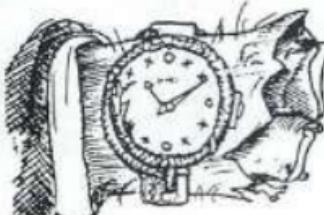
Le Centre d'Accueil Psychothérapeutique du Pays d'Apt est une structure de proximité s'intégrant dans la philosophie de la psychiatrie de secteur, un aboutissement en quelque sorte. Catherine CAPPEAU a consacré son mémoire pour le diplôme d'infirmier à ce thème.

Alors que le débat est ouvert entre intersectorialité et psychiatrie de secteur, la juxtaposition de ces deux derniers exemples illustre l'intérêt d'une cohabitation complémentaire entre les deux approches.

Le phénix, un projet thérapeutique de déchronicisation renaît de ses cendres. André-Salomon COHEN, au travers de métaphores littéraires, s'interroge sur la prise en charge de ceux que l'on a considérés comme incurables.

Deux articles ont été rédigés à partir d'un terrain commun : l'Unité d'Adolescents du Centre Hospitalier de Montfavet. La pratique auprès de cette population interroge tout particulièrement la clinique, que ce soit la question de l'agressivité chez **un enfant dit incasable** (Michel DAMIGNANI) ou **un automatisme mental bien précoce** (Rémi DELAIGNE et Hossni OUACHI).

François POINSO et Brigitte POUCHELON articulent le travail sur un vécu corporel, avec l'approche psychanalytique, au travers de leur pratique avec des patients et de leurs activités de formation, à propos d'une technique de soins : **la relaxation psychanalytique**.



LE PETIT GARCON QUI NE MANGE PAS

Stéphane BOURCET
Assistant des Hôpitaux ⁽¹⁾
Intersecteur Aix, Pertuis,
Trete, Gardanne, Vitrolles, Berre
(13 106)

Djamel BOURICHE
Assistant des Hôpitaux ⁽²⁾
Secteur Gardanne, Vitrolles
(13 G 16)

Dernièrement, alors que nous travaillions sur un texte de Jacques PLUYMAEKERS : « *Lecture systémique et quotidien institutionnel* », un exemple cité par cet auteur nous a donné un éclairage différent sur un symptôme clinique que présente un jeune patient qui est pris en soin, à temps partiel, dans un hôpital de jour pour enfant. La rencontre de ce texte, de notre cas clinique, de notre singularité, nous ont permis d'élaborer en quelque sorte, plus avant, une théorisation de cette rencontre.

1 - L'histoire du petit garçon qui ne mange pas

Richard est un petit garçon de 11 ans, chétif. Il présente une déficience dysharmonique de la personnalité. On ne le comprend pratiquement pas sur le plan verbal, mais son comportement infraverbal et notamment sa gestuelle rend sa communication à l'autre « satisfaisante ». Il est bien intégré aux groupes d'enfants du centre de jour où il est en soin depuis cinq ans.

Son père, artisan-commerçant, est boulanger-pâtissier. Il travaille beaucoup et passe peu de temps avec Richard. Sa femme l'aide dans son commerce. Elle aussi dispose de peu de temps pour Richard et son frère, Ludovic, âgé de 16 ans. Ce sont les grands-parents maternels qui s'occupent de cet enfant quand ses parents ne peuvent le faire. Du côté paternel, son grand-père est décédé, sa grand-mère est âgée et ne peut pas le prendre en charge.

Lors de notre première matinée de travail dans le centre de jour, alors que nous étions dans la cuisine avec l'aide-soignante, cette dernière nous évoque avec émotion combien il lui est difficile de manger depuis plusieurs semaines avec Richard : *l'enfant qui ne mange pas*. Cette notion est en fait partagée par toute l'équipe.

Des semaines s'écoulent mais au grand « dam » des soignants et malgré leurs efforts soutenus et répétés, le symptôme de l'enfant non mangeant persiste.

Puis, vient le jour où nous fêtons l'anniversaire d'un enfant de notre institution. A cette occasion, nous nous retrouvons à la table de Richard et de l'aide-soignante. Devant nos yeux, se déroule le scénario répétitif que l'on nous a expliqué précédemment.

L'aide-soignante stimule Richard pour manger : « *Mange enfin ! tu es trop maigre ! on te voit les os !* ». Mais les paroles semblent suspendues dans le vide, rien n'y fait, l'enfant ne mange pas. A une table proche, un enfant fait tomber la bouteille de sirop,

⁽¹⁾ Intersecteur 6 de pédopsychiatrie, Centre Hospitalier de Montperrin, 13617 Aix en Provence Cédex 1
Tél. 04.42.16.16.91

⁽²⁾ Secteur 16, Centre Hospitalier de Montperrin, 13617 Aix en Provence Cédex 1, Tél 04.42.16.16.43

l'aide-soignante se précipite pour nettoyer le « désastre ». Et là, devant nos yeux stupéfaits, nous assistons à l'incroyable, au non pensable : Richard se saisit de la fourchette et met à la bouche, à plusieurs reprises, les morceaux de viande qui se désespéraient jusqu'alors dans son assiette.

A son retour à notre table, nous évoquons à l'aide-soignante que : « *Richard mange !* ». Cette notion, qui nous remplit de joie, semble ne pas trouver le même écho chez notre aide-soignante qui apparaît perplexe, peu encline à nous croire. Pourtant, tous les faits sont là ; l'assiette est à moitié vide ; l'aide-soignante se range à la réalité et dit : « *très bien, il faut continuer ainsi* ». A ce moment-là, Richard pousse l'assiette, regarde l'aide-soignante et ne mange plus durant le reste du repas.

2 - L'institution : statut, règles, fonctions et mythe

Comment donner un sens à ce cas clinique ? Que représente le symptôme « anorexie » pour l'enfant, son institution, sa famille ?

Une lecture, parmi tant d'autres possibles, peut se faire à partir de la notion de statut et de règle. Le dictionnaire de la langue française définit le statut comme étant une loi, une loi qui concerne les personnes mais qui peut régir aussi le fonctionnement d'une société.

Par ailleurs, il représente une situation personnelle, résultant de l'appartenance à un groupe régi par des dispositions juridiques ou administratives particulières.

L'aide-soignante ne peut pas croire que le petit garçon mange car *son statut est de « ne pas manger »*. Ce statut qui l'étiquette médicalement comme étant anorexique, régit aussi le fonctionnement de l'institution, en tant qu'il est le support de relations, impliquant tous les membres de cette dite institution.

L'information : « *il mange* » ne peut être retenue qu'au risque d'une perte brutale d'un statut qui modifiera nécessairement et radicalement l'équilibre relationnel institué entre Richard et ses soignants. Le déséquilibre apporté par notre courte phrase, associé à la réalité d'un enfant qui mange, entraîne une résistance au changement manifesté par l'attitude de l'aide-soignante qui trouve écho chez Richard, qui arrête alors de manger. Tout revient à sa place, l'équilibre n'est plus menacé.

La régulation empêchant tout changement s'est bien déroulée : la communication implicite verbale et infraverbale de l'aide-soignante à Richard n'est que trop explicite pour l'enfant. Lors du prochain repas tout peut donc reprendre comme avant.

Cette situation rappelle que Richard appartient à un groupe régi par des dispositions que nous préférions appeler ici *règles*. Les règles d'une institution agissent sur chacun de ses membres et sont nécessairement agies par chacun d'eux. L'aide-soignante et le petit enfant ont joué devant nous la règle du jeu : le petit garçon doit être vu ne mangeant pas.

La règle est une prescription ou un ensemble de prescriptions qui portent sur la conduite à tenir dans un cas déterminé. Elle se définit ainsi par *une fonction*. Si cette fonction est vraie pour l'enfant et son institution, on peut penser qu'il en est de même pour sa famille.

Les soignants de l'institution, interrogés sur la famille de Richard, rappellent des faits qui « alimentent » notre hypothèse. La mère de l'enfant, lors des entretiens familiaux, insiste très souvent sur une malformation de naissance que présentait Richard : un bec de lièvre. Cette malformation a été opérée plusieurs semaines après sa naissance. La mère la rend responsable des difficultés alimentaires que présente son

enfant depuis plusieurs années. Elle tend à vouloir croire que les difficultés alimentaires de son enfant nécessitent la prise en charge hospitalière, le problème psychiatrique étant placé ainsi au second plan.

De plus, la communication entre les soignants, l'enfant et sa famille est centrée préférentiellement sur le thème de la nourriture.

Les parents de Richard expriment combien il est difficile de faire manger ce dernier. Les entretiens permettent de révéler les différents stratagèmes qu'ils mettent en œuvre pour obtenir que l'enfant mange : jeux multiples, cadeaux.... Il apparaît donc que ce qui lie l'enfant, l'institution, la famille, est encore la nourriture.

On peut dire que le menu s'impose aux acteurs tout autant qu'ils l'imposent.

L'institution nourricière offre à l'enfant quelques aliments qu'il refuse. Doit-on penser qu'un des *mythes* de cette institution est : « nous sommes une mauvaise mère. Malgré nos efforts, nous n'arrivons pas à nourrir notre enfant ! ».

Le mythe est une croyance partagée par l'ensemble d'un groupe humain, concernant les rôles mutuels et la nature des relations des individus qui le constituent.

A ce point là de notre discussion, il est intéressant de noter que l'institution où est pris en charge Richard à cette époque, traverse une crise. Les différents soignants qui la constituent, se plaignent des conditions de travail, de l'organisation, du fonctionnement. Ils pensent que leur hôpital de jour est une garderie, qu'ils ne soignent pas. Leur discours s'inscrit dans le mythe et le confirme : « notre institution nourricière est une mauvaise mère ! ».

Mais, une institution soignante, peut-elle être une bonne mère? Car, à être trop nourricière, elle prend le risque de rentrer en compétition avec la mère de l'enfant, qui peut alors arrêter les soins institutionnels. La paradoxe de l'institution est ici posé.

Le petit garçon qui ne mange pas ne fait que rappeler la demande implicite des parents à l'institution : « *soignez le moi, pas trop, car nous sommes de bons parents et je suis une bonne mère !* ». L'institution ne peut que répondre à ce souhait si elle veut justifier son existence, sa fonction, finalement, ce pourquoi on la paye.

3 - Conclusion

L'histoire de l'enfant « qui ne mange pas », rappelle qu'un symptôme peut représenter la signification d'un fonctionnement qui lie les différents acteurs d'une institution (enfant - famille - soignants) aux travers de règles qui sous-tendent des mythes.

BIBLIOGRAPHIE

1 - FERREIRA A.J., WINTER W.D.
« Family interaction and decision-making ». Archives of General psychiatry : 214-223, n°13, 1965.

2 - PLUYMAERKERS J.
Lecture systémique et quotidien institutionnel.
Familles, institutions et approche systémique : 63-75, ESF, Paris, 1989.

3 - WINTER W.D., FERREIRA A.J. « Interaction process analysis in family decision-making ». Family process : 155-172, 1967.



L'APPÉTIT GARÇON
QUI NE MANGEAIT PAS

**A LA RENCONTRE DE
L'ATELIER DE THERAPIE INSTITUTIONNELLE
MICHEL SILVESTRE**

Michèle ANICET
Médecin-Chef de Secteur
Chantal CULLIERIER
Danielle MONBET-BOSUAT
Psychologues
Mireille BRUN
Cadre Infirmier

Michel COLOMBE
Fabienne ORFEVRE
Jean Luc SICARD
Myriam THOMAS
Marie-Hélène VALENTE
Infirmier(s)

Equipe pluridisciplinaire de l'ATI Michel Silvestre¹¹
Secteur Orange
(84 G 02)

L'Atelier de Thérapie Institutionnelle « ATI Michel Silvestre » fut créé par le Docteur Jean-Paul BOSSUAT, alors Médecin-Chef du Secteur 2 en octobre 1991. Il fut officiellement inauguré deux ans plus tard, le 11 septembre 1993 dans ses locaux actuels. Monsieur Gérard MOSNIER, Directeur du Centre Hospitalier de Montfavet, déclarait alors : *« l'Etablissement est constitué d'une entité géographique qui comprend d'une part une soixantaine d'unités de soins à Montfavet, mais également une soixantaine d'unités de soins réparties dans l'ensemble du département. Il est particulièrement intéressant d'organiser une manifestation pour une unité intra-hospitalière. D'habitude on inaugure un CMP, des Hôpitaux de Jour à l'extérieur de l'Hôpital, et pour une fois on met l'accent sur une structure à l'intérieur de l'Etablissement, ce qui est de nature à valoriser le travail intra-hospitalier. Et le Directeur, que je suis, ne peut que se réjouir de cette revalorisation »*¹².

Effectivement, imaginer que des soins psychothérapeutiques institutionnels s'adressant à des patients ne présentant pas des pathologies « déficitaires » et ne relevant pas a priori d'une structure psychotique, puissent bénéficier d'une localisation intra-hospitalière, n'est pas dans l'air du temps, que ce soit au niveau des économistes qui prônent une réduction continue du nombre de lits et du nombre de soignants dans les murs, que du dogme « thérapeutiquement correct » du tout extra-hospitalier, de « l'hôpital qui abime les malades ». On pourrait s'interroger d'ailleurs sur ce qui cause de nos jours, en 1997, les soucis sécuritaires qui ne cessent de s'amplifier dans les pavillons d'hospitalisation.

Le Réel de la maladie mentale est têtu et l'usage de la parole, du relationnel, s'il vient à manquer faute de moyens, même dans l'intra-hospitalier, ne peut être compensé par des protocoles tendant à circonscrire le risque généré par une pathologie que l'on se contente de ligoter... et qui ressurgit un jour ou l'autre.

Cette inauguration fut également l'occasion pour le Docteur Jean-Paul BOSSUAT, de rappeler la spécificité du projet thérapeutique de l'ATI¹³ : « *Elle est de situer dans le dispositif de l'hospitalisation plein temps, le recours à des soins en journée dans le cadre d'un groupe ayant un encadrement spécifique et repérable donc structurant,*

¹¹ ATI Michel Silvestre, Secteur 2, Centre Hospitalier, 84143 Montfavet Cedex. Tél 04.90.03.91.09

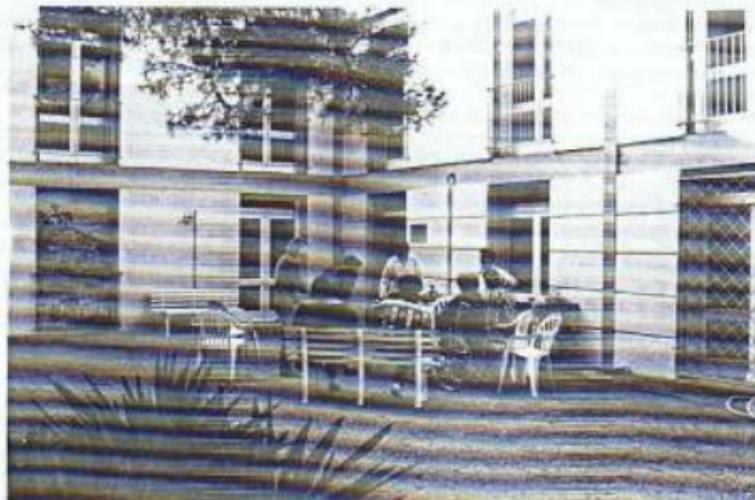
¹² Bulletin de liaison du Secteur 2, Point Virgule n°13 p.3 (disponible au Centre de documentation du Centre Hospitalier de Montfavet)

¹³ Point Virgule n°13, p.7

de considérer qu'un travail de fond peut être fait justement à l'occasion d'un temps de rupture d'avec le milieu dans lequel le patient a décompensé ». Elle est aussi de considérer que cela s'adresse à d'autres patients que les psychotiques. « Pour le névrosé qui décompense, l'alcoolique, le toxicomane qui ont besoin d'une remise en question à distance de leur milieu, durant un temps limité, la rencontre d'un dispositif institutionnel est une chance à saisir ». A la différence de certaines institutions qui proposent un temps de repos et d'oubli qui ne résoud rien, l'ATI « interpelle le patient sur l'existence dans sa prise en charge, d'un volet qui est une participation personnelle au traitement, un engagement individuel sur le plan de ce que l'on est pour quelque chose dans sa maladie ».

Avec le recul des années, nous dirons aujourd'hui, que la fonction thérapeutique première de notre structure de soins est d'amener des patients hospitalisés pour des troubles de comportement, une situation de mise en danger, à un travail au niveau de la **demande**. Ceci pourra déboucher ultérieurement sur une démarche avec un engagement personnel, chose impossible ou en tous cas fort improbable s'il y a impasse sur le temps d'hospitalisation.

Danièle SILVESTRE fut présente lors de la journée d'inauguration et apporta son témoignage sur l'œuvre de son mari (décédé en 1985) rappelant sa première rencontre avec la psychiatrie « en 1964, comme interne dans le service du Docteur BONNAFE ; ceux qui connaissent ce nom, voient que cela forcément marque un parcours. A cette époque là, c'était un service dans un très vieil hôpital de la grande banlieue parisienne. C'était un service « hospitalier » (je joue sur les mots) dans un asile épouvantable. C'était le choix d'une certaine psychiatrie et vous connaissez les liens qu'avait le Docteur BONNAFE avec la psychiatrie institutionnelle, la politique de secteur, etc... Ayant cessé d'exercer dans les institutions psychiatriques à partir de 1975, Michel SILVESTRE, psychanalyste, s'est longtemps inscrit dans l'Hôpital ».



Dans le jardin de l'ATI Michel Silvestre

Une formation collective, venant compléter les formations personnelles, dispensée par « la Question Freudienne », sur quatre années et au niveau des pratiques soignantes-infirmières nous a permis d'aborder un certain nombre de concepts psychanalytiques explicitant la structure du patient, la place du soignant-infirmier vis à vis du symptôme, et nous a aidé à mieux repérer ce qui est en jeu dans la relation. Cette formation, où la part d'études de cas clinique est importante, a été animée par Marie-José PAHIN * et Simone KNEBELMANN * et s'est révélée éclairante et positive. Une supervision d'équipe vient compléter ce travail.

En septembre 1995, survint un nouveau tournant pour l'ATI puisque son référent médical institutionnel le Docteur BOSSUAT quitte le service pour prendre en charge un autre secteur.

Le Docteur Michèle ANICET, nouveau chef de service, se positionnait comme référent médical de la structure de soins et par là-même confirmait le projet de l'ATI dont le principal objectif reste « *l'écoute du patient à travers la parole* ». Comme dans tout dispositif de psychothérapie institutionnelle les activités y sont apport à la relation.

A - FONCTIONNEMENT

L'admission du patient à l'ATI se fait durant le temps d'hospitalisation, après résolution de la crise dans le pavillon d'origine. Cette introduction du *deuxième lieu* de prise en charge institutionnelle permet un renouvellement du regard posé sur lui, une écoute différente et différée (par l'organisation d'entretiens infirmiers cadrés). Le changement d'équipe soignante va nécessiter une transmission de savoirs et engendrer une perte. Les allers et venues entre les 2 unités, des dossiers de soins pour la réactualisation de la situation, des assistantes sociales, des médecins viennent ponctuer l'évolution, réalisant cette circulation. La création d'un savoir différent sur le patient élaboré par des observations unifiées, puis structuré et orienté grâce aux synthèses effectuées en collaboration avec le médecin référent du patient, va aménager pour le patient une distance lui permettant de restaurer sa relation imaginaire à l'autre.

L'ATI, pour le névrosé, ne remplit sa fonction de soin que si cette *circulation* est réalisée. Pour le psychotique, cet échange prend moins d'importance, le travail se faisant davantage au niveau d'un étayage imaginaire, du travail de la Loi. La différenciation des lieux entre les deux unités d'hospitalisation permet également de bien séparer le soin somatique et médicamenteux du soin psychologique, par la parole, même s'il y a aussi circulation de médicaments. Les angoisses du patient, qui émergent dans les entretiens individuels sont tempérées par le travail de la différenciation des interlocuteurs et des lieux où chaque problème peut et doit être posé « au bon endroit, à la bonne personne ».

L'infirmier référent assure la cohésion des soins, la continuité du discours du patient et peut lui permettre de se réapproprier son histoire.

Le projet de soins

Le projet de soins, en articulation avec le pavillon d'origine forme un contrat d'alliance qui entretient cette cohésion. Le projet est évolutif, son élaboration se fait lors de la demande de prise en charge par l'unité d'origine où le désir du patient a été initié. Le projet est ensuite travaillé au cours des réunions hebdomadaires de synthèse et avec le patient. Lieu de rencontre entre équipes transdisciplinaires (médecins, psychologues, assistantes sociales et infirmières) des différents secteurs d'où sont issus les patients

* Psychanalystes

(cinq différents secteurs). A l'ATI on s'attache avant tout à une individualisation du soin. Ceci nécessite une constante ouverture sur l'actualité du vécu du patient pendant les activités et en dehors. Cette écoute individuelle est facilitée par le choix d'un(e) référent(e) qui sera aussi l'interlocuteur privilégié du médecin référent du patient.

Ce travail à la demande est souvent et **avant tout un travail de la demande**. Si un des objectifs à terme est la reprise d'une vie « normale », la visée n'est pas l'autonomie et la réinsertion du patient comme obsession soignante à court terme. Ce qui est plutôt recherché c'est

- d'amener le patient à une meilleure compréhension et acceptation du traitement,
- d'induire une prise de conscience des répétitions, des failles narcissiques, du mode de relation à l'autre,
- de restaurer le patient dans sa position de sujet de son désir,
- de commencer un travail à l'extérieur de l'hôpital de psychothérapie individuelle, de thérapie de couple, de thérapie familiale ou une psychanalyse.

La mise en confiance, l'établissement d'un transfert, l'abord de la séparation sont autant d'étapes dans la prise en charge qui demandent un certain temps pour être opérant. Perçu par les patients comme une structure intra-hospitalière, « l'ATI » amortit par ailleurs le passage parfois trop rapide entre l'hospitalisation plein temps et la sortie. Plusieurs patients, en particulier, des psychotiques, ont amorcé ainsi une transition souple vers un appartement associatif, un Hôpital de Jour, ou leur retour à domicile aidés en cela par une hospitalisation de jour une ou deux fois par semaine.

La prise en charge du patient à l'ATI est à la fois groupale et individuelle. Le groupe venant soutenir tantôt la parole du patient, tantôt l'éclairage que tentent d'en donner les soignants, le groupe étant parfois très clairvoyant sur le désir inconscient du patient et pertinent dans l'interprétation donnée. Les entretiens individuels viennent relativiser, rajuster, faire progresser la vision que le patient a de lui-même.



Une réunion soignants-soignés, à ATI

Le projet de soins de l'unité établi, donne une cohésion aux multiples relations de soignants-soignés, relations qui se tissent au cours :

a) des ateliers qui sont outils, médiateurs, supports d'expression, moments de créativité, objets de satisfaction ou de déplaisir, occasions de remise en cause.

b) des entretiens infirmiers, temps d'écoute privilégiés où s'élaborer selon la pathologie du patient un soutien qui prend des formes variées. La parole, énoncée peut être écrite (réalisation d'un journal, reconstitution de l'arbre familial autour du patient, volonté de retourner à l'écrit qui fait émerger le sujet).

c) des temps « libres » qualifiés par certains patients de temps « morts » ou « perdus » introduisant un manque, incitant à réfléchir, à préparer ou « digérer » les entretiens. Ils sont aussi l'occasion de discussions entre patients, travail du groupe qui trouve son apogée, une fois par semaine avec

d) le groupe de parole, animé par une psychologue où chacun parle de son vécu de la semaine et le confronte aux réactions des autres ;

e) des entretiens psychologiques et médicaux avec les intervenants de l'unité d'origine viennent ponctuer la prise en charge. Chacun dans sa spécificité, élabore, oriente, affine.

B - LES ATELIERS

La pluralité des ateliers permet d'établir un emploi du temps lors d'une réunion hebdomadaire. C'est l'occasion de mettre en jeu la projection dans le temps. La nécessité de s'inscrire, les difficultés du choix, la problématique du plaisir, l'émergence d'une demande mettent l'accent sur l'aspect relationnel comme sur la création.

- Voici quelques exemples concrets de la fonction que les patients font jouer aux ateliers, quelquefois d'ailleurs à notre surprise, dans leur reconstitution narcissique.

Atelier Théâtre :

- Mr M., psychotique, a été un acteur assidu, actif et dynamique pendant plusieurs mois à l'ATI, puis il a été adressé à l'Hôpital de Jour extra hospitalier et il y a retrouvé un atelier similaire. Bien que réticent au départ, il a pu ainsi adhérer au projet HDJ à travers cette activité.

- Mr Y., maghrébin, ayant un problème de confiance en lui très invalidant va venir avec beaucoup de résistance au départ. Il découvre et développe ses capacités d'élocution et d'interprétation et est reconnu par le groupe. Il repartira avec un regard sur l'Autre différent et une ouverture qui lui permettra une réinsertion.

Atelier Peinture :

- Mr X., hospitalisé pour amnésie, nous livre dans un dessin « imaginaire » mettant en scène « la détresse et la tristesse de ces femmes, peut être en Somalie », dit-il « car on en parle beaucoup en ce moment à la télé ». Nous saurons ensuite par la mère du patient retrouvée que c'était le lieu, où, militaire, il décompensera, au point d'être rapatrié sanitaire et restera amnésique.

Ateliers Photo et Escalade :

Mr G. demande qu'on le photographie pendant l'activité escalade, développe ces négatifs et apporte ensuite à sa famille les clichés comme une preuve de ses capacités, tentant ainsi et réussissant au moins partiellement à changer son statut « d'incapable » posé par la famille.

Atelier Ecriture :

Plusieurs patients hystériques ont pu « lever le voile » et laisser entrevoir des événements passés dramatiques. Cet épisode leur a permis d'aborder ensuite en entretien des sujets difficiles et d'y poser, de s'autoriser à construire un travail personnel d'écriture. Parole et prise de distance sont alors possibles.

Atelier Terre :

Au terme d'une longue prise en charge où il est difficile de déterminer son nom, son âge et dans un refus d'être pathologique, joue du mystère avec provocation, Mr S. utilise sa position de leader de groupe pour réaliser et faire réaliser, pierre par pierre, une réplique du théâtre d'Orange, un Arc de triomphe dédié à la Légion et une pyramide, juste achevés avant son départ en maison de retraite. C'est au travers de cet acte posé qu'il peut exister suffisamment pour partir en maison de retraite.



A travers le cas de Mme A. voici comment les ateliers peuvent s'articuler dans un ensemble où le fil conducteur et une prise en charge individualisée du patient sont soutenue par l'infirmière « référente ».

- Mme A, née en Algérie de père berbère et de mère arabe, fille ainée qui s'occupe de ses frères et soeurs pour aider sa mère, en l'absence réelle du père vivant le plus souvent en France. Elle se sent rejetée par ses parents, et maltraitée car elle s'oppose aux traditions familiales et à sa religion. Arrivée à 10 ans en France, elle veut apprendre le français, le fait grâce à sa voisine puis c'est une assistante sociale qui oblige ses parents à la scolariser.

Elle s'investit dans les études tout en continuant de s'occuper de ses frères et soeurs. Elle se démarque de sa culture, demande et obtient l'émancipation et la nationalité française. Elle épouse un enseignant d'origine juive en cachette, change donc son nom et choisit un autre prénom. Elle travaille pendant de nombreuses années comme éducatrice et « s'arrête » pour s'occuper de ses enfants. Les enfants grandissent et en 1991, un sentiment de rejet, de vide, de solitude et d'inutilité « l'habite » et elle commence alors à s'alcooliser.

Elle est suivie par un psychiatre, est hospitalisée dans une clinique puis un centre spécialisé pour alcooliques. Elle fait de nombreuses tentatives de suicide graves qu'elle dit être des « mutilations », comme elle dit que boire est pour elle « braver un interdit religieux ». Elle s'alcoolise massivement en dehors de la maison comme les hommes de sa culture d'origine qui sont en rupture avec leur religion, se fait « ramasser » par les pompiers. Elle est donc hospitalisée en 1995 par intermittence, par périodes courtes et fréquentes et suit une analyse.

L'atelier peinture et modelage lui permet de renouer avec sa passion et de retrouver le plaisir de créer. Au début de son analyse, initiée pendant sa première hospitalisation, elle amène ses dessins comme paiement à son analyste. Dans un second temps, elle s'en servira comme matériel analytique dans son travail extérieur qu'elle sépare nettement de l'A.T.I. Sa référente parle avec elle de son angoisse, comment y parer concrètement aux heures où elle augmente, de son plaisir de créer et des façons de l'aborder.

En atelier esthétique, elle se livre peu, se « laisse apprivoiser lentement ». Elle peut dire que la féminité la renvoie à sa souffrance due aux relations très difficiles avec ses parents, avec son père en particulier. Elle accepte et prend plaisir à se laisser toucher depuis peu. Elle désire alors retourner vers ses racines en posant la demande d'aller au hammam.

A l'atelier gym douce relaxation, elle est assidue et se montre à l'aise et en accord avec son corps.

En atelier théâtre, elle accepte depuis peu d'y participer car il s'y inscrit, au niveau du groupe, une histoire et elle y endosse le rôle de script.

En atelier écriture : de plus en plus confiante vis à vis du groupe, elle peut produire des poèmes, des écrits. Par ailleurs, un travail écrit sur sa biographie, demandé par l'infirmière-référente - qui ne savait pas que son analyste lui avait suggéré le même travail, au même moment - a été possible pour elle.

C - QUELQUES REFLEXIONS DES INFIRMIERS-REFERENTS D'ATELIERS

Atelier Photo

Jean Luc SICARD

Comme pour les autres ateliers, l'inscription à l'atelier photo se fait par choix du patient et est au départ, l'expression de son désir. Il peut s'y découvrir différemment à travers cette nouvelle activité et souvent cela améliore sa confiance en lui quand il a le résultat de son travail en main. Cette activité se décompose en trois parties :

Première partie : la prise de vue

A - Le paysage

Tout d'abord, c'est le patient ou le groupe de patients (max. 3) qui choisit le lieu. Ils ont l'initiative du déroulement de la séance. Cela peut être soit un lieu tout à fait nouveau pour eux (qu'ils ont désiré découvrir = notion de désir), soit un lieu familier, connu, qu'ils ont visité seul ou en famille. Dans ce cas là, ce sera matière à discussion, à échangé de souvenirs.

Le patient deviendra un court instant le reporter. Il maniera avec précaution l'appareil et prendra soin de photographier ce que son regard aura capté.

De plus, cet atelier est très apprécié car il permet aux patients de sortir de l'enceinte de l'hôpital, où ils peuvent se confondre dans la foule, comme n'importe quel touriste, sans l'étiquette « psychiatrique ». C'est toujours pour eux un grand moment de plaisir et de détente, de se retrouver en pleine nature ou au sommet d'une colline.

3 - Le portrait est très apprécié de tous les patients. Certains auront besoin d'être photographiés en début d'hospitalisation pour pouvoir mieux comparer l'avant et l'après. D'autres voudront plutôt attendre la fin de l'hospitalisation, de peur d'être confrontés à l'image réelle de leur état.

Ici, le portrait a pour but de montrer l'image. Dans un miroir, on se voit certes, mais inversé, et le plus souvent avec un regard pré-médité. Dans la photo, l'autre regarde aussi. Qu'espère-t-on d'une photo de soi ? Se voir tel qu'on voudrait être idéalement. Or, la photo rendue n'est pas forcément celle que l'on espérait voir. Il faut à l'ATI travailler sur la propre image qu'on donne de soi aux autres.

- *Derrière les situations, derrière sa « position », le masque tombe : l'homme apparaît.*

Le masque démasque »

(Proverbe chinois)

Aussi devant l'objectif, auquel on ne peut se dérober, il faut subir l'épreuve de cette intimité forcée.

Deuxième partie : Le développement

Il est la suite logique de la prise de vue, sinon le photographe se sentirait frustré. Mais il a un intérêt plus technique. Ici, le patient doit apprendre à se servir de tout le matériel du laboratoire, à en prendre soin, à le respecter. Il demande une période de concentration où le patient doit écouter les directives et où l'attention doit être portée sur la théorie, l'apprentissage de la technique. Ensuite, il découvre la facilité et la magie du développement. C'est très souvent un émerveillement, un étonnement, une grande satisfaction, un sentiment d'accomplissement d'un travail effectué. Mais aussi, une occasion d'être mis face à l'échec, l'échec de la photo ratée et d'analyser cette situation.

Le patient pourra ensuite emporter chez lui ses propres photos ou celles où il apparaît. Bien entendu, si un autre patient y figure, il devra lui demander son accord. Une question reste posée en ce qui concerne les patients sous tutelle. D'autres encore, auront besoin de prouver leur passage à l'ATI, à leur famille, leur entourage.

Troisième partie : La lecture de l'image

La photo est un langage universel. Les Chinois disent : « *une image vaut mille mots. Une photo vraie est une poème* ».

L'objectif est d'emmener le patient à apprendre à regarder une photo. Car la photo n'est pas seulement ce qu'elle nous montre explicitement, mais aussi l'atmosphère implicite qu'elle nous restitue. C'est un acte créateur.

Aussi, une technique permet d'apprendre la lecture d'une photo, c'est la sémiotique : lecture des signes. Nous connaissons tous le signifiant et le signifié. En photo :

- Le signifiant, c'est la dénotation, c'est ce que l'on voit vraiment sur la photo, le paysage, le décor... sa description précise.
- Le signifié, c'est la connotation, ce que le patient va interpréter dans cette photo.

Enfin, l'atelier photo est un support à la relation, un moment privilégié dans un petit groupe, trois patients, un infirmier, où l'intimité s'établit dans le respect mutuel, où les souvenirs s'échangent au cours de discussions intenses et variées.

De plus, nous avons pu observer que quelques patients ont vite pris goût à cet atelier et dès leur sortie, se sont inscrits dans des clubs de photo. Ce qui leur a permis de mettre un pied dans la vie sociale de leur ville.

Quelques mots ou phrases, citées ci-dessus, représentant l'activité photo :



Support à la relation
Confiance en soi
Se découvrir différemment
Découvrir une nouvelle activité
Choix, désir du patient
Notion de désir
Initiative
Echange
Sortir de l'enceinte de l'Hôpital
Plaisir, détente
Comparer l'avant et l'après
Peur d'être confronté à son image
Montrer l'image réelle de soi-même
Subir l'épreuve de cette intimité forcée
Concentration, attention
Emerveillement, étonnement, satisfaction
Accomplissement d'un travail effectué
Apprendre à regarder une photo
Acte créateur
..... Une image vaut mille mots.....

Atelier Théâtre

Fabienne ORFEVRE

Derrière ce mot une proposition, celle de partager, soignés et soignants, un temps de plaisir et pourtant... Chacun y vient avec sa souffrance qui l'a conduit à l'hôpital. Avec sa souffrance et aussi son désir d'y comprendre quelque chose. Alors, bien sûr, dans le « jeu », le « je » joue un rôle, « je » fais semblant d'être un personnage, il peut ne pas y avoir que du confort, que du « semblant » justement.

Le patient y est avec son « corps » pesant ou trop léger (alcool, maigreux anorexique, rondeur dépressive), avec son souci de plaisir (hystérique séductrice).

On n'ose pas, tout de suite, être debout devant les autres (réflexe classique au moment de l'improvisation de trouver une chaise « Je m'assois et j'attends », « je regarde mais je ne fais rien, je ne sais pas »).

Aussi l'atelier, scindé en deux moments, débutera par quelques exercices de décontraction. Au préalable le temps aura été pris pour se dire bonjour, se reconnaître ; nous nous présentons par nos prénoms, nous nous serrons la main. Quelques mots, une note d'humour parfois va dire que nous formons, les uns avec les autres, un groupe qui,

si j'ose emprunter la formule à Molière, va vivre dans la *- même galère -* durant deux heures environ. Ce préambule établi, nous allons ensuite nous dégourdir un peu. On se réchauffe, par des mouvements du corps, on occupe l'espace, on rencontre les limites de l'autre, des autres. La voix faible, qui lache, ou forte qui couvre celle des autres, s'inclut peu à peu dans l'espace. Elle vient dire, dans sa particularité, qu'elle existe qu'elle peut se modular. Elle aboutira fréquemment au rire, au fou-rire partagé.

Nous nous mettons *« en voix »*.

Les murs sont épais, nous sommes à l'hôpital, aussi pouvons-nous y aller de bon coeur dans les changements d'intonations et les volumes progressifs. Les voyelles de l'alphabet, neutres a priori, vont se murmurer, se chanter, se clamer. Nous jouons avec, et inévitablement des mots, pas neutres cette fois, vont jaillir. Déjà l'effet de surprise devient un type d'exercice, va faire parler.

Les sons vont appeler une parole. Parole improvisée en même temps qu'un apprivoisement, une découverte de certains mots. Et qui dit *« mots »* peut dire *« maux »*, en tout cas émotion.

Parmi la variété infinie d'émotions, il en est une privilégiée : la colère.

La colère que chacun tour à tour *« fait semblant »* d'éprouver et mime, va résonner. Elle fait écho à une colère sourde, lointaine, enfouie. J'ose ici la laisser éclore. Je suis en atelier, la porte est fermée et ça ne dure qu'un temps. Ce n'est pourtant pas aussi facile que ça.

Ca ne devient plus drôle tout à coup. Heureusement les autres sont là, partenaires, quelquefois indifférents, affectés, réservés mais le plus souvent émus, protecteurs ; enfin, concernés voire aussi agressés...



D'autres mots ou silences éloquents vont naître alors, circulant de l'un à l'autre. Les entretiens avec l'infirmier réfèrent, dans un autre cadre que celui de l'atelier, sont une proposition à chaque fois rappelée afin que la possibilité de reprendre ce qui a été dit, ressenti, ne se dilue pas une fois l'atelier terminé. Un sens, qui existe, qui est à trouver pour le patient, est un travail qu'il sait pouvoir entreprendre, décanter, s'il le souhaite.

Cette perspective est signifiée à chaque fin de séance. (C'est un dénominateur commun à tous les ateliers). La pause est courte parfois, si l'envie de jouer une « saynète » fait pression ; elle peut être plus longue, si remués ou trop émus certains ont besoin de récupérer. L'atelier mèle des personnes à la problématique névrotique ou psychotique, ce qui en fait sa richesse, ce qui peut amener diverses manifestations d'angoisse. Etre en contact physique avec l'autre, homme ou femme, soignant ou soigné, n'est pas toujours évident à supporter.

Le souci est d'entendre à la fois la réticence, la peur des uns et le désir de jouer, le plaisir de rire ensemble des autres.

L'unité du groupe original constitué peut être remise en question. **La pause à mi-temps** de l'atelier est un temps nécessaire pour écouter et clarifier les besoins de chacun (réassurance) afin de reprendre avec les mêmes participants.

Une réflexion pertinente sur le temps, l'attente, un soupir peut être le prétexte, le sujet de l'improvisation. Une fois le thème défini et le temps d'improvisation précisé (quelques minutes seulement), nous convenons de délimiter un espace-scène et un espace public.

Cette scène va donc être le lieu d'existence d'une petite histoire agie, parlée. Un échange où l'on s'engage quitte à reprendre si le fou-rire ou le « je ne peux pas » vient témoigner de la difficulté à se montrer, à dire avec ses mots.

Quelle superbe et thérapeutique astuce que le théâtre ! Les mots prononcés sur scène vont nous dire à tous quelque chose de différent, de dérangeant, de rassurant. La durée de l'exercice est brève par souci de respecter le degré particulier d'émotivité et de sensibilité de chacun et chacune, brève aussi par souci de n'oublier personne.

Chacun sur le même thème est sollicité à improviser devant les autres. La performance est déjà là, essayer de faire. Les plus entreprenants, qui sont parfois les plus réservés en dehors du cadre de l'atelier (oh! surprise!) vont désirer continuer, jouer plus longtemps, refaire la scène.

Depuis quelques semaines, une histoire qu'on pourrait (pourquoi pas?) appeler « pièce » (dans quelque temps) se construit. Cette histoire se déroule dans un château, les 5 patients ont trouvé et choisi leur rôle, l'intrigue est née sur le papier et en même temps sur scène. Chaque nouvelle idée sur la présentation physique du cuisinier, du roi, de la bonne, etc... sur le caractère des personnages, sur le secret qui les lie ou les fait s'affronter l'un à l'autre, chaque idée est jouée. Le décor dans la foulée s'invente, chaises, paravent, balai sont déplacés, transformés selon l'inspiration de l'un ou l'autre.

Une patiente réticente à s'inscrire dans cet atelier, participe depuis peu, recueille les répliques, consigne par écrit les ébauches de dialogues. Chaque patient dans ce parti-pris de monter une pièce devient comédien.

Dernièrement, l'anecdote suivante : une gifle envoyée « pour de vrai » (au lieu d'être mimée) à un patient connu lors de son adresse à l'ATI comme « potentiellement dangereux, voire violent... » ; à la gifle, il réplique par un balbutiement contrarié, complètement adapté à son rôle et à la scène ! Au delà de l'effet de scène, quel effet de surprise !

Le Monsieur (patient en question) n'est pas là où on l'attendait. Il a un moment cessé d'être regardé comme : Mr X, patient adressé tel jour pour etc... ; eh bien Mr X va être différent (et pourtant toujours lui-même). Il va se **surprendre et nous surprendre** en même temps, son jeu va nous faire rire, réagir. Nous allons, alors, lui renvoyer une autre image de lui-même, lui adresser un autre regard. C'est le groupe qui prend le pas sur l'individuel, et pour le patient, le regard posé par le groupe.

Le jeu prend le pas sur ma fonction même si mon attention est tout entière accaparée pour susciter, promouvoir et protéger l'éveil de chacun, encourager l'enhardissement d'un geste, d'une posture, d'une mimique.

Ils sont là sur scène, hommes et femmes, avec finalement pour tout support leur imagination, leur personnalité, leur caractère. Ils sont mobilisés et je le suis tout autant avec eux dans ce partage de chaleur : temps fugace où peut être différé le temps de la souffrance.

Atelier esthétique

Myriam THOMAS

En milieu hospitalier, le patient souffrant de troubles psychiques se cache souvent derrière **une souffrance du corps**.

A partir de ce corps :

- corps morcelé du psychotique,
- corps, lieu d'inscription de la souffrance du névrosé,

l'atelier esthétique va amener le patient à avoir une relation avec son propre corps, relation amenée par :

- une approche visuelle (miroir : connaissance de soi),
- une approche tactile (toucher de la surface du visage, soins d'hygiène),
- une approche symbolique (le langage). Le malade va être amené à parler de lui.

La façon dont chaque patient se perçoit et perçoit son corps, est à considérer à travers son histoire personnelle. Histoire personnelle qui, à travers l'esthétique (le « beau », la « sensation »), permet de se référer au mythe de Narcisse (« jeune homme d'une grande beauté qui séduit par sa propre image reflétée par l'eau, mourut de cet autre lui-même, dont il était devenu amoureux ») dans le travail de reconstruction de l'image de soi. Les soins esthétiques sont une étape d'un travail de soins : **reconstruction et reperception de son identité**.

Ouvert en Novembre 91, à l'ATI Michel Silvestre, l'atelier esthétique est devenu un outil de soins géré par un infirmier dans un cadre et un lieu déterminés, fonctionnant à horaires fixes. A partir de ces objectifs prévus dans la démarche de soins, il devient une action de soins, trait d'union entre le biologique et le psychologique.

Le travail de synthèse, les réunions, ordonnent le sens qui peut y être donné ainsi que l'interprétation qui peut y être apportée. C'est le travail **après** l'atelier qui permet l'émergence du sujet.

Cet atelier fonctionne en complémentarité avec d'autres ateliers (gym, douce, théâtre...), sa spécificité réside dans le fait que le malade (autant, si ce n'est plus, de patients hommes que femmes), une fois inscrit lors de la réunion de fonctionnement, se met en situation de :

- **recevoir** : aucune contrainte, aucun effort n'est exigé de lui. Il arrive dans une pièce « agréable », va s'asseoir, son silence est respecté. Ce qui est recherché est l'apaisement (diminution de l'angoisse), la mise en confiance, la recherche du ressenti du bien-être qui permet une certaine approche qui cherche à favoriser une **situation d'échange** où le corps devient l'élément privilégié de la relation : relation à deux par les médiations psycho-sensorielles (yeux, oreilles, nez), les médiations tactiles (effleurage facial, massage) où le contact humain (peau à peau) permet de cibler la réceptivité du patient. En posant les doigts sur le visage, sur les mains d'une personne soignée, une communication s'établit et nous indique le degré de réceptivité à « se laisser-aller », à « se libérer », à « échanger ».



Ce n'est que lorsque le malade ferme les yeux, que le silence s'instaure, que l'échange est établi, quand cet échange est enfin permis, obtenu, que le patient en retirera plaisir et bien-être : en prenant soin de lui, le malade se trouve réinvesti dans son corps et réhabilité dans son image : plaisir à se regarder et à être regardé. En se sentant bien dans sa peau, le malade peut entrer en relation avec les autres : effet de miroir, de projection, et de reconnaissance par les autres (renvoi d'une image valorisante).

L'atelier esthétique est aussi « *un lieu de parole* » privilégié où le patient nous renseigne sur sa relation à son corps et aux autres : l'atelier n'a d'investi que son étiquette, le patient s'y inscrit pour parler de son corps.

Exemples :

- Mlle G., 24 ans, anorexique (l'anorexie est prise en charge dans le pavillon d'origine) arrive à parler de son aspect : veut des conseils de maquillage, amène des livres de « conseil-beauté », voudrait savoir comment adapter sa tenue, son maquillage en fonction de son physique. Elle essaie de se reconstituer une image, même si le soin de surface du corps lui est impossible. L'atelier est le lieu où elle dit « Je » et investit son corps qu'elle décrit comme étant « vide ».

- Mr L., 47 ans, alcoolique, l'atelier lui a permis de constater au cours de son hospitalisation qu'il était important à n'importe quel âge, de s'occuper de son corps, il est devenu plus « propre », plus « soigné », sa tenue vestimentaire plus recherchée, moins négligée.

- Pour Mr M., 50 ans, psychotique, tout un travail a été établi pour qu'il arrive à se regarder dans une glace (il n'arrivait pas, ne voulait pas se regarder dans « le miroir »).

- Mme B., 48 ans, alcoolique, y pose la question de la féminité et apprivoise un contact difficile (a subi des attouchements dans son enfance). Sa détente dans le soin est parallèle à sa capacité à prendre de la distance dans la relation à l'autre.

On observe souvent que les ateliers sont le catalyseur nécessaire à la remémorisation des événements de vie douloureux. Celle-ci est ensuite travaillée en entretien individuel : la douleur y est parlée, passe au symbolique.

Un travail clé est fait à cet atelier au niveau de reconstruction imaginaire qui permet le regard sur soi, brise la fascination qui arrête le temps (cf Narcisse) et reprend patiemment, pas à pas les allers-retours à l'autre du miroir, un travail qui assure le patient dans le regard qu'il pose sur lui-même.

Atelier Golf

Jean-Luc SICARD

Dans l'imaginaire, le golf a été une discipline réservée à une certaine classe sociale car « snob » et onéreuse. Considéré plus comme un loisir qu'un sport, c'est en réalité une activité qui demande une discipline de « fer », une concentration énorme et un effort physique important.

En France, le golf tend à se démocratiser : on compte aujourd'hui près de 350 000 licenciés et 500 clubs environ. Le prix du matériel et le droit de jeu ont aussi considérablement diminué.

L'idée d'introduire cette activité dans le planning de l'ATI est venue de la passion d'un soignant, mais surtout des effets bénéfiques immédiats observés chez les patients dès la première séance-test. En effet, le premier essai avait été réalisé il y a six mois environ lors des journées loisirs du samedi. Les réflexions des patients avaient été révélatrices : « je me sens détendu, ça m'a calmé, je n'ai plus pensé à mes problèmes pendant deux heures ». Ces patients là étaient deux jeunes psychotiques de 25 et 26 ans, tous deux assez parasités par leur délire.

L'idée était donc lancée, il ne restait qu'à convaincre le directeur du golf de Mouriès les Avignon. Il fut enthousiaste et nous a tout de suite ouvert ses portes (moyennant finances bien-sûr!).

La séance se déroule, donc, tous les mercredis matin ; elle est ouverte à tous les patients psychotiques ou névrosés et comporte plusieurs étapes :

1^{ère} étape : l'échauffement

Comme toute activité sportive, il est primordial de faire un échauffement musculaire important avant l'effort. Le golf met fortement à l'épreuve les muscles dorsaux et il est donc nécessaire de les chauffer. Pour le patient, cette séance permet de prendre conscience qu'il faut préparer son corps à l'effort pour ne pas le blesser.

Pour un psychotique, cette première étape est essentielle, elle le prépare à prendre contact petit à petit avec les différentes parties de son corps. Parfois, un patient plus expérimenté peut être amené, sous le regard du soignant, à diriger cette séance.

2^{ème} étape : explication des règles et de l'étiquette du golf

Nombre de nos patients ont depuis longtemps oublié les règles d'une vie sociale normale : la loi, les limites, le respect des lois et des autres sont parfois inexistantes.

Le golf, c'est un peu l'école de la vie, les règles sont strictes, son histoire et son image prestigieuse obligent à un certain respect. La tenue vestimentaire doit être soignée, on s'y rend rasé, coiffé et propre. C'est un moyen pour le patient psychotique ou névrosé, déprimé ou angoissé de prendre soin de lui, de respecter son image corporelle, de respecter l'autre.

Il y a aussi le respect du lieu. Le parcours de golf est une surface fragile, il faut la respecter. On doit remplacer les « escalopes » (mottes de gazon) arrachées par le club, respecter la nature, les arbres, les fleurs. Puis, le respect de l'autre ; le golf est une discipline qui demande une énorme concentration. On doit respecter le silence, la sérénité qui y règne. On ne crie pas, ne jure pas, même si les caprices de cette petite balle blanche le justifieraient.

Enfin, on respecte le matériel prêté, on le rend dans le même état qu'on l'a emprunté.

Les règles du jeu

Il est important de préciser les principales règles.

Le golf se pratique sur un parcours de 18 trous. Le but est de rentrer la balle dans chaque trou en un minimum de coups. Certains trous se jouent en 3, 4 ou 5 coups (par), ou mieux, suivant la distance qui les séparent du départ au green (surface du trou).

Le matériel est composé de 14 clubs :

- 3 bois = longues distances,
- 11 fers = distances intermédiaires,
- 1 putter = pour pousser la balle dans le trou.

3 ème étape : la technique

Cette séance se déroule sur le « practice » ou terrain d'entraînement. C'est certainement l'étape la plus difficile car elle concerne le mouvement du golf : le swing.

Au golf, tous les membres du corps sont en action en même temps. Les jambes doivent être légèrement fléchies et écartées, les bras tendus puis pliés à la montée du club, le buste légèrement penché vers l'avant et le regard fixé sur la balle. De plus la prise de main sur le club (le grip) demande une certaine dextérité. On peut donc imaginer les difficultés et les efforts de concentration que demande ce sport. Pour un psychotique, les principales difficultés résident dans la coordination des mouvements, pour des patients angoissés ou déprimés dans la concentration. Il faut savoir que si tous ces éléments ne sont pas respectés, la balle ne part pas. Ce n'est pas le moment d'être accaparé par quelques soucis ou délires que ce soit et le résultat est surprenant. Mme R., 30 ans, névrose hystérique, peut se présenter en pleurs en début de séance, parasitée par ses problèmes familiaux, et arriver à se concentrer pendant l'activité pour parvenir à réaliser des coups spectaculaires. Ce n'est pas un « miracle », tout réside dans la « concentration » et dans l'atmosphère de détente qui règne dans cette activité.

Pourtant, l'échec est présent, la balle ne part pas à tous les coups et la capacité de tolérance à la frustration est d'autant plus visible. La solidarité des autres, le soutien que le groupe peut apporter à l'autre arrive à alléger ce sentiment. Prenons l'exemple de Mr B. qui a acquis un très bon niveau de jeu et qui peut désormais participer à l'encadrement. C'est rassurant pour les autres : si lui y arrive, eux aussi peuvent y arriver. C'est pour lui très valorisant et lui permet de prendre confiance en lui.

4 ème étape : le jeu

C'est l'ultime phase de la séance, celle qui permet de mettre en application les règles et la technique acquise juste avant. Pour des raisons financières, nous n'avons pas accès au parcours de 18 trous, mais simplement au « compact » : parcours école. C'est un moment de plaisir, le moment de pratiquer un loisir, quelque chose de très nouveau pour les patients. Cette notion de plaisir est depuis longtemps oubliée pour certains. C'est un instant de détente, mais aussi un moment stressant. Un parcours de golf est très vaste et peut générer de l'angoisse chez certains. L'immense étendue verte,

la peur d'échouer, le stress véhiculé par cette mini compétition sur le parcours, augmente l'anxiété chez certains. Elle reste toutefois très légère, mais l'esprit « bon-enfant » et la solidarité font vite disparaître ce malaise. Maintenant on peut jouer, s'amuser, comparer son résultat avec l'autre, mais le meilleur score n'est pas le but principal. le plus important est la valorisation, l'accomplissement, la réalisation de soi.

« Au golf, avoir un « handicap », c'est être un bon joueur ».

D - CONCLUSION

Dans son travail clinique, Michel SILVESTRE attachait beaucoup d'importance à la rencontre, mais pas à n'importe quelle rencontre : « Ce que l'on rencontre la plupart du temps, on ne le reconnaît pas. Pour le reconnaître, il faut s'imaginer qu'on le retrouve. C'est une rencontre ratée. Lorsque la rencontre n'est pas ratée, c'est un traumatisme ». Le patient peut penser qu'il va rencontrer un objet d'amour dans le Réel, dans une institution par exemple. Ce projet est à la fois une motivation et une illusion nécessaire. La rencontre doit être ratée sinon « cela ne pourrait signifier que la mort du Sujet », et « même ratée, une rencontre n'est pas sans conséquence ».¹¹

La psychothérapie institutionnelle est un dispositif qui « institue » un espace de rencontre, ou plutôt du travail à propos de la rencontre. L'ATI est un « atelier » qui met au « travail » diverses expérimentations par le patient de cette rencontre ratée par un dispositif institutionnel où se croisent les thérapies de groupe et individuelles.

Depuis 6 années, à l'ATI, nous avons par ce cadre, permis à bon nombre de patients de dire leur souffrance et d'évoluer, dans leur façon de « faire avec » les réalités de la vie. Les améliorations sensibles (comme les ratages eux aussi moteurs de progrès) sont, semble-t-il avec le recul, à porter au crédit de cette organisation. Ce lieu qu'est l'ATI, est une étape « rencontrée » par le patient, susceptible d'éclairer un parcours personnel et de donner une nouvelle direction à sa vie.

L'Hôpital Psychiatrique n'a rien a priori d'un « club de rencontre », si ce n'est que c'est là aussi le versant de l'échec qui y conduit... mais rarement de son plein gré. Il est bien souvent le mur qui clôt une impasse. Dans cet Hôpital, l'ATI est le maillon d'un plateau technique dans l'organisation d'un secteur mais aussi maillon d'un dispositif intersectoriel interne, lui-même situé au carrefour des unités d'hospitalisation.

Les indications ne sont pas posées en fonction de la pathologie, mais du bénéfice que le patient peut retirer d'un tel lieu, en ne perdant pas de vue la nécessité de veiller à un certain équilibre, les psychotiques pouvant trouver un étayage dans le groupe s'ils sont minoritaires.

Selon les propos d'anciens patients de l'ATI, le soin y est plus « intensif » que dans les pavillons, et ce côté « unité de soins intensifs » est logique au sein d'un hôpital qui devrait ne recevoir « en les murs » que des patients en crise. Cette dimension trouve sa réalité dans la permanence personnalisée des soignants qui donne la possibilité d'une rencontre... qui sera ratée. La concentration dans une unité de temps et de lieu, des activités et des entretiens individuels permet un travail au niveau de la relation qui s'il ne raccourcit pas la durée d'une hospitalisation, ne l'allonge pas, et peut réduire considérablement le coût d'une maladie à plus long terme en évitant les répétitions.

A une époque où les diminutions d'effectifs et l'accélération des rotations des équipes conduit à un émiettement de la prise en charge dans les unités d'hospitalisation plein temps, l'ATI peut apporter une réponse institutionnelle complémentaire parmi d'autres.

¹¹ Michel SILVESTRE, Demain la psychanalyse, « A la rencontre du réel », pages 292, Seuil, Paris 1993.

LE CENTRE D'ACCUEIL PSYCHOTHERAPIQUE DU PAYS D'APT
UNE STRUCTURE DU SECTEUR PSYCHIATRIQUE

Mémoire Infirmier
Promotion 1994-1997

Catherine CAPPEAU
Infirmière⁽¹⁾
C.A.P.P.A.
Secteur Apt, Cavaillon
(84 G 06)

La diversité des modes de prise en charge en psychiatrie est un domaine qui reste mal connu du grand public. Novice en la matière, je pensais que l'hôpital psychiatrique et les hospitalisations temps plein représentaient la seule possibilité de soins psychiatriques. Ces trois années de formation par la richesse de leurs apports théoriques et pratiques ont, bien évidemment, modifié ma connaissance des différents modes de prise en charge en psychiatrie. La psychiatrie de secteur, avec ses objectifs de précocité, proximité et continuité des soins, m'a semblé une approche tout à fait intéressante de la maladie mentale, et j'ai fait le choix d'effectuer mon stage optionnel de deuxième année, au sein d'une structure de soins de secteur, en l'occurrence le Centre d'Accueil Psychothérapeutique du Pays d'Apt (C.A.P.P.A.).

Comme son nom l'indique, l'accueil occupe une place prépondérante au C.A.P.P.A.. Accueils multiples et variés, de patients psychotiques au long cours, qui constituent la population la plus représentée au sein des structures intra-hospitalières et que j'avais déjà cotoyée lors de mes stages précédents. Accueil aussi de « Monsieur tout le monde » qui ne peut surmonter une crise existentielle grave et trouve au C.A.P.P.A. le lieu d'écoute et d'orientation qui lui est nécessaire.



⁽¹⁾ C.A.P.P.A. Secteur 6, Centre Hospitalier 84143 MONTFAVET cédex, Tél 04.90.04.64.64

J'ai essayé de mettre en évidence dans ce mémoire, les éléments qui ont contribué à une évolution de la politique sectorielle et comment les structures d'accueil ont trouvé leur place dans cette configuration. J'ai tenté de faire une approche du concept psychiatrique de l'accueil, son fondement, les pratiques qui en relèvent. Il m'a semblé nécessaire de situer le contexte du centre d'accueil d'Apt, avant d'illustrer mon propos de cas concrets. Les limites du secteur et des structures d'accueil, ses perspectives d'avenir dans un contexte psychiatrique rapidement évolutif où le redéploiement de moyens est le maître mot, ont été l'objet de ma réflexion.

A - L'ACCUEIL

Accueillir est issu du latin « *accolligere* » qui signifie également recueillir. L'ancien français lui connaissait de nombreux sens : réunir, associer, attaquer, chasser... dont il subsistera : recevoir favorablement, aider, protéger, recevoir quelqu'un¹⁰. L'accueil que l'on fait témoigne de dispositions d'une attitude de l'accueillant pour celui qui est accueilli. L'accueil que l'on reçoit peut provenir à la fois d'êtres et de choses. Ce n'est plus alors que la notion d'ouverture qui prévaut mais celle de réceptacle, de contenant. Le mot d'accueil s'est imposé au sens actuel avec des expressions comme « faire bon accueil »¹¹.

Qu'en est-il du concept d'accueil en psychiatre? Nous allons l'aborder selon ses diverses facettes : l'accueil est avant tout une rencontre, mais aussi un espace, un temps, une équipe, une dynamique, un travail.

1 - Une rencontre

« *Une rencontre entre deux personnes ou groupe de personnes, l'une, un patient en souffrance, parfois accompagné de personnes de son entourage (famille, intervenants sociaux...) venant interpeller les soignants pour un problème non résolu ou en situation de crise, l'autre représenté par un ou plusieurs soignants, toutes catégories confondues* »¹². L'accueil est donc avant tout une rencontre, mais avec des caractéristiques précises sans lesquelles le concept d'accueil ne aurait été crédible.

2 - Un espace

« *Espace charnière entre les espaces des institutions de soins et l'espace du patient* »¹³; pour la personne en souffrance, à la recherche d'une aide, qui présente un désarroi extrême, un espace accueillant, d'abord facile, sans nécessité de rendez-vous, situé dans son univers quotidien sera plus adapté et moins régressif que l'hôpital psychiatrique encore souvent associé à la notion de folie et de promiscuité.

La proximité du lieu, intégré dans un espace connu du patient, appartement HLM de banlieue ou maison de centre ville, permettra la précocité des soins et l'implication immédiate de l'environnement (famille, amis, voisins, milieu professionnel) du sujet. Environnement qui est souvent interpellé et mobilisé en premier par le mal être du sujet.

¹⁰ Dictionnaire Historique de la langue française « Le Robert » - 1992

¹¹ Trésor de la langue française, KLINCSIECK - 1971/1994.

¹² LOLOUM T. « Travail d'accueil et de crise » - 4 èmes Journées de l'association « Accueils? » - 1993, pp 18 à 19.

¹³ BAILLON G. « Introduction aux 4 èmes Journées de l'association « Accueils? » - 1993

L'utilisation du mot accueil dans le qualificatif de cet espace « *charnière* » permet, par son sens non restrictif, au demandeur de ne pas se sentir exclu par rapport à un profil type de personne, que la désignation du lieu ferait imaginer : « *Un malade qui arrive dans un centre de crise peut se poser la question : « Comment je peux entrer, comment je peux demander quelque chose ? Est-ce qu'il faut que je sois en crise, est-ce qu'il faut que je me roule en boule au pied de l'escalier pour qu'on m'admette ?* »¹⁰

Le mot accueil évoque une disponibilité d'écoute que l'équipe thérapeutique par le choix de ce terme veut garantir à la personne en souffrance qui franchit le seuil d'un centre d'accueil.

3 - Un temps

« *Je définis l'accueil comme le temps de la rencontre, le temps d'une connaissance mutuelle. C'est un espace pré-thérapeutique qui après un certain temps pourra être suivi par la prise en charge élaborée et comprise. Ce temps d'accueil est lui-même postérieur à un temps profane où prennent place les préjugés, les fantasmes sur la psychiatrie, ou à l'inverse des situations déjà vécues en psychiatrie* »¹¹

Les deux principes fondamentaux du temps d'accueil sont :

- a) la permanence :

Au niveau de la structure vingt quatre heures sur vingt quatre, sept jours sur sept, sans rendez-vous. Au niveau téléphonique : « *Pour certains parents, le téléphone est un cordon ombilical, ils peuvent appeler à certains moments plusieurs fois par jour dans la journée, il vérifient que nous sommes là* »¹²

- b) la disponibilité :

Don de temps immédiat à un moment précis par rapport à un moment précis, par rapport à une demande urgente puisqu'estimée comme telle. La cohésion de l'équipe est nécessaire pour assurer cette disponibilité à un de ses membres.

Guy BAILLON considère le temps associé au couple frustration/gratification comme les deux outils nécessaires au travail d'accueil.

La gratification provient de l'écoute active, de la prise en charge immédiate du patient, de la considération de son symptôme et de son environnement ainsi que du discours qui est privilégié. « *Les patients trouvent là d'emblée une connaissance qui consolide leur narcissisme* »¹³

La frustration s'origine dans la limite du temps accordé : l'entretien s'interrompt, il faudra revenir. Il n'a pas débouché sur une réponse attendue : l'hospitalisation qui serait une mise à distance complète, une proposition d'oubli et qui réalisée d'emblée plongerait le sujet dans « un état de passivité régressive a-conflictuelle et a-dynamique dont il ne cherchera pas à changer. »¹⁴

Ce temps peut se prolonger plusieurs jours voire semaines. Sa durée se situe, pour Guy BAILLON, comme étant plus importante que pour une urgence médico-chirurgicale et moins importante que dans le cas du soin psychiatrique classique. Ce temps peut permettre la dédramatisation de la situation et l'aboutissement à ce que le Docteur Andréoli appelle « *la renégociation de la demande* ».

¹⁰ DREYDUSS L.-WEISBROT C. « Le centre de crise pour quoi faire, pour éviter la crise ». L'urgence à entendre - GRAPP - 1991 - pp 95-101.

¹¹ MAIRESSE J. « LE 24H/24 ou l'organisation polychrome » - 4 èmes Journées Association « Accueils » - 1993 pp78 à 83.

¹² BAILLON G. « L'accueil crise et le narcissisme face à la demande » - L'urgence à entendre - GRAPP - 1991.



Un accueil dit « de psychiatrie classique »

4 - Une équipe

L'accueil peut donc se définir comme une rencontre entre une personne en détresse psychique extrême et un soignant qui s'engage totalement dans cet acte. Mais, toute l'équipe est incluse dans ce processus car cette rencontre ne se déroule pas selon un rythme fantaisiste : « *Les phases reposent sur une réflexion théorique et s'organisent et évoluent dans un cadre précis et supervisé par les cadres médicaux qui doivent en rester les garants* ».⁶⁰ D'après Marie-Christine ROULLE, la supervision, l'encadrement sont les éléments essentiels au maintien « *d'une cohérence et du sens d'une pratique quotidienne qui aurait tôt fait de tendre chaque fois vers une pratique spécifique où chacun pourrait se contenter de faire comme les collègues anciens font sans jamais se questionner sur le fondement de départ de cette pratique* ».⁶¹

5 - Une dynamique

L'accueil est une pratique indissociable de la fonction soignante, préalable et déterminante pour une prise en charge de qualité. L'évolution du concept se situe au niveau d'une démarche de réflexion des professionnels de santé en psychiatrie sur ce thème, et de pratiques novatrices à l'initiative du docteur Andréoli qui fut le premier européen à ouvrir une structure d'accueil au sein de son service à Genève. La première structure française datant, elle, de 1974 (Centre Jean Irad à Champigny sur Marne).

⁶⁰ ROULLE M.C. « Introduction aux 4 èmes Journées de l'Association « Accueils » », 1993.

⁶¹ BAILLON G. « Le service public de psychiatrie : l'accueil, axe de recherche », *L'information psychiatrique* 56, 2, 1980, pp 229 à 235.

Une dynamique s'est créée autour d'association comme « Accueils » qui a vu le jour en 1987 avec pour but initial la promotion et la défense de centres 24h/24. Des journées de réflexion autour de thèmes variés concernant l'accueil et ses pratiques sont organisées régulièrement par l'association et regroupent des soignants « toutes catégories confondues » d'horizons divers.

6 - Le travail

« Le travail d'accueil devrait être beaucoup plus qu'un simple tri dans une gare de triage, beaucoup moins qu'un soin visant à éliminer une souffrance »¹⁰

En premier lieu, ce travail est une prise en charge de la personne souffrante et l'instauration d'une relation adéquate : c'est là que l'écoute, la motivation propre, l'intelligence d'une attitude adaptée à celui qui arrive ont toute leur importance. *« Le soignant se trouve en ce qu'il est professionnellement, mais surtout et avant tout en ce qu'il est personnellement d'être humain à être humain... L'outil infirmier essentiel et fondamental reste ce formidable soi-même »*.¹¹ L'accueil est déterminé par ce premier contact, cette première impression où tout va se jouer autour d'un sourire, d'un geste, d'une façon d'installer le sujet dans le cadre.

L'aspect plus « technique » de l'entretien ne s'en trouvera que plus facilité :

- le pourquoi de la venue?

- Depuis quand cela va-t-il mal? Ce mal être peut-il s'expliquer?

S'il s'agit du premier entretien et que le patient n'est pas connu, il faudra essayer d'obtenir des renseignements sur l'histoire du sujet, ses antécédents... L'aspect du patient, son comportement, le repérage des signes symptomatiques (hallucinations, agitation, signes dépressifs...) sont primordiaux et peuvent orienter l'entretien.

L'entretien d'accueil nécessite une attitude objective de la part du soignant, une absence de jugement de l'autre et la connaissance des obstacles à l'écoute que sont :

- Le retentissement : l'écoute est paralysée par ce que le sujet dérange chez le soignant.

- Le ressentiment : déception par rapport à une attente.

- L'incertitude : renvoie à un sentiment d'incapacité.

- le désir de comprendre qui induit une maîtrise de la situation.

Dans ce contexte, l'infirmier est souvent en « première ligne ». L'entretien d'accueil et d'orientation est l'un des actes professionnels qu'il peut effectuer dans le cadre de son rôle propre (décret ministériel du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels se pratiquant dans l'exercice de la profession infirmière). Les compétences ne peuvent être le résultat de la formation initiale ou de l'empirisme de terrain ; la nécessité de reposer le cadre de l'accueil et de conserver une certaine distance, critères sans lesquels le soin n'est pas possible.

Préalable à toute prise en charge soignante, quel que soit le lieu, l'accueil dans un centre prend une dimension nouvelle par la possibilité d'apporter au sujet le temps et la disponibilité d'écoute dont il a besoin pour formuler sa demande. Une orientation personnalisée peut être :

- une hospitalisation en centre spécialisée,

- une hospitalisation en centre de crise,

- un suivi médical,

- un travail de crise qui peut se faire au centre d'accueil (avec le même infirmier, une durée plus longue),

¹⁰ BAILLON G « Quelques réflexions cliniques sur le travail d'accueil et de crise fin 1992 », Nervure, tome VI n°10, Décembre 1993/Janvier 1994, pp 78-87.

¹¹ ROULLE M.C. « Introduction aux 4 èmes Journées de l'association « Accueils » », 1993.

- une orientation sociale,
- aucune : accueil sans lendemain.

B - PRÉSENTATION DU CENTRE ANAIS NIN

1 - Localisation

Apt est une ville de douze mille habitants, éloignée d'une quarantaine de kilomètres de Montfavet. Le secteur géographique qui intéresse le CAPPA a les particularités suivantes :

- Faible densité géographique pour une superficie importante,
- Zone rurale comprenant de nombreux villages tous plus renommés les uns que les autres au niveau de l'attrait touristique qu'ils exercent : Gordes, Roussillon...
- Population hétérogène : militaires, harkis, marginaux, population traditionnelle qui double l'été du fait de l'afflux touristique.

En 1975, le développement de la politique de secteur a permis l'ouverture d'un dispensaire dans cette ville. L'augmentation de la demande locale de soins, et le manque de structures privées, ont contribué au développement de ce dispensaire qui, lors de son ouverture, fonctionnait un jour par semaine avec un médecin et un infirmier.

2 - Les structures

a - Le centre de consultation : ancien dispensaire où intervient pour des consultations et des interventions spécialisées une équipe interdisciplinaire (cinq psychiatres, deux assistantes sociales, un psychologue psychothérapeute, une psychomotricienne relaxologue et une orthophoniste, deux secrétaires médicales). Ce sont des interventions qui peuvent se situer au niveau du centre de consultations lui-même, du centre de crise, des différents services hospitaliers, et de façon plus ponctuelle au niveau des structures institutionnelles du secteur.

b - Le centre de crise : résultat d'un travail préalable et de longue haleine avec l'équipe de médecine du Centre Hospitalier d'Apt. Travail qui a abouti à l'ouverture en mai 1995 d'une structure totalement novatrice dans le Vaucluse : un centre de crise de quatre lits installé au sein d'un service de médecine générale. La convention entre les deux hôpitaux prévoit :

- l'intervention de l'équipe de secteur pour les entretiens, l'évaluation et le travail de liaison,
- l'intervention de l'équipe soignante du service de médecine pour les soins d'hygiène et l'administration des prescriptions.

Actuellement deux limites existent pour le centre de crise :

- limite administrative avec impossibilité de prise en charge de patients hospitalisés en mode d'office ou à la demande d'un tiers (dans certains cas de congés d'essai, la levée de l'hospitalisation à la demande d'un tiers pour une prise en charge de proximité peut être thérapeutique).

- limite du fait de la clinique bruyante de certaines pathologies (états maniaques, troubles du comportement...) ou de problèmes de sécurité imposant une surveillance très rapprochée (états mélancoliques avec risque suicidaire maximal).

c - Les appartements communautaires : deux appartements au sein de la cité offrant une possibilité d'accueil de sept places.

d - Le CAPPA : situé dans une villa du centre ville, à distance du centre de crise et du centre de consultations. Il a ouvert ses portes en avril 1993 et fonctionne sept jours sur sept, de huit heures à vingt heures. Le relais de nuit est assuré par le centre d'accueil des Milandes à Montfavet. L'équipe infirmière se compose de onze infirmiers et une surveillante. Le médecin responsable de l'unité anime de façon hebdomadaire une réunion de fonctionnement, régulation, réévaluation des pratiques à propos de cas cliniques interpellant l'équipe. Depuis l'ouverture du centre de crise, il n'y a plus d'hébergement au CAPPA, ce qui a permis d'ailleurs d'augmenter le temps moyen d'une prise en charge locale de la crise (un jour et demi à cinq jours) et de diminuer le nombre de mutations vers le centre hospitalier de Montfavet. Cela a permis d'autre part une meilleure articulation avec les différents services du Centre Hospitalier d'Apt, et une prise en charge de patients à pathologies mixtes (tentatives de suicide, sidéens, toxicomanes...).

Les objectifs du CAPPA sont triples :

- Promouvoir la pratique d'une psychiatrie d'accueil préalable à toute prise en charge soignante et par là même la prévention des troubles secondaires.
- Développer les alternatives à l'hospitalisation y compris dans le traitement de la crise lorsque cela est possible.
- Poursuivre le travail entrepris en matière de psychiatrie communautaire de secteur.¹⁰

L'équipe infirmière, outre l'accueil, assure les missions suivantes : visites à domicile, intervention dans les différentes structures du secteur (maisons de retraite, hôpital général), hôpital de jour, atelier de peinture.

C - L'ACTIVITÉ DU CAPPA

Les comptes-rendus d'activité annuelle permettent de dégager certaines remarques par rapport à quatre séries d'observations :

- L'activité comparatives des structures du pays d'Apt entre 1995 et 1996, montre :
 - Une activité croissante quelle que soit la structure.
 - Le CAPPA a une file active qui augmente plus vite que celle du CMP.
 - L'augmentation la plus importante se situe au niveau du centre de crise et témoigne d'une pris en charge locale de plus en plus importante qui est confirmée par une augmentation moyenne de la prise en charge.
 - 1 jour avant l'ouverture du centre de crise.
 - 5 jours en 1995 (ouverture du centre de crise).
 - 6,4 jours en 1996 au centre de crise.

La file active du centre de crise se répartit comme suit pour l'année 1995 :

Troubles névrotiques	31	soit 47,6%
Troubles psychotiques	26	soit 40%
Etats limites	2	soit 3%
Dépendances alcooliques	4	soit 6%
Dépendances toxicomanes	2	soit 3%

La moitié des patients n'avait jamais eu de prise en charge en psychiatrie.

¹⁰ Rapport annuel d'activité du CAPPA - 1995.

- **L'activité comparative du CAPPA entre 1995 et 1996 montre que** : les besoins de la file active augmentent plus vite que la file active elle-même. Une des raisons de cette augmentation serait l'augmentation des prises de traitement per os au CAPPA. Une partie de la file active deviendrait plus dépendante du CAPPA par rapport à la surveillance de ce traitement. Les actes infirmiers regroupent : les démarches à visée d'autonomisation du patient (avec ou sans lui), les injections retard, les traitements per os. L'augmentation du nombre d'accueils est dûe en partie au transfert sur le CAPPA de soins psychothérapeutiques qui jusque là s'effectuaient au CMP.
- **L'activité comparative du centre de consultations 1995/1996 montre une diminution des soins psychothérapeutiques qui vient du transfert au CAPPA d'un certain nombre d'entre eux, ainsi qu'une diminution du nombre de soins psychomoteurs qui est liée à une réduction d'effectifs dans ce domaine : un intervenant au lieu de deux précédemment.**
- **L'activité comparative du CAPPA, des Milandes et de la part de la file active des Milandes concernant le secteur d'APT, montre que les accueils concernant le secteur d'APT aux Milandes précédent souvent l'hospitalisation. Le CAPPA, implanté sur le secteur, a une demande beaucoup plus importante qu'un centre d'accueil comme les Milandes, éloigné du secteur et intra-hospitalier. Les accueils téléphoniques concernant le secteur d'Apt aux Milandes sont maginaux (9 pour l'année 1995, dont la moitié entre vingt deux heures et neuf heures).**

D - L'ACCUEIL AU CAPPA

Sous la terminologie d'accueil se regroupent des modalités de prise en charge différentes. A l'occasion des cinquièmes journées de l'association « Accueils ? » de septembre 1994, deux infirmières du CAPPA ont mené une réflexion sur les thèmes des « vrais » et des « faux » accueils. Les vrais accueils concernent les situations de « rencontre » avec de nouveaux patients souvent étrangers à ce type de prise en charge et nécessitant l'entièvre disponibilité de temps et d'écoute de la part du soignant. C'est dans ce contexte que furent accueillis Madame M. et Monsieur O..

• Madame M.

Madame M. mariée, deux enfants. L'aîné (dix huit ans) n'est pas le fils de son mari. Le cadet a trois ans. Il est né au bout de cinq années d'essais par fécondation in vitro, le mari étant le plus impliqué des deux dans cette démarche. Madame M. travaille à mi-temps et évolue dans un milieu socio-culturel plutôt élevé. Elle est envoyée par son médecin traitant pour insomnies, anorexie (déficit de dix kilos), et perte de l'élan vital depuis une dizaine de jours. Cette situation est consécutrice au départ de son mari avec une autre femme. Madame M. ne présente pas d'antécédents psychiatriques.

Elle est reçue immédiatement en accueil infirmier, et devant l'importance des troubles est orientée vers une consultation psychiatrique. Une hospitalisation en centre de crise va suivre et durera cinq jours. Un traitement chimiothérapeutique par anti-dépresseur, hypnotique, anxiolytique est prescrit. Parallèlement des entretiens infirmiers sont prévus avec pour objectifs :

- une verbalisation des affects,
- une écoute,
- un questionnement par rapport à elle-même et ce qui a pu provoquer la rupture.

Le travail d'accueil lui a permis de faire face au quotidien. Madame M. a rapidement surmonté cet état de dépression réactionnelle. Le travail de crise a duré une quinzaine de jours avec l'objectif de mettre en relation une hypothèse de crise (relative à un traumatisme de l'enfance) qui aurait été réactivée par le facteur déclenchant de la crise actuelle. A ce jour, elle a toujours des rendez-vous prévus au CAPPA mais elle sait qu'elle peut venir ou téléphoner n'importe quand. Elle a trouvé un deuxième travail à mi-temps. Une psychothérapie d'inspiration analytique est l'évolution probable de cette prise en charge.



• Monsieur O.

Monsieur O. est accueilli le 16 juillet. Il a été déposé devant le CAPPA par un véhicule de La Berdine (association d'aide par le travail). C'est un jeune homme de vingt-sept ans, présentant des antécédents de toxicomanie et de prison. Au niveau familial, il voit ses deux frères mourir d'overdose en 1989 puis ses parents et sa soeur dans un accident de la route en février 1996. Lors de son premier accueil, Monsieur O. nous apprend qu'il était à La Berdine depuis quatre jours avec l'envie de « s'en sortir » mais il a craqué et l'a exprimé lors d'une tentative de suicide par phlébotomie. Il a d'ailleurs sur lui un couteau impressionnant qu'il nous remet.

Les plaintes qu'il exprime lors de l'accueil sont : somatiques : douleurs abdominales diffuses liées au manque, ainsi que sociales : il est sans domicile fixe, le Revenu Minimum d'Insertion qu'il perçoit au CCAS, ne lui permet pas de payer le loyer d'une chambre à Marseille (six mois de retard). Elles sont également psychiques : bilan d'une vie qu'il juge négative, prison, toxicomanie, perspective de l'évolution de son hépatite C, incertitude par rapport à une contamination par le virus du sida.

Après accord du service de médecine de l'hôpital d'Apt une hospitalisation pour bilan somatique est prévue. Dès le lendemain des plaintes de l'équipe médicale parviennent au CAPPA pour

- déambulation permanente dans les couloirs avec un autre patient toxicomane,
- lessive dans sa chambre,
- suspicion d'introduction de médicaments : du Rohypnol est trouvé à deux reprises dans la salle de télévision depuis l'hospitalisation de Monsieur O..

Malgré un recadrage de l'hospitalisation, sa sortie lui est signifiée au bout de deux jours, les problèmes somatiques étant résolus pour l'Hôpital d'Apt. Le 18 juillet, sitôt sorti, Monsieur O. appelle le CAPPA par téléphone : il ne sait où aller, n'a pas d'argent. Il se présente en début d'après-midi. Nouvel accueil infirmier. Monsieur O. persiste dans sa demande d'un sevrage et nous informe de la persistance des troubles somatiques.

Ce jour-là, il n'y a pas de psychiatre au CMP susceptible de recevoir Monsieur O. en consultation. La seule possibilité reste une prise en charge au niveau du centre d'accueil des Milandes où un avis médical pour une orientation pourra être donné.

Monsieur O. étant sans domicile fixe et sans argent, il faut simplement trouver un moyen de transport jusqu'à Montfavet. L'assistante sociale n'étant pas joignable, ce sera à l'équipe infirmière de trouver la solution : Monsieur O. sera dépanné d'un ticket de bus par la Croix Rouge. A l'arrivée, l'hospitalisation pour demande de sevrage a lieu. Le sevrage sera mené à terme. Monsieur O. sort le 25 juillet. Simplement avant de sortir, il téléphonera à son meublé marseillais, disant qu'il est à Paris, prend le train et donnera demain l'argent qu'il doit pour la location.

Cette prise en charge a permis de mettre en évidence des difficultés de l'équipe liées à :

- l'éloignement : le psychiatre de garde se trouve à cinquante kilomètres,
- un problème social dominant à un instant précis, entravant la continuité de la prise en charge, et difficile à résoudre par l'équipe soignante en l'absence de personnel qualifié,
- personnalité instable, manipulatrice, dépressive, qui perturbe pendant deux heures les autres accueils de part la mobilisation d'une partie de l'équipe, et de par son comportement,
- questionnement de l'équipe par rapport à l'authenticité de la demande et l'opportunité d'une hospitalisation,
- difficultés de prise en charge d'un toxicomane dans un hôpital général.

Les « faux » accueils concernent les habitués de la structure, suivis régulièrement au niveau du secteur pour lesquels le CAPPA est tout à la fois un repère, un étayage, un lieu d'écoute. Pour ces patients, la prise en charge se situe à plusieurs niveaux : celui de la réhabilitation au moyen de projets de re-socialisation, celui de la prévention du caractère suraigu d'une nouvelle décompensation, voire la nécessité de se replacer dans le contexte d'un premier accueil : « *Le travail d'accueil et de crise même lorsqu'il se répète pour un même patient n'est jamais pareil car l'histoire personnelle de chaque patient et celle de son milieu viennent à chaque fois l'habiller d'une façon originale qui stimule la réflexion* »³¹. Mais pour ces accueils répétitifs le danger de « chronicisation » est réel. « *Et là, à nous d'être vigilants, à ne pas leur coller des accueils « rustines » mais d'être à l'écoute derrière la chronicité* »³²

Mademoiselle B. et Monsieur H. sont de ces patients dits chroniques.

• **Mademoiselle B.**

Mademoiselle B., 26 ans est une habituée du CAPPA. Les problèmes familiaux et sociaux dominent son histoire. Elle est issue d'une famille de harkis de douze enfants. Il existe des antécédents d'hospitalisation psychiatrique et de prison au niveau de la fratrie. Au cours de l'enfance : elle est battue à l'âge de quatre ans, elle perd son père à huit ans, elle est victime de prostitution et de sévices sexuels familiaux dès l'âge de dix ans. Mademoiselle B. a deux enfants de deux pères différents : un jeune garçon de treize ans placé en famille d'accueil (grand-maternelle), ils se voient souvent, le père est décédé ; une petite fille de quatre ans et demi placée également, qu'elle voit le mercredi et le week-end. Le père est parti trois semaines après la naissance (Légion Etrangère). La première hospitalisation se situe à ce moment là. Il y en aura une dizaine (dont trois sous contrainte) pour anorexie, tentatives de suicide, violence... La dernière date de 1995 pour chantage au suicide, instabilité psychomotrice, intoxication alcoolique sur traitement psychotrope.

³¹ DREYDUSS L. - WEISBROT C. « Le centre de crise pourquoi faire, pour éviter la crise ». L'urgence à entendre. GRAPP, 1991, pp 95 à 101.

³² ESCAITH V., VICENTE V. « Faux accueils? Vrais accueils ! », 5 èmes Journées de l'association « Accueils ». 1994.

Peur Mademoiselle B., personnalité « border-line » avec élaboration limitée et recherche de limites permanentes, le CAPPA sert d'écoute à son angoisse. Il représente pour elle un lieu d'écoute et d'expression possible, même si cette expression passe longtemps par la violence (bris de ventilateurs, cafetières, disques...).

Sa prise en charge est la suivante :

- Suivi médical en centre médico-psychologique une fois par mois,
- accusé à volonté au CAPPA,
- hôpital de jour une fois par semaine,
- suivi social important relatif au placement des enfants, à sa tutelle...

L'objectif du suivi au CAPPA était de favoriser une modification du mode d'expression, à savoir privilégier la verbalisation par rapport au passage à l'acte. Ce qui a donné des résultats relativement satisfaisants au niveau des hospitalisations, de l'élaboration de l'angoisse et de la recherche des limites. Des sujets tabous comme le viol ont pu être parlés, réalisant ainsi la première étape de reconnaissance de cet acte.

Aujourd'hui : Mademoiselle B. est enceinte, le traitement psychotrope a été interrompu, et elle éprouve une grande réaction de fatigue. La prise en charge se poursuit...

• Monsieur H.

Monsieur H., 29 ans, célibataire, est issu d'une famille de harkis, sans problème particulier avec une enfance et une scolarité normales. Au niveau de la fratrie on observe des pratiques toxicomanes sans répercussion sur l'insertion sociale. La décompensation psychotique serait intervenue suite à un abus de toxiques : délire, errances, violences, angoisse, idées de mort ont nécessité plusieurs hospitalisations consécutives. La dernière a eu lieu de novembre 1994 à février 1995 en hospitalisation à la demande d'un tiers pour violence sur des passants. Un projet thérapeutique d'appartement communautaire avec suivi CAPPA a été mis en place.

Le protocole de prise en charge est le suivant :

- suivi médical au centre de consultations une fois par mois,
- hôpital de jour une fois par semaine au CAPPA,
- traitement chimiothérapeutique per os à prendre trois fois par jour au CAPPA,
- injection retard de neuroleptique toutes les trois semaines.

Le CAPPA est largement utilisé par Monsieur H. qui souffre beaucoup de solitude comme un anxiolytique, un lieu de rencontre, de repos, d'écoute. Aujourd'hui Monsieur H. a un appartement en ville. De façon hebdomadaire, il perçoit de la part de son tuteur une part de son allocation adulte handicapé. Une demande de travail en CAT a été faite. Il y adhère totalement. Les relations avec sa famille qui s'étaient dégradées au fur et à mesure de ses hospitalisations, se sont améliorées.



Les structures d'accueil, un pont entre aujourd'hui et demain? Pour qui? Pourquoi? En premier lieu pour le patient qui bénéficie comme nous l'avons vu, d'une prise en charge de proximité dans et avec son environnement. Ceci, qu'il s'agisse d'un malade connu du service ou d'une personne présentant un « malaise existentiel » insurmontable et pour lesquels l'accueil représente ce moyen d'accéder à un avenir plus serein.

Dans un second temps, pour l'infirmier qui se trouve en première ligne dans le travail d'accueil et de crise dans : « un échange qui va l'engager dans un processus immédiat d'intérêt, d'attention, de responsabilité : il s'agit d'être prudent avant de décider, et de ne pas médicaliser ni psychanalyser, tant que cela ne paraît pas nécessaire, ni pertinent... L'infirmier se sentira désireux lui-même de poursuivre et de mener à bien la démarche utile pour le patient. Il pourra penser aux divers éléments dont il faudra tenir compte ensuite, et au cadre de travail à proposer (accueil, crise, urgence) »¹⁰⁰

Enfin dans un troisième temps pour la psychiatrie : « Le travail d'accueil permet d'accéder à une nouvelle clinique dans le travail de secteur. La clinique classique est le fruit de l'observation du patient dans l'institution..., la clinique de secteur serait celle du patient dans et avec son environnement. La psychiatrie de secteur, en créant des structures intermédiaires, dont l'accueil, n'a réalisé que son étape intermédiaire institutionnelle. La nouvelle étape qui nous attend, complémentaire de la précédente et non à sa place, c'est l'étape de soins, dans l'espace du patient, avec et dans le milieu... »¹⁰¹

Les perspectives d'avenir de la psychiatrie que sont les conventions avec les hôpitaux généraux locaux et le travail de réseau au niveau du secteur orientent vers cette étape de soins dans l'espace du patient dont parle Guy BAILLON.

BIBLIOGRAPHIE SUR LE CENTRE ANAIS NIN

- Rapport d'activité du 6 ème Secteur Psychiatrie Centre Hospitalier de Montfavet (1995)
- Rapport d'activité du Centre Anaïs Nin (1996).



¹⁰⁰ BAILLON G. « Le service public de psychiatrie : l'accueil, axe de recherche ». L'information psychiatrique 56, 2, 1980, pp 229 à 235.

¹⁰¹ BAILLON G. « Introduction aux 4 èmes Journées de l'association » Accueils ? », 1993

LE PHENIX

André-Salomon COHEN
Praticien Hospitalier⁽¹⁾
Secteur Bollène, Vaison, Valréas
(84 G 07)

En novembre 1997, le Phénix, nouvelle Unité Fonctionnelle du Secteur VII, (Médecin Chef : Docteur PAQUET), prendra son envol et s'installera aux Bungalows 71, 72, 73, spécialement aménagés par la Direction de l'Hôpital selon les désiderata de l'équipe du Phénix.

Cette Unité fonctionne de 9 heures à 17 heures, week-end compris.

*La Surveillante de cette Unité est Mme Christiane RIPERT.
le Psychiatre référent : Docteur A.S. COHEN,
la Psychologue : Mme Sabine FERRER,
l'Assistante Sociale : Mme Caroline CLAVEL,
le Médecin Attaché : Docteur Guy RAOUX.*

Cette Unité fonctionnera pendant une année.

Elle prendra en charge, sur le modèle de l'Hôpital de Jour, dix-huit patients environ, jadis hospitalisés aux Alpilles, et qui ont trouvé, pour la plupart, un lieu de vie dans la communauté, c'est-à-dire : appartements associatifs ou appartements personnels, sur Avignon ou Montfavet. J'écris pour la plupart, car, pour six d'entre eux, le lieu d'hospitalisation reste l'Espoir II, dans l'attente imminente d'une solution sur le Secteur.

Il y a quinze ans, les Alpilles comptaient 45 patients hospitalisés.

En 1993, on notait 24 patients hospitalisés.

Aujourd'hui, le Phénix !, effet d'un long travail de psychothérapie institutionnelle sectorisé.

La mission du Phénix est double :

· Mission intersectorielle : Transfert de patients et des savoirs de leurs thérapeutes sur leurs secteurs réels de rattachement : Secteur III, IV, V, VII.

· Mission de réinsertion et de réadaptation sociale en fonction des désirs et des potentiels de chacun.

Ainsi, le Phénix libère les bâtiments « les Alpilles »,⁽²⁾ « Les Alpilles » deviennent la deuxième Unité Fonctionnelle d'Hospitalisation du Secteur 27, la bien nommée (compte tenu de la configuration de ce Secteur). De ce Phénix, nous aurons l'occasion d'en reparler, ici ou ailleurs - à l'occasion-. Mais, déjà nous publions un article théorico-littéraire du Docteur A.S. COHEN relatant son expérience ces deux dernières années, vers « ce Phénix ».

La Rédaction⁽³⁾

⁽¹⁾ Secteur 7, Centre Hospitalier Spécialisé de Montfavet, Tél 04.90.03.91.97

⁽²⁾ MEMO à l'avenir :

Le Phénix : Unité Fonctionnelle du Secteur 7.

Les Alpilles : Unité Fonctionnelle du Secteur 27.

⁽³⁾ Chapeau rédigé pour la Rédaction, par André-Salomon COHEN.

Après coup, il m'est venu de dire en quelques mots le trajet de mon expérience de deux ans « aux Alpilles » à un moment où la transformation de la Structure en un « véritable hôpital de jour » semble se parfaire. Repérer les traces de mes discours et de mes lectures qui m'ont guidé et m'ont servi de références dans la pratique quotidienne.

Je suis arrivé avec cette idée, aux Alpilles, qu'il en fallait au moins un, qui soutienne la question difficile du désir, question qui renvoie à la singularité de la parole et du trajet de chacun. La poser à chaque soignant, comme à chaque patient. Qu'est-ce que tu veux? tu peux si tu veux ... où tu en es dans ton projet? Qu'est-ce qui te travaille en ce moment?

Bref, la quête de l'objet, du trésor. Le livre de P. COELHO, l'alchimiste venant tout naturellement illustrer mon propos. Le rêve et la réalisation d'un désir, le désir inconscient guide nos pas. La réalisation du désir suit un trajet qui suppose une croyance en l'objet et un art de négocier avec autrui pour aller jusqu'au bout du trajet.

Le héros de COELHO paye beaucoup pour atteindre son but. Il travaille énormément, invente des moyens de trouver de l'argent pour « faire son voyage ». Mais il n'hésite pas aussi à perdre beaucoup, à céder ce qui l'attache pour aller de l'avant. Ne pas hésiter à perdre beaucoup, pour toucher au but, au trésor, tout en ratant l'objet, avec le trajet de la pulsion dans un aller-retour, reste le fondement de l'histoire. Pour cela croire, à son rêve, et ne pas hésiter à affronter la mort.

Importance du rêve, du trajet, de quelqu'un qui guide nos pas. L'Alchimiste, l'objet a, le psychanalyste, chacun a une légende personnelle, un rêve, un trajet à parcourir pour se réaliser. Le psychanalyste est là pour soutenir la question.

1- Il y a un temps pour tout, pour chaque chose.

L'Ecclésiaste m'a servi à illustrer la question du tempo personnel de chacun à la recherche de cet objet perdu qui était là avant lui. On ne se lasse pas de manger, de parler, d'entendre, de voir, on a toujours l'impression que quelque chose se passe pour nous mais cette chose était déjà là.

Trajet de la pulsion autour de son objet et qui fait retour. Eternel recommencement. Satisfaction de la pulsion. Mort et puis quelque chose encore qui renait comme le Phénix de ses cendres, pulsion de vie qui ne cède à la pulsion de mort, qui continue insatisfaite, impossible, dans le discours de chacun. Ce n'est pas ça ! c'est impossible ! légitime écart entre l'imaginaire et le réel, entre principe de plaisir et principe de réalité. Le désir continue à courir, comme le courant de ce fleuve qui va à la mer, véritable torrent charriant branches de bois et déchets. Il retourne à la mer, à ses origines, mais il continue à courir, charriant sans cesse. Il est le tempo que nous enseigne l'Ecclésiaste. Un temps dialectique, de présence, et d'absence-d'ouverture et de fermeture - d'énigmes à résoudre - de résistance à vaincre - d'élan retrouvés - de négociations à entreprendre. L'économie dans le transfert, passe aussi par le « côté merdique » de la relation anale. Donner-recevoir - Mais comment donner ce qu'on n'a pas à quelqu'un qui n'en veut pas? A la place de l'objet a, viennent une série d'objets un peu nerdiques il faut le dire qui servent à la négociation.

2 - De même chacun voit midi à sa porte :

C'est ma façon à moi de dire qu'il y a une sortie à la fusion de l'équipe. Un projet, d'accord ! Mais pour chacun. Il appartient à chacun de défendre son projet, le négocier, et au psychanalyste de soutenir le projet. J'ai parlé d'intersubjectivité entre les soignants, et entre soignants soignés.

Pour illustrer le principe de la réunion d'équipe, j'ai utilisé le « rêve de l'injection d'IRMA » de Freud pour montrer que chaque soignant avait son mot à dire par rapport aux symptômes d'un patient. Mais il le disait en suivant son trajet personnel, en maintenant l'énigme de son désir.

Le travail effectué par les membres de l'équipe décidés avec un psychanalyste extérieur, dans le cadre de la formation permanente, Mr ABECCASSIS, a permis d'approfondir cette question de la place de chacun dans l'équipe. Elle s'est soldée par une reconnaissance du travail du psychanalyste dans l'Institution et le parti que chacun pouvait entrer. Nous l'avions repris dans une journée de séminaire sous la forme de la parabole suivante : « *Nous sommes chacun, étranger à l'autre, mais nous sommes prêts joyeusement à nous embarquer dans le même bateau, pour vivre cette traversée, si j'ose dire, du fantasme* ».

Il était alors question de création d'un nouvel espace de soins, mais aussi de « casser les anciennes lois ». Un texte de Léo GOUDARD et un autre de F. NIETZSCHE ont servi à illustrer le propos.

3 - La journée d'étude Croix Marine sur le travail de « Psychiatrie en réseaux » m'a rappelé à l'écoute du discours du Pr MISES que l'espace thérapeutique que nous essayons chaque jour de construire est un « espace de montage » fait du discours de chaque patient dans la relation transférentielle avec le thérapeute. Ce montage se veut le reflet de la réalité psychique du patient. A tel point que le Pr HOCHMAN a nommé son service : la réalité psychique.

Rappel d'un autre discours de OURY qui parlait de « l'Institution structure comme un langage » et « d'échafaudages et de pratiquables » lorsqu'on évoquait son espace psychothérapeutique pour patients psychotiques.

Discours à entendre à la lettre comme souvent le font les psychotiques.

Montages, échafaudages, pratiquables, jusqu'à ce que le patient apprenne à reconnaître le trajet de la pulsion, se détachant aussi de NOUS. Travail inseparable de celui du soignant à la recherche de son propre désir.

Comme disait LACAN « Le désir du psychanalyste pris dans le désir de l'analysant » ça ne fait pas deux désirs... mais un ... C'est là une invitation prochaine à relire le séminaire de J. LACAN « Les 4 concepts fondamentaux de la psychanalyse ». Savoir différencier l'objet d'amour, de l'objet de désir. Le désir de la pulsion.

4 - Pour terminer sous une note d'humour deux histoires, l'une juive, l'autre musulmane.

Une mère amène son fils voir un psychanalyste.

- Alors Docteur, c'est grave?

- Oui votre fils souffre d'un complexe d'Oedipe.

- La mère répond « complexe d'Oedipe? appeler cela comme vous voulez ... mais l'important c'est qu'il aime sa mère ».

Et oui nous savons qu'il n'est pas indispensable d'être juive, pour être une mère juive. Indissoluble lien entre une mère et son fils.

L'autre histoire est plus spirituelle.

Un soufiste engagé dans un processus de « quête de soi » vient taper régulièrement à la porte du prophète. Celui-ci répond : « qui est-ce? »

C'est moi dit l'élève. La porte reste désespérément fermée.

L'expérience se renouvelle sans succès à plusieurs reprises.

Un jour l'illumination arriva. Il frappe encore une fois à la porte du prophète.

Qui est-ce? C'est toi répond l'élève.

« Ah c'est toi. Je suis bien content de te voir. Tu peux rentrer ».

Autrement dit - Bibliographie

1 - Le Phénix

vient du grec et signifie alors pourpre.
Oiseau mythique de la mythologie égyptienne.

Au sens propre, oiseau fabuleux, unique en son genre, qui disait-on vivait plusieurs siècles, et qui brûlait et renaittait de ses cendres.

Hérodote est le premier à avoir écrit sur ce sujet. Lorsque les Egyptiens voulaient représenter l'âme, dit Heropollon, ils peignaient un phénix, parce que cet oiseau ajoute-t-il à tous les animaux celui qui vit le plus longtemps (le Litttré).

Au figuré, désigne quelqu'un unique en son genre. Le phénix peut métaphoriquement représenter le désir, cette chose indestructible et inconsciente dont parle Freud dans l'interprétation des rêves. Les cendres représentant le résultat du « feu de la pulsion ».

On ne peut pas ne pas citer à propos du phénix, des cinq vers introductifs à la chanson du Mal Aimé de G. Apollinaire :

« Et je chantais cette romance
en 1903 sans savoir
que mon amour à la semblance
du beau phénix s'il meurt un soir
le matin voit sa renaissance ».



2 - L'Alchimiste de Paulo COELHO - Edition année carrière

Le rêve de Santiago est le suivant :

« Alors, devant les pyramides d'Egypte » (il prononça ces mots très distinctement pour que la vieille put bien comprendre), le garçon me disait : « si tu viens jusqu'ici, tu trouveras un trésor caché ». Et au moment où il allait me montrer l'endroit, je me suis réveillé - les 2 fois.

Son voyage vers son trésor l'entraîne vers des péripéties jusqu'au pied de la pyramide. Mais entre temps il fait des rencontres qui le remettent régulièrement sur ses pas dont l'alchimiste qui prend des formes différentes. Sa fonction est de faire comprendre à Santiago premièrement qu'il doit perdre beaucoup pour réaliser son rêve ; deuxièmement qu'il doit accepter de mourir pour réaliser son rêve. Troisièmement qu'il doit garder quelque chose pour le retour.

Au bout du chemin, au bord du trou, arrive un tour de « passe passe » qui permet le retour de la pulsion à son point de départ. Sous la forme d'un rêve, sous une forme inversée, dit par quelqu'un qui est le contraire de notre héros, à savoir un bandit qui ne croit pas au rêve. Ainsi la boucle est bouclée.

« Tu ne veux pas mourir, me dit-il (le chef des bandits). Tu vas vivre et apprendre qu'on a pas le droit d'être aussi bête. Ici, exactement là où tu te trouves, il y a maintenant près de deux ans, j'ai fait un rêve qui s'est répété. J'ai rêvé que je devais aller en Espagne, chercher dans la campagne une église en ruines où les bergers allaient souvent dormir avec leurs moutons, et... si je creusais au pied de ce Sycomore, je trouverais un trésor caché. Mais je ne suis pas assez bête pour aller traverser tout le désert simplement parce que j'ai fait deux fois le même rêve. »

Le trésor trouvé la chose ne s'arrête pas là. Elle rebondit au contraire sous la forme du désir de notre héros pour une femme. Encore le Phénix.

Le roman se termine ainsi sur la promesse de retrouvailles qui peuvent nous permettre de continuer à rêver.



Le passage intéressant à citer est le suivant :

« Au lieu où les torrents vont, là, ils retournent pour aller toutes les paroles lassent, l'homme ne peut pas en parler. L'œil ne se rassasie pas de voir, l'oreille ne se remplit pas d'entendre.

Ce qui a été sera, ce qui s'est fait se fera : il n'est rien de tout neuf sous le soleil. Il est une parole qui dit « voilà cela, c'est neuf ! » C'était déjà dans les pérégrinations, c'était avant nous ».

Puis au chapitre 3 un temps pour tout,
Un moment pour tout, un temps pour tout désir sous les ciels.
Un temps pour enfanter, un temps pour mourir etc...

4 - Le rêve de l'injection d'IRMA dans l'interprétation des rêves de S. Freud.

Ce rêve réalisé par Freud en 1895 lève un secret sur la méthode d'interprétation des rêves de FREUD dans ses débuts avec une patiente qui lui avait été adressée par un de ses confrères, et que lui-même avait confié à Fliess pour des histoires ORL.

Ce rêve est une confrontation entre différents points de vue de thérapeutes à propos des symptômes d'IRMA. C'est aussi une tentative de Freud pour se disculper des critiques qu'il sent poindre à son égard parce que IRMA depuis l'arrêt de sa cure ne va pas très bien. Bien plus ce rêve montre que le désir inconscient de Freud est à la recherche d'une formule, d'une solution à injecter à IRMA. Cette formule chimique que Freud voit dans son rêve rentre dans la composition du SPERME. Voici le texte du rêve.

Texte du Rêve du 23-24 juillet 1895 : Rêve dit de l'injection d'IRMA

Un grand hall - beaucoup d'invités, nous recevons. Parmi ces invités, Irma, que je prends tout de suite à part, pour lui reprocher, en réponse à sa lettre, de ne pas avoir encore accepté ma « solution ». Je lui dis : « si tu as encore des douleurs, c'est réellement de ta faute. Elle répond : « si tu savais comme j'ai mal à la gorge, à l'estomac, et au ventre, cela m'étrangle. » Je prends peur et je les regarde. Elle a un air pâle et bouffi ; je me dis : n'ai-je pas laissé échapper quelque symptôme organique ? Je l'amène près de la fenêtre et j'examine sa gorge. Elle manifeste une certaine résistance comme les femmes qui portent un dentier. Je me dis : pourtant elle n'en a pas besoin. Alors elle ouvre bien la bouche, et je constate, à droite, une grande tache blanche, et d'autre part j'aperçois d'extraordinaires formations contournées qui ont l'apparence des cornets du nez, et sur elles de larges escarres blanc grisâtre. J'appelle aussitôt le Docteur M., qui, à son tour, examine la malade et confirme. Le Docteur n'est pas comme d'habitude, il est pâle, il boite, il n'a pas de barbe... Mon ami Otto est également là, à côté d'elle, et mon ami Léopold la percute par-dessus le cornet ; il dit : « elle a une matité à la base gauche », et il indique aussi une région infiltrée de la peau au niveau de l'épaule gauche (fait que je constate comme lui malgré les vêtements). M. dit : « il n'y a pas de doute, c'est une infection, mais ça ne fait rien ; il va s'y ajouter de la dysenterie et le poison va s'éliminer ». Nous savons également, d'une manière directe, d'où vient l'infection. Mon ami Otto lui a fait récemment, un jour où elle s'était sentie souffrante, une injection avec une préparation de propyle, propylène... acide propionique... triméthylamine (dont je vois la formule devant mes yeux imprimée en caractère gras)... Ces injections ne sont pas faciles à faire... il est probable aussi que la seringue n'était pas propre.

5 - La révolte de l'évidence de Léo GOUDARD

Chronologie d'une réflexion 1973 - 1993, Les Éditions La Bruyère

Notre collègue décédé depuis peu m'a fait penser à deux citations de son livre, très en rapport avec le style de son travail, mais aussi le nôtre. « *Partir, c'est déjà prendre le dessus* ». Beau départ, pour le commencement d'un rêve.

Mais aussi la fable du jardinier pour illustrer le travail inlassable et indestructible de l'homme créatif à côté des politiques, et des administratifs.

« *Comment répondre à cette réalité? Par des crédits, dira le politique ! Evidemment ! Ponce-Pilate, aujourd'hui se lave les mains avec du fric.*

Au niveau de la gérontologie, l'absence de pulsions personnelles vraies fera peut être des gériatres heureux, admis aux prérogatives et aux honneurs d'une fonction publique, politisés, plus opulents que jamais : des technocrates du vieillard. Je connais ce genre. C'est la famine : des jardiniers réunis non loin d'un immense tas de graines, près d'une terre immense elle aussi. On discute, on consulte, on échange des solutions, chacun acceptant la règle du jour... On est entre soi : pendant ce temps, un certain, victime de l'ennui, s'éveille et va répandre le tas de graines... quelques mois plus tard, une vie utile apparaissait. La récolte veut du bon sens... la famine disparaissait. Quant aux réunis, les autres jardiniers... »

6 - F. NIETZSCHE : Ainsi parlait Zarathoustra

Dans « l'histoire de ma vie » Freud cite et rend hommage à NIETZSCHE en disant qu'il a toujours refusé de le lire. Car il sentait confusément que le Poète avait trouvé plus facilement, ce que lui a eu beaucoup de mal à extraire en théorie de l'inconscient de ses analysants. Ce livre décrit le trajet initiatique d'un sage à la recherche de sa vérité. Sur son trajet, il se croit obligé de donner quelques leçons de sagesse au peuple.

- « *Une tentative et une interrogation, voilà ce que fut ma marche, et en vérité il faut aussi apprendre à répondre à une telle interrogation ! Mais cela : c'est mon goût.*
- *Ni bon, ni mauvais goût, mais mon goût, dont je n'ai plus honte et que je ne cache plus.*
- « *Délivrer dans l'homme le passé, et métamorphoser tout le « il était, jusqu'à ce que la volonté dise : mais c'est ainsi que je le voulais. C'est ainsi que je le voudrai ».*
- « *Ne ménage pas ton prochain ! l'homme est quelque chose qu'il faut surmonter ».*
- « *Ce que tu fais, personne ne peut te le rendre. Voyez, il n'y a pas de rétribution ».*
- « *C'est à côté de la mauvaise conscience qu'est née jusqu'ici toute science ! Brisez, brisez, vous qui accédez à la connaissance, briser les vieilles tables* ».
- « *Il ne faut pas vouloir être le médecin d'incurables : voilà ce qu'enseigne Zarathoustra. Que le diable vous emporte. Mais il faut plus de courage pour faire une fin que pour faire un nouveau vers. Tous les médecins et tous les poètes le savent bien* ».

7 - Dr OURY - Histoire de la Borde dans RECHERCHES 2

8 - J. LACAN - Le séminaire livre XI, Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse.

A PROPOS D'UN ENFANT DIT INCASABLE

Michel DAMIGNANI

Infirmier

Unité d'adolescents la Clairière¹¹⁾

Intersecteur Vaucluse Nord

Enfant « incasable », il est un enfant qui n'a pas trouvé sa place, mais en recherche une. Th. BARANGER, juge des enfants à Paris, écrit dans un article du Monde en date du 11 septembre 1997 : « Pour moi, l'expression « jeune incasable » n'a pas de sens. Si un jeune est incasable, c'est que les éducateurs, les psychiatres, et les magistrats n'ont pas su régler son problème, c'est donc essentiellement un terme qui renvoie aux carences des adultes ».

Celui que je nomme Régis pour protéger l'anonymat, est un enfant de 11 ans victime d'une déstructuration familiale dans laquelle la mère était dans l'incapacité de métaboliser une « *violence fondamentale* » présente chez son enfant ; mais chez lequel elle introduisait en outre une redoutable violence par ses désirs incestueux, une violence qui l'aménait à ne plus pouvoir parer à des débordements qu'elle générât en grande partie.

Cette mère s'était ainsi retrouvée dans l'impossibilité de restituer à son enfant, des éléments violents fondamentaux métabolisés (J. BERGERET¹²⁾) et donc dénués de dangerosité, lesquels auraient pu être éventuellement réutilisables par celui-ci dans un processus maturant. Il s'était créé une situation impliquant « *une carence de la fonction conteneur de la mère* » (R. KAES¹³⁾). Cette fonction est habituellement liée à un cadre psychique maternel stable et fiable, qui prend son sens chez l'enfant, sous la forme intériorisée d'une capacité contenante et soutenante, liée à une reconnaissance de la figure parentale maternelle.

Contrairement à cela, il existait entre Régis et sa mère, un vécu principalement axé sur des investissements narcissiques primaires marqués par des éléments violents fondamentaux, par une situation de violence suractivée par un état d'inceste et par « *un manque de père* ». Ce dernier était dans l'impossibilité d'interdire l'inceste, ce qui lui aurait permis de masquer le lieu d' « *un interdit fondamental* » (S. FREUD¹⁴⁾).

Un ensemble de difficultés aboutissait ainsi chez Régis à un « *manque de statut d'unité* » (D.W. WINNICOTT¹⁵⁾). Un état dans lequel il était continuellement débordé par des tensions pulsionnelles internes émergeant dans la réalité sous forme de passages à l'acte violemment érotisés. Cela créait une conjoncture dans laquelle Régis actualisait une violence qui se retrouvait dans son vécu envers l'environnement : en fait, des situations relationnelles marquées par une forte proportion de sado-masochisme et impliquant les pulsions scopophiliques. C'est ainsi que survenaient des comportements en lien avec « voir et être vu » selon une donne active ou passive : le désir de regarder sous les robes des infirmières ou celui d'être vu en train de s'exhiber. Ces paramètres venaient dramatiquement se conjointre dans une forme de cruauté originale, ce qui amenait Régis à percevoir de l'entourage, une violence qui lui faisait retour sur un écho de la sienne propre.

¹¹⁾ Unité de Soins La Clairière, Centre Hospitalier 84143 Montfavet Cedex, Tel 04.90.03.92.31

¹²⁾ J. BERGERET « La violence fondamentale », Poitiers, Dunod, 1994, 251 p

¹³⁾ R. KAES « Crise rupture et dépassement », Paris, Dunod.

¹⁴⁾ S. FREUD - Essais de psychanalyse - St Amand, Payot, 1977, 280 p.

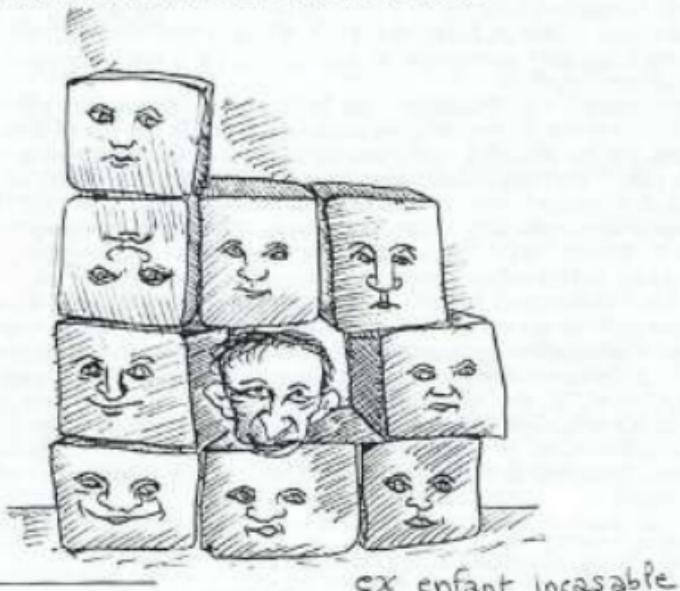
¹⁵⁾ DW WINNICOTT « Sui je suis » in conversations ordinaires, Paris, Gallimard, 1988, 308 p.

Il était en fait un enfant soumis à une violence fondamentale suractivée par une situation incestueuse ayant un lien avec le « manque du père ». J. LACAN¹⁰ a mis l'accent sur l'importance de « ce qui perdure » dans la transmission paternelle, et sur « ce qui passe du père au pire ».

Des situations conjoncturelles amenaient donc Régis à mettre en oeuvre des demandes affectives sous couvert d'érotisme violent. Celles-ci traduisaient chez cet enfant l'existence d'une tension pulsionnelle interne entretenue par une confusion « amour-haine » (M. KLEIN¹¹), qui le débordait régulièrement. Cela l'aménait à recevoir de la part de l'entourage, une violence faisant écho à sa propre agressivité ambivalente. Il se créait un mouvement prenant effet dans une formulation inconsciente de sa demande. Ces données sont à mettre en parallèle avec des éléments d'analyse fournis par S. FREUD dans sa première topique, c'est-à-dire dans ce qui a trait à la pulsion d'emprise, le mode passif, le mode actif et le sado-masochisme.

La situation vécue par Régis était susceptible d'inscrire cet enfant dans une trajectoire néfaste sur la base d'une méconnaissance, telle que celle annoncée par le premier oracle dans « Oedipe roi » : « *Le temps qui voit tout a finalement vu clair (...), il condamne l'hymen* ». Il s'agit bien d'une tragédie qui s'est jouée entre Régis et sa mère, à tel point qu'il n'est « rien qui fasse appel à l'amour ou à la haine » (M. KLEIN et J. RIVIERE¹²), mais seulement à « une simple survivance primaire qui porte sur l'intention et la violence » (BERGERET¹³). « *Toute tragédie apparaît comme le recouvrement d'un secret, et l'élaboration d'une structure qui y fait écran* », écrit A. GREEN¹⁴.

Pour Régis, ce fut un espace relationnel clos qui s'est souvent traduit par une chambre d'isolement dans laquelle il a subi l'enfermement.



ex enfant incasable

¹⁰ J. LACAN - « Télévision », Paris, Seuil, 1973, 213 p.

¹¹ M. KLEIN - Essais de Psychanalyse - St Amand, Payot, 1989, 452 p.

¹² M. KLEIN- J. RIVIERE - « L'amour et la haine », Paris, Payot, 1979, 155 p.

¹³ J. BERGERET, « La violence fondamentale », opus déjà cité.

¹⁴ A. GREEN cité par BERGERET in « La violence fondamentale ».

UN AUTOMATISME MENTAL BIEN PRECOCE

Rémi DELAITRE
Psychiatre Assistant¹¹
Secteur Orange
(84 G 02)

Hosni OUACHI
Psychiatre Assistant Associé¹²
Secteur Carpentras
(84 G 01)

Cet article a été rédigé, alors que l'un des auteurs, Rémi DELAITRE, exerçait ses fonctions dans l'unité d'adolescents de l'Intersecteur Vaucluse Nord. A partir d'une pratique de terrain, cet article dégage un questionnement sur la clinique à propos de l'automatisme mental.

1 - Observation clinique

Céline est une adolescente âgée de quatorze ans et demi lorsqu'elle est hospitalisée à l'unité intersectorielle d'adolescents du Centre Hospitalier de Montfavet ; elle y est adressée, dans un contexte de crise, pour une symptomatologie délirante à thématique persécutoire sexuelle, sous-tendue par un grand automatisme mental, qu'il n'est pas habituel de retrouver à cet âge : elle affirme être régulièrement violée par son père ainsi que par tous les hommes qui la regardent ; même lorsqu'elle est seule, la nuit, des hommes pénètrent dans son lit pour lui torturer le vagin ; d'ailleurs n'en ressent-elle pas régulièrement leur pénétration douloureuse chaque nuit, et cela depuis plusieurs mois? N'avait-elle pas, elle qui est plutôt casanière, demandé à ses parents à aller cet été en colonie de vacances, loin d'eux, loin de son père en particulier, pour « être tranquille » (dixit)? Protection illusoire contre un délire qu'elle emmena dans ses bagages, puisque ses parents durent la récupérer en catastrophe, effectuant plusieurs centaines de kilomètres pour aller la chercher dans cette colonie où justement tous les garçons, sans exception aucune, la violaient rien qu'en la regardant...

Qui est donc cette Céline pour avoir un tel délire? Une adolescente longiligne, qui parle peu (les voix d'hommes qu'elle entend lui interdisent de se « dévoiler »), et qui reste malgré tout socialisée (le délire semblant circonscrit au cercle familial et amical : Céline reste adaptée au lycée, où elle effectue normalement ses études, assez brillantes même, en classe de seconde). Ses parents communiquent relativement peu entre eux. Le père est aviateur dans l'armée ; son activité professionnelle de pilote transportant des personnalités militaires ne lui permet pas de planifier ses retours à la maison, ce qui fait que ni sa femme ni Céline ne savent quand il rentrera : c'est un père absent, à la présence aléatoire... La mère de Céline est une personne effacée, qui fait confiance à son mari, et n'exerce pas d'activité professionnelle. Céline a une soeur, de cinq ans son aînée, actuellement étudiante en droit à la faculté d'Aix-Marseille. Autant la soeur de Céline est extravertie, autant Céline paraît intravertie. Les parents ne comprennent pas ce qui se joue actuellement, avec la maladie de Céline ; ils sont demandeurs de soins pour leur fille, et acceptent les entretiens familiaux réguliers que l'équipe a instaurés, afin de comprendre quelle est la place exacte du symptôme dans la dynamique familiale. L'hétéroaccusation génitale de Céline au sujet de son père serait grave, d'un point de vue médico-légal, si elle ne concernait également tous les autres hommes qu'elle rencontre, et qui rentrent, eux aussi, dans le système persécutoire, enlevant aussi toute crédibilité aux accusations de l'adolescente, qui se trouve donc elle-même disqualifiée par la démesure de son propre discours.

¹¹ Secteur 2, Centre Hospitalier de Montfavet, 84143 Codex Tél 04.90.03.91.05

¹² Secteur 1, Centre Hospitalier de Montfavet, 84143 Codex Tél 04.90.03.90.93



L'état délirant perdure depuis environ six mois, sans que les parents ne s'en soient véritablement inquiétés outre mesure ; ce fut d'abord la mère qui, chronologiquement, fut alertée par des petits troubles du comportement de Céline, tels que Gaétan Gatian de Clérambault (3) les avait décrits sous la terminologie de « phénomènes subtils » et que plus récemment Henri Grivois (4) a repris, sur un plan davantage psychodynamique dans ses travaux sur la psychose naissante. Le père ne fut mis au courant par la mère, à savoir qu'il était accusé de viols itératifs par sa fille, que plusieurs mois après la première confidence de Céline à sa mère, laps de temps significatif d'une certaine lenteur dans la communication de l'information, chez cette famille en apparence nucléaire et conformiste et qui se présente « bien sous tous les rapports » (dixit Céline). Il réagit par la surprise, face à sa femme et face à sa fille ; mais il ne chercha pas vraiment à comprendre : il n'avait pas le temps de parler, il « planait » (c'est nous qui utilisons ce terme). L'automatisme mental de Céline fut d'abord petit, dans la classification clérambaultienne, puis grand en quelques semaines, et s'enrichit de ruminations idéatives complexes avec des velléités rationalisantes et surtout l'apparition d'hallucinations cénesthésiques vaginales algiques et auditives persécutoires. Céline disait également arriver à deviner la pensée de ses parents, et leur prêtait diverses intentions malveillantes, dont elle évitait de leur parler, par crainte de réactions violentes de leur part.

Désémparés davantage par la durée des troubles que par les troubles eux-mêmes, les parents finirent par forcer Céline à se faire hospitaliser, à temps plein, où une prise en compte de problèmes de communication intrafamiliaux et une chimiothérapie individuelle de Céline à l'halopéridol permirent une résolution rapide du délire et un retour de l'adolescente à son domicile. Actuellement, l'équilibre familial est restauré, Céline est à nouveau scolarisée, elle n'est plus en conflit avec ses parents, la crise d'adolescence est presque terminée...

2 - Commentaires

Cette observation est intéressante à plus d'un titre :

-sur le plan diagnostique : la marche évolutive du délire, son contenu, sa systématisation, l'adhésion de la patiente à son propre discours délirant, la thématique persécutoire sexuelle, sont autant d'éléments qui pourraient nous orienter vers un diagnostic de schizophrénie, laquelle n'aurait pas débuté par une bouffée délirante aiguë mais plutôt par un tableau complexe de délire incipiente avec petit automatisme mental, mais il n'existe pas ici de signe clinique de dissociation. Le diagnostic, controversé, de psychose hystérique, aurait pu être évoqué devant la thématique sexuelle du délire, les répercussions qui en résultaient, et la précocité de tels troubles, survenant lors de l'adolescence ; mais la structure sous-jacente est manifestement de type psychotique, même si le contenu latent du délire disqualifie le père dans sa fonction au sein de la famille. Si Céline avait été plus âgée, il eût été possible d'évoquer une psychose hallucinatoire chronique, telle qu'elle a été dernièrement actualisée (1), à partir de la forme princeps décrite par Gilbert Ballet en 1912 (2) : « *La P.H.C. peut se définir comme un délire chronique essentiellement hallucinatoire, moyennement systématisé, souvent persécutif, sans évolution déficitaire ni discordance, apparaissant préférentiellement chez la femme d'âge mur et souvent traité avec succès par les hallucinolytiques* » (1) ; mais ce diagnostic n'est pas reconnu de manière unanime tant en France - et l'on peut se remémorer les prises de positions historiques de Henry Ey à ce sujet - qu'à l'étranger.

-Sur le plan psychodynamique : Céline, par ses hallucinations, trahit son désir oedipien d'avoir une relation sexuelle avec son père. Par son automatisme mental, elle tente, à sa façon, de remédier à une construction du monde qui contrecarre son principe de plaisir : « *la séparation entre un moi organisateur du monde (autonomie) et un moi subissant l'organisation du monde (automatisme) caractérise toute l'approche psychiatrique traditionnelle. Dans la psychose naissante, cette séparation n'est guère possible. Il faut lire alors la psychose naissante comme coexistence d'organisations et non la traduire paresseusement par des termes péjoratifs. Le besoin d'immobiliser au plus tôt les alternances tient à notre esprit et à nos traditions médicales et rationalistes. Contrairement aux patients installés en nosographie ou sur la voie de la chronicité, le psychotique naissant ne s'oriente pas encore sur l'axe unique des classifications centenaires, entre le pôle paranoïa et le pôle schizophrénie, caricatures grossières d'autonomie et d'automatisme pathologiques* » (4). Le discours de Céline est intelligent, sans pour autant être intelligible, tant que le thérapeute n'aura pas permis à l'adolescente de donner suffisamment de sens à son propre discours pour ne plus en être prisonnière : « *Si (...) le langage ne peut s'échanger qu'à partir d'un consensus commun, il paraît évident qu'avec le psychotique l'échange de sens aboutit à un effet inverse : la non-compréhension. Précisons un peu cette évidence : sans renoncer à sa folie le moins du monde, le psychotique peut s'exprimer dans un langage intelligent et normalement construit, c'est-à-dire sans altération des mots ou de la syntaxe, ni même des rapports logiques internes au discours. Mais ce langage n'est pas intelligible ; et peut-on dire intelligents, mais non intelligibles, les propos du psychotique ? La lecture psychiatrique ne doit pas nous leurrer : c'est bien faute de comprendre que la psychiatrie classique se donne les moyens de repérer le fou dans son inadéquation au réel et se donne sémiologiquement les moyens de délimiter sa folie. Quant au mouvement psychanalytique, son parti pris d'interprétation dit clairement que le clinicien se trouve confronté à un dérapage dans le sens de l'entendement* » (5). La symbolique sexuelle est éminemment signifiante dans le discours de Céline ; citons par exemple les expressions « se dévoiler » et « bien sous tous rapports ». Cette symbolique semble omniprésente dans les phénomènes délirants ; pensons plus particulièrement au délire du Président Schreber (Freud) ou à celui de la machine à influencer de Nathalie A. (Tausk). De plus, dans leur « Théorie psychanalytique du délire », S. Nacht et P.C. Racamier ont mis en évidence le fait que le délire réalise, d'une certaine façon, à la fois

un désir et la peur de ce désir ; ils écrivent : « *Quelqu'un désire, et il a peur, il trouve alors dans le délire le moyen d'assouvir son désir en évitant la peur. Cela apparaît comme évident quant on se rappelle la théorie psychanalytique des névroses. Autrement dit, ce que nous savons être vrai dans le domaine du rêve et de la névrose est également vrai dans celui de la psychose. On peut donc affirmer que le délire est à la fois une manifestation de peur et une défense contre cette peur* » (6). Dans le cas de Céline, où le délire s'inscrit dans la traversée maturative d'une phase critique de l'existence, « *il s'agit, si l'on peut dire, de faire pivoter vers son endroit une médaille dont le patient ne vit et ne perçoit que l'envers* » (7), en montrant à cette adolescente qu'elle n'a pas à avoir peur des investissements, en particulier corporels, qui sont pour elle nouveaux, sur le plan de l'épruvé.

- sur le plan médico-légal : voilà une jeune fille qui accuse son père de viol, se confie à sa mère, puis à un médecin : quel est le degré de crédibilité, à quel type de signalement est-il nécessaire de procéder, quelle protection juridique peut-on garantir à une mineure qui se présente manifestement en état de danger ? En pratique, les réponses à ces questions sont fournies par un appel téléphonique au greffe du juge des enfants du Tribunal de grande instance du ressort du secteur du service hospitalier dans lequel est traité le mineur.

- sur le plan du traitement : une hospitalisation, à temps plein, est presque toujours nécessaire, dans un premier temps, afin de faire baisser les forces de tension qui règnent dans la famille. L'hospitalisation peut être présentée au mineur comme une mesure de protection prise à son endroit (sans pour autant lui donner l'impression que l'on adhère à son délire d'hétéroaccusation génitale) et aux parents comme une mise en place d'une chimiothérapie neuroleptique qu'il faudra régulièrement surveiller et qui ne peut s'instaurer qu'en milieu hospitalier spécialisé. L'automatisme mental est habituellement résolutif sous l'effet d'une butyrophénone hallucinolytique (type : Haldol, qui possède l'avantage d'exister sous forme d'action prolongée) et sa disparition rassure les protagonistes, ce qui permet d'entamer un travail psychothérapeutique pour comprendre l'émergence du délire et les bénéfices secondaires qu'il procurait. Dans le cas de Céline, le délire excluait le père de la constellation familiale, soudait la mère et la fille contre le père, le disqualifiait en tant qu'homme et en tant que père. Céline se rapprochait de sa mère et pouvait lui parler de sa sexualité et de ses premières règles. La thérapie a consisté à permettre à chacun de communiquer, tout en élargissant, selon la formule de Mony Elkaim, le « *champ du possible* » pour tous les membres de la famille.

3 - Bibliographie

- 1 - ALBERNHE T. : « Actualités de la psychose hallucinatoire chronique ». Thèse Méd., Montpellier, 1987
- 2 - BALLET G. : « La psychose hallucinatoire chronique », *J'Encéphale*, 1911, 2, 401-411.
- 3 - CLERAMBAULT G. (de) : « Oeuvre psychiatrique », P.U.F. éd., Paris, 1942.
- 4 - GRIVOIS H. : « Autonomie et automatisme dans la psychose », Masson éd., collection Histoire de la psychiatrie de l'hôtel-Dieu, 1992.
- 5 - MORENON M., MORENON J. : « L'hallucination est-elle l'inversion du signe ? », *L'inform. Psy.*, 1958, 61, 2, 143-160.
- 6 - NACHT S., RACAMIER P.C. : « La théorie psychanalytique du délire », *Rev. Franc. Psychanal.*, 1958, 22, 4-5, 417-532.
- 7 - RACAMIER P.C. : « Psychothérapie dans les psychoses », *E.M.C.*, 37819 A10, 11-1974.



LA RELAXATION PSYCHANALYTIQUE

François POINSO

Praticien Hospitalier¹¹

Intersector Marseille 8 ème et 9 ème
(13 I 02)

Brigitte POUCHELON

Psychologue¹²

Secteur Marignane-Martigues
(13 G 20)

Ce travail a été réalisé dans le cadre de l'Association Régionale de Relaxation de Sens Psychanalytique (ARRSP).

La relaxation psychanalytique, ou Relaxation à Inductions Variables (R.I.V.) a été élaborée par Michel SAPIR et ses collaborateurs, dans le cadre de l'AREFFS (Association de Recherche et de Formation de la Fonction Soignante). Les sources de cette psychothérapie de relaxation sont diverses : on peut citer parmi les sources principales, le training autogène de J.H. SCHULTZ, la méthode de relaxation de J. de AJURIAGUERRA, la cure psychanalytique.

Le training autogène de J.H. SCHULTZ propose un apprentissage de la détente corporelle, comportant des inductions du thérapeute selon une progression codifiée (lourdeur, chaleur, rythmes...).

Comme S. FREUD, J.H. SCHULTZ s'inspire de l'hypnose. Il définit sa technique comme une « auto-hypnose », permettant l'accès à un état modifié de conscience, la « déconnexion organisme ». J.H. SCHULTZ, ayant constaté que des phénomènes neurophysiologiques apparaissaient sous hypnose, imagina que ces phénomènes pouvaient être utilisés pour produire un état auto-hypnotique, réduisant ainsi les reproches adressés à l'hypnose, que sont la dépendance envers le thérapeute et la suggestion.

C'est donc un certain état du corps, ce sont des phénomènes neurophysiologiques, lourdeur, chaleur, rythmes, qui agissent sur l'état psychique. Cet état qui pour J.H. SCHULTZ se rapproche des états hyponoides de J. BREUER, en a les applications thérapeutiques. Il permet une meilleure compréhension des difficultés psychiques par une « lucidité » plus grande du patient grâce à la diminution des résistances. Il permet surtout dans un deuxième temps d'aborder les problèmes psychologiques ; c'est le cycle supérieur du training autogène. Celui-ci, mélange de pédagogie, de compréhension empathique, n'est cependant pas une psychothérapie psychanalytique. Bien que J.H. SCHULTZ ait été analysé, il restera fidèle à des conceptions plus proches de la neurophysiologie. Il n'utilisera jamais l'analyse du transfert.

La méthode de J. DE AJURIAGUERRA s'intéresse particulièrement à la relation tonique comme le prototype de toute relation. L'expérience subjective de la relaxation se fait dans le silence, cependant que le thérapeute contrôle les réponses toniques du patient. Progressivement la relation s'établit avec le psychothérapeute, dans le sens d'une identification. Il y a donc d'abord régression, puis remaniement de la personnalité grâce au « Moi auxiliaire » que représente pendant un temps le thérapeute.

¹¹ Hôpital Sainte Marguerite - 13274 Marseille Cédex 09. Tél 04.91.74.47.61.

¹² Centre Hospitalier, 3 Chemin des Rayenes B.P. 248, 13500 Martigues. Tél 04.42.43.23.93.

La méthode de M. SAPIR, ou relaxation de sens psychanalytique à inductions variables, s'éloigne davantage du training autogène, car elle ne comporte plus la progression classique de J.H. SCHULTZ. Elle n'est pas principalement orientée vers la maîtrise du corps et vers l'apprentissage de la détente. Elle s'intéresse plutôt au support métaphorique que sont à la fois les inductions verbales et le toucher du thérapeute d'un côté, et le vécu corporel du patient de l'autre.

Les conceptualisations psychanalytiques deviennent alors prépondérantes : il s'agit d'une psychothérapie qui fait appel à l'analyse du vécu corporel, des réminiscences du patient, de ses fantasmes, surtout dans ses aspects transférentiels. Elle se différencie cependant de l'analyse par sa dimension corporelle, par l'aller-retour entre les sensations corporelles et le langage. Elle s'en différencie aussi par les inductions, qui ne sont pas des suggestions mais des supports associatifs dont le patient peut faire quelque chose selon l'ordre du jour conscient ou inconscient.

Cette technique peut être utilisée dans des cures individuelles, et aussi en groupe. Les groupes de relaxation psychanalytique rassemblent huit à dix personnes, un couple d'animateurs et un observateur. Le vécu corporel dans ses manifestations transférentielles, dans un registre oedipien ou pré-oedipien, est ici particulièrement intéressant, du fait des inductions variables du couple d'animateurs. La dynamique de groupe est également riche, mais elle ne fait que très rarement l'objet d'interprétation en tant que telle.

Les psychothérapies de relaxation sont souvent confondues avec *d'autres techniques corporelles*, venues des Etats-Unis. En contrepoint de la méthode de relaxation psychanalytique que nous pratiquons, nous voulons en dire quelques mots, car selon nous ces techniques ne sont pas des psychothérapies.

Venant essentiellement de Californie, ces dernières ont pour but commun une revalorisation du corps et des instincts corporels. Elles visent une libération de ce corps, qui est naturel, donc sain, et qui ne saurait mentir. Parallèlement on constate que ces méthodes dévalorisent la parole comme étant source de confusion, comme produite par la culture, donc chargée de souffrances, d'angoisse et de refoulement. En ce sens toutes ces méthodes américaines témoignent du « retour du refoulé » (selon l'expression de M.SAPIR), et instituent des passages à l'acte dans un but cathartique.

Ces techniques sont essentiellement le cri primal de A. JANOV, les massages californiens, la Gestalt thérapie de F. PERLS, l'expression corporelle, la bio-énergétique de A. LOWEN, le « touching », la somatanalyse, la végétotherapie. Elles insistent sur la découverte des sensations et des émotions, sur ce qui se passe ici et maintenant. Parfois cependant elles visent à la reviviscence d'émotions anciennes, profondément enfouies. Le cri primal par exemple se veut une « renaissance ».

A notre sens l'effet cathartique visé peut être intéressant. Il répond certainement à une demande d'une certaine catégorie de personnes. Sur un plan sociologique, il s'agit souvent de professionnels de la santé (hormis les médecins) et de cadres moyens et supérieurs, sensibles aux effets de mode. Les femmes participent davantage que les hommes à ces techniques, souvent sous forme de stages. Les stages permettent en effet la « communion » dans une idéologie commune. Ils sont rentables pour les organisateurs et affichent des prix abordables pour les participants.

Mais deux critères les différencient de psychothérapies : ces méthodes visent une découverte ou une redécouverte de sensations corporelles et d'émotions, mais sans effet de sens. Il n'y a pas d'élaboration psychique secondaire, la parole ne doit pas travestir ce qui est vécu. Elles apportent une expérience nouvelle, parfois amusante, parfois angoissante, mais ne prétendent pas dans le fond modifier l'organisation de la personnalité. Elles espèrent plutôt améliorer l'harmonie de l'individu, le réconcilier avec des instincts « naturels », que l'environnement culturel brise habituellement.

D'autre part ce ne sont généralement pas des thérapies. Elles s'adressent préférentiellement à des catégories de la population qui n'ont pas de maladies mentales au sens restrictif du terme. Les animateurs ne prétendent d'ailleurs pas être des thérapeutes. Cependant certaines techniques ont pu être utilisées dans des hôpitaux psychiatriques.

Contrairement à ces techniques, la *relaxation psychanalytique* ne vise pas à obtenir un effet cathartique. Il s'agit pour le relaxant de laisser venir les sensations du corps, les fantasmes qui viennent s'y associer, mais aussi de parler de cette expérience, prise dans le jeu du transfert. Paroles de l'induction, équivoques du signifiant, paroles du relaxant, la relaxation psychanalytique est pratiquée par des psychanalystes, en cure individuelle, ou en groupe, groupes de patients ou groupes « de formation ». Elle peut trouver une place dans l'éventail des psychothérapies psychanalytiques.

Nous donnons ici *deux illustrations* de la relaxation psychanalytique, d'une part en cure individuelle, et d'autre part dans un groupe de formation par la relaxation.

1 - Une cure individuelle

2 - Un groupe de formation.



1 - Une cure individuelle

Il s'agit d'une femme de 51 ans, qui travaille dans un Bar-Tabac, depuis de nombreuses années, veuve, d'un homme décédé d'une cirrhose, de 20 ans son aîné. Elle consulte un psychiatre pour des douleurs abdominales diffuses qu'elle rattache à une colopathie ancienne, à des cystites très fréquentes, à d'autres symptômes somatiques divers. Elle est mal dans sa peau depuis... toujours. Cette femme a choisi un médecin généraliste dont le cabinet se situe à proximité de son lieu de travail, elle y fait de fréquentes visites. Madame C. aime bien jouer aux machines à sous : pour l'instant plein où l'on ne sait si l'on va être riche ou si l'on va tout perdre.

Elle est issue d'une fratrie de 14 enfants : 4 demi-frères et soeurs du côté de sa mère, également 4 demi-frères et soeurs du côté paternel. Les parents ont eu 6 enfants, elle est la seconde. Son père buvait, il était violent. Sa mère est morte quand elle avait 14 ans, « c'était une pauvre femme, elle a beaucoup souffert. Nous étions avec mes frères et soeurs : sales, mal habillés, j'avais honte de mon nom. On disait les C ».

Le médecin généraliste insiste sur la composante psychique de ses troubles qu'elle reconnaît d'une part, et qu'elle dénie d'autre part, en consultant sans cesse. La personnalité de cette femme, semble structurée sur le mode névrotique ; son comportement est repérable comme un appel au secours, adressé à un autre qui doit rassurer, reprendre en compte son discours, mais il semble qu'elle remette en place une jouissance morbide toujours à renouveler.

Au bout de deux années de rencontres bihebdomadaires, c'est par le toucher qu'une effraction dans le système défensif de cette femme se fait jour. Jusqu'alors, elle semblait s'approprier, de façon consciente, le bien être ou le mal être suscités par la relaxation. L'induction de la chaleur qui apaise les douleurs abdominales lui font reconnaître : un rapport causal, entre ses angoisses existentielles et leurs manifestations somatiques (son ami se fiche d'elle, elle n'est pas considérée sur son lieu de travail...), mais l'angoisse est telle que la phobie d'une maladie grave, la fait revenir sans cesse dans le cabinet du généraliste et cela l'apaise et elle guérit de sa cystite, de sa colopathie pour un temps. Ici, la symbolisation échoue et la répétition vient en place de l'élaboration. Et pourtant son état s'améliore !!! Il y a une narcissisation mais pas symbolisation. Y aurait-il eu alors, grâce à la technique de la relaxation une appropriation consciente d'elle-même par le processus de la sensation et sous l'effet de sa formulation?

Existe-t-il une « *image de soi* » qui serait le remaniement permanent d'une certaine réalité psychique inscrite au premier chef dans du corporel. Dimension de l'image, du moi, du soi avec tout le faux semblant que cela suppose. Or l'image aliène mais unifiée ; soulage-t-elle cette femme de ses mots/maux? Nous savons que pour l'enfant, il y a une intimation de l'image de l'autre qui va le constituer et être une première ébauche de l'image corporelle, une première forme. Cette image se retrouve à l'extérieur de lui-même et c'est pour ça qu'elle est aliénante. Seule une parole peut l'authentifier comme sienne. Le médecin généraliste est une femme qui accueille sa parole. L'image prédomine mais la parole existe - cependant ne tient pas.



Au bout de deux années, un incident d'importance émailla cette thérapie. Dans un moment « d'inattention », je lui « soufflais » de façon cavalière une place de parking devant le C M P où je la recevais. Je cherchais, tout de suite, à reprendre en paroles ce manque de courtoisie. J'étais interpellée par son attitude, encore plus étonnée par l'impossibilité dans laquelle je me trouvais de pouvoir aborder ce sujet. Tout en elle m'en empêchait. Dans la salle d'attente, je peux à peine lui dire bonjour, elle me tourne rapidement le dos, se sauve vers les toilettes. Une autre fois, elle garde le regard baissé, tout à fait absente. Ou alors dans le bureau, elle me coupe la parole pour me parler abondamment. Mais un jour, ce fut possible et sa réaction : « Ce n'est rien, ça ne fait rien, ce n'est pas grave »... me précipita dans une position particulière dans laquelle j'étais presque sommée de la traiter comme « une moins que rien ». Piégée, dans l'instant, par le transfert, du coup Madame C. se mit à m'intéresser particulièrement et ma vigilance à son propos s'accrut.

Au décours de la thérapie, suite à de longues plaintes réitérées, alors que je m'étais attardée sur le **toucher** de ses bras, de ses épaules, sentant comme une réaction propre depuis plusieurs séances, elle se mit à en dire quelque chose ... de désagréable. La relaxation d'agréable qu'elle fut verbalisée, se fit jour soudain, comme une agression insupportable dans un toucher dont elle avait à se protéger, qui provoqua des images, réveilla sa mémoire, la fit parler à cet Autre que j'incarnaïs.

Le toucher contrariait les inductions dont la teneur positive de détente ne pouvait être entendue que comme banalité, apaisante certes, mais peu efficace ... « *Quelques heures après mes angoisses reprenaient* ». « *Le toucher maintenant et cette envie de vous repousser, mes épaules que je sentais comme soudées au divan, j'étais maintenue, j'avais envie de bouger, c'était insupportable* » ... « *Vous savez, mon père rentrait souvent à la maison saoul, j'entendais son arrivée, j'avais peur qu'il monte me voir, c'était l'horreur, il me touchait, il essayait, je criais à la fenêtre, j'appelais ma mère, elle ne montait pas* ».

Il lui est arrivé de parler du toucher - de dire attouchement - de ce traumatisme, c'est elle qui parle, on en repère les effets, dans la façon dont elle s'adresse à l'autre, au thérapeute, pour lui faire adopter une position qui la situerait, elle comme **objet déchet**. Sa mère ne l'a pas protégée, on la montrait du doigt, et ça continue ; elle dit être peu digne d'intérêt mais son agressivité est immense, totale, vis à vis de qui l'approche. « *Ca ne fait rien* », dit-elle en substance pour tout, mais du coup, c'est la haine qui apparaît, l'espace d'un instant pour cet autre qui tomberait dans le panneau.

Ici, il s'agit de la position subjective du sujet ; qui apparaît sous la forme d'un désir masochiste où le sujet se perd. Image du corps comme corps souffrant, constitué par des symptômes qui parlent à la place du sujet et/ou objet déchet/objet fantasmatique, émergence d'une entité inconsciente, objet aliéné dans la jouissance d'un autre.

Madame C. a interrompu sa cure pendant les mois d'été, car les douleurs abdominales étaient trop fortes, son fils était chez elle, en vacances... Une mise entre parenthèse, c'est ce qu'elle signifie au bord de la répétition, malaise, c'est ce qu'elle cherche, voulant ignorer que le changement procède de la **castration, de la perte**. Et cependant ne parle-t-elle pas de la volupté regrettée tirée de ses bouffées de cigarettes et auxquelles elle a renoncé. « *Quand je fumais, j'avais au moins ce plaisir là* » : fugace mais éprouvé intensément avant que de se dire : « *farrête sinon je finirais avec le cancer des poumons* » ! Et pourtant, son ami est de plus en plus attentionné, il l'a même présentée à sa mère. Elle le souhaitait et maintenant elle le regrette, elle se sent obligée d'accepter les invitations de cette « *belle mère* » qui la traite avec gentillesse comme sa « *belle-fille* ». Mais elle reconnaît que son compagnon l'apaise, qu'il est devenu attentif, à lui dit qu'elle même est plus agréable, moins revêche. Le couple en fait, se porte beaucoup mieux, parfois elle est heureuse.

Construction-déconstruction, niveau conscient-niveau inconscient, répétition-changement, autant de processus à l'oeuvre. De la répétition il y en a, mais de la symbolisation il semble y en avoir aussi.

Je terminerai en proposant à votre réflexion, un extrait du mythe de Sisyphe - d'Albert Camus : « *Les dieux avaient condamné Sisyphe à rouler sans cesse un rocher jusqu'au sommet d'une montagne d'où la pierre retombait de son propre poids - Ils avaient pensé avec quelque raison qu'il n'est pas de punition plus terrible que le travail inutile et sans espoir - Supplice indicible où tout l'être s'emploie à ne rien achever* ».

Un an après, Madame C. a interrompu sa cure au moment où un travail de réflexion l'aurait engagée dans une remise en question plus importante. Cependant ses symptômes sont moins gênants et sa vie personnelle nettement plus satisfaisante. Elle semble engagée avec son ami dans un projet vital harmonieux, qui lui convient. Il lui reste la possibilité de reprendre rendez-vous, non plus envoyée par un médecin mais en accord avec son désir, conséquent à ces implications et des nouveaux changements qui pourraient en découler.

2 - Un groupe de formation

En relaxation analytique de groupe, les thérapeutes se mettent à l'écoute d'une **activité imaginaire** qui prendra progressivement sa place dans une trame individuelle et groupale, par un travail de symbolisation continu. Cette activité imaginaire s'ancre (et trouve un écho) dans les sensations du corps, dont il est question de parler.

Le corps est souvent vécu comme fragile et morcelé. Les participants sont surpris de ne pas toujours ressentir la « détente » comme un moment de plaisir, unifiant et chaleureux. Ils peuvent déplacer les sensations qu'ils éprouvent dans ce corps exposé, menacé, voire persécuteur, vers les thérapeutes qui ont nommé les parties du corps. Les signifiants de l'induction favorisent ainsi l'émergence de pulsions prégenitales, qui apparaissent de manière plus aiguë qu'en analyse.

En groupe, émergent rapidement aussi des **mouvements oedpiens**, et plus encore les résistances que ces mouvements suscitent. Le couple de thérapeutes peut figurer un couple parental, la rivalité trouvant à s'exprimer entre participants comme dans une fratrie. L'expérience nous montre que ces fantasmes infantiles ne sont pas faciles à accepter, d'autant que les participants des groupes dits « de formation » peuvent avoir l'illusion d'avoir dépassé, voire « résolu » cette problématique oedipienne. Les résistances peuvent alors s'exprimer de façon individuelle, mais le groupe favorise aussi des résistances spécifiques par la « *résonance fantasmique* » entre participants. Cette résonance peut être au service du dévoilement de l'Inconscient, mais elle peut être aussi au service des résistances, lorsqu'elle s'appuie sur des mouvements d'identification mutuelle colmatant ce qui pouvait surgir d'individuel, de nouveau et de surprenant.

Les **résistances** peuvent alors prendre la forme d'une agressivité de plusieurs membres du groupe contre les thérapeutes, agressivité qui ne peut être alors uniquement envisagée dans son aspect transférentiel individuel (agressivité envers une figure paternelle ou maternelle par exemple). Il n'est pas rare alors que plusieurs participants, voire l'ensemble du groupe, expriment des fantasmes de morcellement et de mort, mêlés à une charge agressive forte envers les thérapeutes qui n'ont pas pu ou pas voulu protéger le groupe de ces aspects mortifères. Aspects d'autant plus surprenants pour les participants qu'ils attendaient ou espéraient ressentir une « détente » et le « plaisir de la détente ».

Des **processus de construction** sont mêlés à ces **processus de déconstruction** par l'affrontement à l'angoisse de perte et de castration. Les mouvements transférentiels passent par une certaine démythification de la technique de relaxation. Le transfert imaginaire s'organise sur la croyance en l'acquisition d'un savoir. Ce savoir envie et redouté, les interventions des thérapeutes visent à l'interroger. Elles peuvent permettre de déplacer l'induction, dont les participants croient en la « technicité », vers leur propre subjectivité, au sein du champ transférentiel qui est le leur. L'expérience de la diversité des manières dont les inductions, verbales ou par le toucher, sont reçues, est en ce sens un effet maturant et mobilisateur du groupe.

De ce fait il nous semble qu'en relaxation analytique, contrairement à ce qui est proposé dans d'autres psychothérapies de groupe, les interventions des psychothérapeutes peuvent faire référence à l'histoire de chaque participant. Mais elles ne trouvent place que dans la seule mesure où des éléments de cette histoire (et les signifiants employés), ont été en quelque sorte « déposés dans le groupe » par cette personne. Le thérapeute ne peut utiliser par exemple des éléments recueillis lors des entretiens préliminaires. Si la théorie a en psychothérapie une fonction tierce, cette fonction est aussi remplie par le groupe lui-même. Comme projection d'un corps

fantasmatique maternel, le groupe permet une régression (toute relative) vers la reviviscence de conflits anciens, mais en même temps il atténue les fantasmes de dépendance en fragmentant les motions transférentielles d'une manière similaire à ce que certains auteurs ont théorisé pour le psychodrame psychanalytique (E.KESTEMBERG par exemple).

Voici trois courts extraits de séances (inductions puis prise de parole d'une même participante) destinés à illustrer ces mouvements fantasmatiques. Précisons que le groupe se réunit dans un service hospitalier d'un hôpital général. Les thérapeutes (un homme et une femme) sont désignés par leurs initiales (J.V. - F.P.).

1 - J.V. : « Je me suis trouvé une place, j'y installe ma détente, peu à peu tranquillement... tout mon corps soutenu, avec ma tête qui s'appuie en arrière... avec mes talons en bas... que je perçois... et peu à peu la détente se propage, tout le long de mes bras ».

F.P. : « Ma détente se propage, gagne de proche en proche toutes les parties de mon corps... jusqu'à mes jambes, jusqu'à mes pieds... et je sens que ça se décontracte dans mes muscles, dans mes articulations... ça devient souple... je suis là, disponible pour toutes ces sensations, disponible pour ce qui vient ».

J.V. : « Je laisse venir images, souvenirs, sensations... sensations d'aujourd'hui, de maintenant, que je reçois là ».

Participante : « J'étais en colère, après la dernière fois... le cadre, l'accueil... quand je me suis allongée, j'ai ressenti beaucoup de chaleur, dans le haut du corps, de la chaleur dans les mains... je sentais les pulsations artérielles... j'ai eu des images... très difficiles... mon père est mort d'artérite il y a cinq ans... il a été amputé... et ma mère est morte à l'hôpital... de l'acharnement thérapeutique... j'ai dû demander le cocktail final... J'étais en colère contre l'hôpital, le milieu hospitalier... »

F.P. : « Le groupe n'était pas assez hospitalier? »

Participante (rit) : « oui, mais après, la chaleur qui est restée dans les mains, c'était apaisant ».

2 - J.V. : « Je laisse aller... je sens mon visage souple et lisse... Les rythmes s'installent, sans que j'y sois pour grand chose ».

F.P. : « Mon corps s'alourdit... prend sa place, creuse son empreinte sur le matelas... j'accueille ce qui vient ».

Participante : « J'ai pensé à la mort, au film sur Mozart, Amadéus... Mozart jeté à la fosse commune... un charnier... j'ai senti mon corps qui bascule... j'ai remué l'orteil, ouf, ça allait mieux... »

J.V. : « Vous vous souvenez des inductions? »

Participante : « Le visage lisse... peut-être ça m'a fait penser à la mort. Ma mère est morte d'un cancer... j'attends moi-même les résultats d'un bilan sanguin... j'ai même eu l'image d'un couperet de guillotine ».

J.V. : « Comme un film?... ce qui est intéressant, c'est aussi de noter comment une parole est saisie ».

Participante : « Et vous avez parlé de la place... dans mes souvenirs de petite fille, il n'y avait aucune place pour moi... mon père n'existe plus pour ma mère, depuis ma naissance... moi j'étais l'objet de ma mère ».

F.P. : « Et avec votre père? »

Participante : « Aucune place non plus... mais je l'ai vu pendant deux ans d'hospitalisation avant sa mort... j'avais l'image d'un mauvais père... on a restauré quelque chose entre la fille et le père à ce moment-là ».

3 - Paroles de l'induction alternées entre J.V. et F.P.; seules les premières inductions sont rapportées ici :

F.P. : « Et peu à peu je me trouve une place pour ma détente... une place dans laquelle je me laisse aller à mes sensations... ça devient lourd dans mon corps... ma nuque se décontracte... »

J.V. : « Mon corps a pris sa place... bras et jambes... dos et ventre... avec le va et vient de l'air qui entre par mon nez, qui passe par ma trachée, qui descend jusqu'à mes poumons... et qui ressort... et ça se fait tout seul... »

Participante : « Au début c'était long avant que vous parliez... Je me suis dit : j'espérais qu'ils ne vont pas nous laisser dans le silence encore une fois... je me sentais agressive... enfin vous avez parlé. Les voix étaient belles, claires, chaleureuses. Elles avaient du... du relief ; ça me rappelait l'opéra, je vais aller au théâtre d'Orange, c'est un héritage de mon grand-père... » (silence).

F.P. : « Votre grand-père de quel côté? »

Participante : « Paternel... je retrouvais sa voix, celle des autres grands-parents... j'essayais de retrouver la voix de mon grand-père maternel... il est mort en 61... la voix de mon père... Il y avait des fêtes familiales où il chantait... J'étais fière de l'entendre... je l'avais oublié... »

J.V. : « Vous étiez fière...? »

Participante : « Oui, pas comme ce que je vous disais la dernière fois... c'était un voyage dans les voix... j'écoutes aussi la voix de mon fils. La boucle est bouclée ».

Ces trois séquences nous paraissent illustrer certains aspects spécifiques de la relaxation analytique. Dans les deux premiers extraits, apparaissent des mouvements persécutifs liés aux sensations de morcellement du corps, favorisées selon nous par l'effet de nomination des parties du corps, effet de signifiant de l'induction. Ces sensations peuvent être rattachées à une castration imaginaire, construite à partir des imagos parentales, qui dans leur mise en scène dramatique n'excluent pas une part de revendication névrotique.

Dans le troisième extrait, les inductions participent à une mise en scène (« l'opéra », dira cette participante) de la sexualité, par l'alternance rapide des inductions du couple de thérapeutes, et par l'aspect métaphorique du va et vient de l'air qui entre et qui ressort. Aucun membre du groupe n'a relevé cette alternance et cette métaphore, dont il semble pourtant qu'elles aient été entendues par les participants. Ainsi l'objet fantasmatique, ce sont ici les voix, qui sont belles et ont du « relief ». On peut aussi recevoir quelque chose, comme un héritage du père, un trait identificatoire, de l'Idéal du Moi. Cette fierté dont cette participante fait état, en pensant aux hommes de la famille, semble bien être du côté d'une inscription symbolique, et non plus seulement de l'ordre d'une identification à des images (les images d'amputation par exemple). « La boucle est bouclée », jusqu'à la prochaine fois... »

L'effet de suggestion, dont il est parfois fait reproche à la relaxation, ne nous paraît pas résumer le rôle des inductions. Nous voyons chaque participant choisir dans les inductions ce qui peut le concerter. Dans le même temps le patient méconnaît le fait que nos inductions sont dites à l'intérieur d'une enveloppe psychique groupale qui concerne aussi les thérapeutes. Cependant le désir du thérapeute n'est pas toujours aussi présent dans l'induction que ce que peut penser ou attendre le sujet. Cette croyance en cette parole, à lui spécialement destinée, c'est ce qui permet au sujet d'élaborer son fantasme et de reconnaître son désir. Mais le travail de l'interprétation peut lui permettre de renoncer peu à peu à cette croyance et d'accéder peu à peu à son propre désir.

Conclusion

En guise de conclusion nous pouvons mettre en évidence tout l'intérêt de la relaxation de sens psychanalytique aussi bien en ce qui concerne les groupes de formation que les cures individuelles, sans aborder les groupes thérapeutiques qui feront l'objet d'un article ultérieur.

La cure individuelle est souvent proposée lorsque la demande/plainte du patient est formulée sous la forme d'une raideur répétitive, d'un récit monotone du type de la pensée opératoire, d'une expansion verbale sans lendemain. Le but visé n'est pas la détente mais elle peut advenir en fin de cure. Une demande de « *gymnastique relaxation* » sur indication médicale peut donner l'occasion d'une rencontre où le sujet fait l'expérience du travail de réflexion particulier qu'est une psychothérapie de relaxation en tant que technique **découvrante**.

Dans les groupes de formation, le travail s'effectue à travers un va et vient relationnel où ce qui se passe dans le corps se passe en définitive dans la relation à l'autre. Il s'agit donc d'une formation par la relaxation à la relation soignant-soigné (par l'intermédiaire d'une expérience de relaxation en groupe).



La relaxation est un outil/une technique où le thérapeute est actif. La relaxation ne peut être pratiquée que par ceux qui savent manier la relation soignant-soigné. Le processus de changement portera sur la pratique, sur l'identité même du futur thérapeute. Les groupes sont thérapeutiques et formateurs pour le futur thérapeute.

La détente n'est pas l'objectif de la relaxation de sens psychanalytique, les méthodes courantes ont cet objectif. La détente comme but, c'est un enseignement, c'est une maîtrise et ce n'est pas notre préoccupation. La sensation est au départ des fantasmes et non un fantasme elle-même. La situation de régression : demande thérapeutique, position allongée, immobilité, crée chez le sujet un retour massif projeté sur le thérapeute d'affects anciens, c'est le matériel transférentiel : « *des petits morceaux de temps disséminés dans le temps* » (Jacques SEDAT).

Le corps est au centre du débat verbal, le corps est donné à vivre mais aussi il est nommé par le thérapeute et peut être nommé par le patient. La relaxation de sens psychanalytique est au carrefour de ce corps réel que l'on touche, que l'on nomme, que l'on décrit et de ce corps fantasmique support premier de l'inconscient.

Le sujet est confronté de manière diverse à la rencontre entre la perception et le mot qui la nomme et retrouve au cours de la cure, à travers la relation (régression-transfert) toute la ré-émergence du refoulé corporel qu'il va pouvoir ré-élaborer. C'est en cela que cette méthode de relaxation à inductions variables est de sens psychanalytique (M. SAPIR). La relaxation est un mot galvaudé. Dans notre civilisation tendue vers l'effort, la performance où la rentabilité est proposée comme idéal permanent, la relaxation tend à devenir un mythe. Pratiquer cette thérapie revient à se situer au plus près d'une demande où le corps souffrant est mis en avant. En ce sens les thérapies de relaxation sont diverses et sous ce vocable, existent des pratiques de plus en plus éclectiques. Les relaxations de sens psychanalytiques peuvent faire le lien, constituer une passerelle (c'est souvent le cas) entre les thérapies **couvantes** et un autre cheminement menant à la cure psychanalytique.

Bibliographie

CHANOIT P.F., GARRABE J., ZANA J.P., 1988
Techniques corporelles en thérapeutique psychiatrique.
Encycl. Méd. Chir. (Paris, France), Psychiatrie, 37870 A10, 11-1988, 9p.

HAYNAL A., FERRERO F., 1986
Les nouvelles psychothérapies. Etude critique. Confrontations psychiatriques, n°26, 185-205.
Lab. SPECIA, Paris

LEMAIRE J.G., 1984 - La Relaxation - Petite Bibliothèque Payot

PERRIN E., 1986
Sociologie des stages de thérapie corporelle. Confrontations psychiatriques, n°26, 207-223
Lab. SPECIA, Paris

RANTY Yves, 1990
Le training autogène progressif : une relaxation psychothérapeutique - P.U.F., Paris

REVERCHON F., MEYER M., 1985
Psychanalyse et Relaxation, autour de la chronique d'un groupe.
ESF, Coll. Psychothérapies, Méthodes et cas.

SAPIR Michal, 1991
Psychothérapies de relaxation chez l'adulte.
Editions Techniques. Encycl. Méd. Chir. (Paris, France), Psychiatrie, 37820 B10, 1991, 5p.

SAPIR M., 1983 - La relaxation à inductions variables. La pensée sauvage Ed., Grenoble.

SCHULTZ J.H., 1958
Le training autogène. Méthode de relaxation par autodécontraction concentrative, essai pratique et clinique par le Dr R. DURAND DE BOUSINGEN et Y. BECKER. P.U.F., Paris - Bibliothèque de Psychiatrie *.

Ouvrages collectifs sous la direction de M. SAPIR :

La relaxation : son approche psychanalytique, 1979
coll. Inconscient et culture
DUNOD, BORDAS, Paris.

Les groupes de relaxation : Formation et thérapeutique, 1985
coll. Inconscient et culture
DUNOD, BORDAS, Paris.



PSY- CAUSE II
THEORIES DE LA PRATIQUE

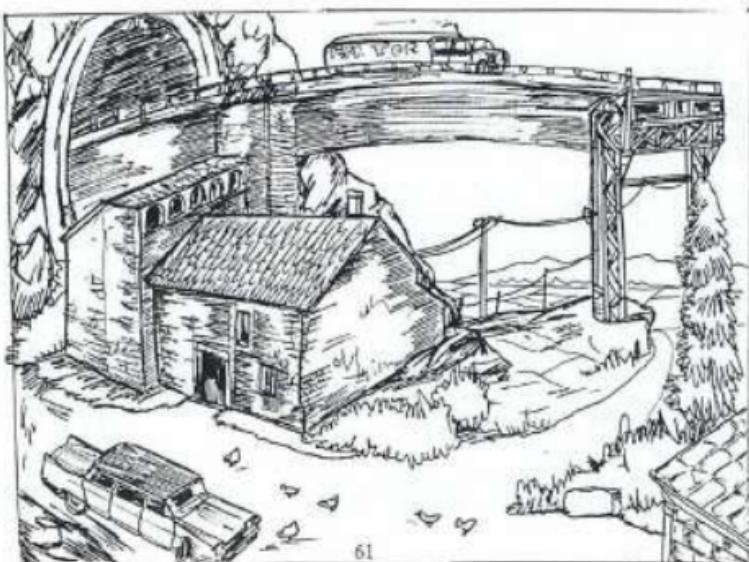
. Richard KOWALYSZIN est infirmier au CMP d'Alès ; et de son métier, il nous en parle avec une lucidité qui, dans son monologue pluriel pour quelques idées neuves, bousculera certaines certitudes : « Certains se targuent de créer pour les infirmiers un champ de savoir exclusivement à leur usage, non contaminé par le jargon médical. Une sorte de Volapük, un Esperanto européen et corporatiste connu d'eux seuls. Dans cet espace de savoir infirmier, ils seront libres, comme les indiens dans leurs réserves, à la condition qu'ils n'en sortent point ».

. Marie José PAHIN nous propose une réflexion à propos d'un texte philosophique antique, sur la question de l'amour du point de vue de la psychanalyse. L'extraordinaire perspicacité de Platon met en perspective l'amour à la table du banquet.

. Moïse BENADIBA poursuit dans le cadre de Psy-Cause, une introduction à l'oeuvre d'Emmanuel Lévinas, abordant cette fois ci la notion de mort dans la philosophie de cet auteur.

. Il est question de reconSIDéRer la loi de 1990 sur les internements psychiatriques. Dominique GODARD fait le point sur les réalités de la pratique de cette loi qui pourraIt n'être dans bien des cas qu'un retour de l'arbitraire, mais sous la caution scientifique.

. La Valorisation du Rôle Social, est une notion pertinente du point de vue d'un professionnel de la réadaptation sociale, tel que Jean-Michel CARVI, à Toulon.



MONOLOGUE PLURIEL SUR QUELQUES VIEILLES IDEES NEUVES

Richard KOWALYSZIN
Infirmier
C.M.P. d'Alès ¹⁰
Secteur Alès Est
(30 G 04)

Ce texte est extrait, avec l'autorisation et à la suggestion de l'auteur, d'un recueil intitulé « Le moulin à paroles ; d'une pratique qui se disant, s'éprouve... », qui a obtenu le prix GERSE ¹¹ décerné à Alès en 1994.

Je dois vous faire un aveu : je suis infirmier. Et, comme un malheur n'arrive jamais seul, je le suis de secteur psychiatrique. Dans quelques années, les technopaleontologues vous diront que cette ethnie vivait dans la deuxième moitié du vingtième siècle et qu'elle sacrifiait à des rites étranges tels que d'interminables pauses-café, des promenades à bord de véhicules banalissés, l'accompagnement de psychiatres dans leurs déplacements professionnels ainsi que de longues palabres à thèmes variés mais dans lesquelles les maisons, les enfants, le sexe et les vacances tenaient une place non négligeable.

Permettez-moi de vous interrompre un instant. Vous avez dit : deuxième moitié du vingtième siècle. Est-ce à dire que ces... infirmiers ont aujourd'hui disparu?

Tu l'as dit, bouffi. L'encre des derniers textes statuant sur cette profession n'était pas encore sèche que des mutants polyvalents étaient venus prendre dans les services, la place des infirmiers de secteur psychiatrique.

Vous devez exagérer quelque peu.

A peine. De l'arrêté du 12 mai 1969 qui donnait naissance à l'infirmier de secteur psychiatrique au diplôme unique polyvalent d'état, 23 ans sont passés, ont filé, devraient-je dire. 23 ans entre l'infirmier psychiatrique et le DUPE, c'est assez pour définir une profession, pas assez pour que cette profession devienne un métier, et à peine suffisant pour que le gardien de fous sorte des esprits.

Vous n'allez tout de même pas regretter le temps où l'on confiait des patients à des infirmiers formés sur le tas ! Cette évolution des études est un bien, à mon avis. Elle permet aux infirmiers de prendre une place importante dans le soin, et, en leur donnant un savoir, leur donne un pouvoir face au pouvoir médical. Enfin, le savoir infirmier, le dossier de soins infirmier, le diagnostic infirmier, vous n'allez pas me dire que tout ça n'œuvre pas dans le bon sens.

Certes, certes. Mais, que voulez-vous, je ne peux pas m'empêcher de penser qu'en cherchant à se définir en opposition ou en miroir au médical, les infirmiers sont en train d'enterrir définitivement les dernières traces de leur spécificité. De plus, vous venez d'employer le terme de pouvoir médical et de pouvoir infirmier. La guerre est donc

¹⁰ C.M.P. d'Alès, 2 rue du Docteur Serres, 30100 Alès. Tél 04.66.52.17.17

¹¹ GERSE : Groupe d'Etude et de Recherche du Sud-Est sur la déficience mentale. Adresse : Ateliers Denis Cordonnier, 16 chemin des Caers, 69570 Dardilly, Tél 04.78.35.23.49

commencée et on ne me l'avait pas dit? Même s'il y a quelques médecins avec lesquels j'entretiens des relations un peu fraîches, je n'en suis pas à les considérer comme des ennemis. Il ne me semble d'ailleurs pas que c'est en créant des champs séparés de savoirs qu'on réglera quelque chose. J'ai appelé ça la théorie de la réserve indienne.

Qu'est-ce à dire?

Eh bien, certains se targuent de créer pour les infirmiers un champ de savoir exclusivement à leur usage, non-contaminé par le jargon médical. Une sorte de Volapük, un Espéranto européen et corporatiste connu d'eux seuls. Dans cet espace de savoir infirmier, ils seront libres, comme les indiens dans leurs réserves, à la condition qu'ils n'en sortent point.

Avez-vous des exemples de cet Espéranto infirmier?

Il suffirait d'ouvrir à n'importe quelle page les ouvrages commis par Mesdemoiselles Kübler-Ross ou Henderson pour vous éclairer. Saviez-vous, par exemple, qu'il existait quatorze besoins fondamentaux, pas un de plus, pas un de moins, et que respirer est un de ces besoins fondamentaux?

Mais, c'est évident que respirer, c'est, comment dirais-je... vital.

Eh bien oui, bienvenue au royaume des évidences. Si, lors d'une interrogation écrite, vous oubliez un seul de ces 14 besoins, votre client est mort, et vous recalé.

Vous essayez de me faire croire que les infirmiers de demain seront aussi bêtes que les soldats d'autrefois à qui l'on demandait : « De quoi sont les pieds? » et qui devaient répondre : « Les pieds sont l'objet de soins attentifs ». Je crois que vous exagérez.

C'est vrai que la charge est un peu forte mais voulez-vous un autre exemple? Le voici : Savez-vous qu'il existe six étapes psychologiques de la mort? Non? Eh bien moi non plus jusqu'à ce que je lise cette littérature qui nous vient d'outre-Atlantique. J'ai pourtant travaillé quelque temps dans une morgue mais je puis vous affirmer que ça n'est pas dans ce lieu, au demeurant fort tranquille, que s'est éveillé mon goût pour la psychologie. J'avais alors tendance à penser que la mort était précisément le temps où l'activité psychique est la moins importante, et je le pense encore un peu.

Vous voilà repris par vos vieux démons de la caricature. Soyez un peu sérieux, par pitié.

D'accord. Permettez-moi cependant de vous dire encore quelques mots au sujet de cette lutte pour le pouvoir que j'évoquais plus haut. Savez-vous qu'il existe une recherche infirmière, comme il existe une recherche médicale? Un peu comme au cinéma la version originale et la version française. Et moi, qui depuis des années, travaillais avec des livres écrits par le Docteur Freud, le Docteur Lacan, le Docteur Tosquelles, le Docteur Gentis, j'ai donc, sans le vouloir, collaboré avec l'ennemi. Je fais dès ce soir un autodafé de tous ces livres impies pour ne me consacrer désormais qu'à la littérature infirmière. Je confesse également que j'ai pratiqué autrefois (il y a prescription) l'exercice illégal de la médecine. J'avais vissé ma plaque dans le coin de la cour de récréation qui échappait aux regards des instituteurs. J'avais sept ans et ma patiente six. Elle disait souffrir de troubles intestinaux et j'ai le souvenir d'avoir examiné cette patiente avec attention et curiosité. Je n'avais pas réclamé d'honoraires et ma cliente était repartie ravie de cette consultation. Vous voyez donc que cette confusion des statuts n'est pas récente pour moi. Il était donc temps que des gens bien intentionnés viennent dire aux infirmiers que là où la chèvre est attachée, il faut qu'elle broute.

Mais, cette redéfinition des rôles, le rôle propre, le rôle délégué, ça permet tout de même qu'on s'y retrouve dans les fonctions, non?

Je veux, mon neveu. Mais, permettez que nous tentions un petit distingo dans tout cela. Le Docteur Oury (oui, je sais, encore un Docteur) propose un partage qui me paraît intéressant entre rôle, statut et fonction. Si le statut se conçoit aisément car il fait référence à un diplôme, il n'en va pas de même pour les deux autres termes. Le rôle aurait à voir avec quelque chose du Symbolique. Je sais, c'est vague mais c'est le plus dur à cerner, le rôle. Quant à la fonction, on pourrait dire que c'est la fonction soignante, et, pour ce qui concerne les infirmiers psy, la fonction psychothérapeutique. Car il faudra bien qu'un jour nous acceptions de l'entendre : le soin, en psychiatrie, est de nature psychothérapeutique. Point.

C'est-à-dire?

C'est-à-dire que le soin psychothérapeutique est celui qui prend en compte les manifestations de l'inconscient dans la vie psychique et s'entend dans l'ordre du transfert.

Vous essayez de me dire que les infirmiers psychiatriques sont des psychothérapeutes?

Ils devraient l'être, en tout cas.

Mais la psychothérapie est une discipline réservée aux médecins et éventuellement aux psychologues!



Ah? Et dans quelle faculté de médecine ou de sciences humaines enseigne-t-on la psychothérapie, cher ami? Qui délivre ce type de diplôme qui conférerait pour le coup ce statut de psychothérapeute?

Eh bien, je ne sais pas, mais il en est toujours ainsi dans les institutions que je connais. Vous êtes en train de me dire que n'importe qui peut donc être psychothérapeute.

Que nenni! J'ai peut-être été un peu vite en disant qu'il suffisait de prendre en compte l'inconscient et le transfert pour qu'il y ait psychothérapie. Il faudrait ajouter que ça concerne aussi l'inconscient du thérapeute. D'où la nécessité pour ce dernier d'avoir au préalable fait un petit tour dans les méandres de son propre inconscient. Vous pouvez donc comprendre à présent que statut et fonction ne se recouvrent pas et que, du coup, la recherche infirmière en matière de psychothérapie est largement difficile à définir. Allons, soyez gentil, lâchez-moi avec le pouvoir infirmier, la recherche infirmière. Je suis un pacifiste et ne veux de guerre avec personne.

Résumons-nous. Vous ne voulez pas du savoir infirmier, de la recherche infirmière, vous ne croyez pas au diagnostic infirmier, ni au pouvoir infirmier. Bref, vous ne voulez pas que les infirmiers existent.

Procérons par ordre. D'abord, le savoir infirmier. Je crois au Savoir. On l'a ou on ne l'a pas. Idem de la recherche infirmière ; on recherche ou pas. Pour ce qui est du diagnostic infirmier, il me semble que nos patients sont suffisamment étiquetés par le diagnostic médical pour que nous n'allions pas leur en remettre une couche avec un diagnostic infirmier. Le pouvoir infirmier, par contre, mérite qu'on s'y arrête un moment. Il va de soi que lorsque les infirmiers parlent du pouvoir, c'est pour s'en dire dépossédés, et par les médecins. Mais si on se penche un peu sur le fonctionnement des institutions, on repère vite que les occasions sont nombreuses pour eux de faire jouer des manifestations subtiles de pouvoir. L'inertie et le trainage de pieds en sont des formes flagrantes mais il y en a sûrement d'autres. De plus, il est une forme de pouvoir, quasiment absolu, et dont ne parle jamais, c'est le pouvoir des infirmiers sur les patients.

Absolu ! Comme vous y allez !

Je retire absolument. Disons discrétionnaire. Je ne fais pas référence, en disant ceci, à d'éventuelles manifestations du sadisme ordinaire qui, lui, est propre à l'humain en situation de force mais à des formes de pouvoir beaucoup plus insidieuses. Je ne pense même pas aux prescriptions infirmières de neuroleptiques qui, autrefois, transformaient en 75 long¹¹ une prescription d'interne jeune et un peu timoré. Non, là où ce pouvoir s'exerce le mieux, et à notre insu, ce qui le rend d'autant plus opérant, c'est par exemple dans les projets.

Allons ! Me direz-vous à présent que le projet est blâmable? Comment soigner si on ne fait pas de projet ? Avouez que ça n'est là que pure provocation de votre part.

Je conviens que cette dimension n'est pas complètement absente de mon propos. Toutefois, si l'on prend la peine de s'y arrêter un instant, on ne peut qu'admettre que tout projet, fût-il nourri d'intentions louables et généreuses, voire thérapeutiques, est un projet pour l'autre. Dès lors, son application ne peut être entendue que comme une manifestation de pouvoir. De pouvoir sur l'autre.

¹¹ 25 mg Largactil, 25 mg Phénégass, 25 mg Norizan, soit 75 mg

Vous exagérez. Il s'agit là du pouvoir de faire le bien et de le faire bien. Je ne vois rien là-dedans qui soit condamnable.

Mon propos n'est pas de condamner mais de vous montrer que ceux-là même qui disent être dépossédés de tout pouvoir sont probablement ceux qui l'exercent avec le plus de diligence.

Mais enfin, le projet ...

J'y viens. Veuillez garder présent à l'esprit que le pro-jet (pro-jectum) a quelque chose à voir avec la projection. Dès lors, quand je rêve pour un de mes patients d'une vie tranquille et rangée, avec métier, femme et automobile, une Citroën, par exemple ; avec maison et amis, je ne suis pas loin de décalquer sur lui une bonne partie des choses qui sont bonnes pour moi et qui, de ce fait ne sauraient être que bonnes pour lui.

La réinsertion sociale est pourtant nécessaire !

Un peu ! On parle même dans certains endroits de « réinjecter le patient dans le tissu social », preuve, s'il était nécessaire, qu'il s'agit bien là d'un acte typiquement infirmier, glissement métonymique de l'injection dans le tissu musculaire. Et puis, un homme qui travaille 40 heures par semaine dans un C.A.T. pour un salaire de Somalien et qui rentre le soir dormir dans un appartement thérapeutique où se trouvent là d'autres hommes¹⁰, où des infirmiers passent régulièrement et surtout à l'improviste, c'est tellement la vraie vie que tous ceux que nous sommes ici rêvons de vivre de cette façon si naturelle ! Allons, si ce qui est bon pour nous est bon pour nos patients, la réciproque n'est pas toujours vraie.

Ca ne se passe pas tout à fait ainsi, et puis, ces gens là sont au moins dehors ; ils ne sont plus à l'hôpital.

Je pensais précisément à l'inverse. Le grand pouvoir des infirmiers, et, à travers eux de la psychiatrie en général, c'est de faire en sorte que tout ce qu'ils créent en dehors de l'hôpital, soit de l'hôpital. Et ne me parlez pas des structures intermédiaires qui ne sont que ce qu'elles prétendent être : les intermédiaires d'autres structures, peut-être un peu moins intermédiaires, mais intermédiaires quand même, à l'infini. Tout ceci est bien la marque de cette dérive du soin vers le social qui devient alors cause de tous les maux et du même coup panacée.

Que voulez-vous dire ?

Que ce même social qui, quand il s'appelle chômage, insalubrité, ou banlieues, provoque tous les maux ; et, lorsque nous le concevons dans les centres de jour, les C.A.T. et les appartements thérapeutiques, devient soudain soignant puisque né de l'esprit des soignants.

Toujours vos vieux démons de la satire !

Allons, il s'agit tout au plus d'ironie. Cependant, si nous nous y penchons un peu, nous pouvons vite nous apercevoir que rien n'est simple, rien ne va de soi dans les choix thérapeutiques, surtout quand ils sont confiés au libre-arbitre des infirmiers.

¹⁰ Il n'existe, à ma connaissance, aucun appartement thérapeutique mixte. La fréquentation de personnes de l'autre sexe n'est pas encore débarrassée de son goût de péché. A moins que cette interdiction n'ait quelque chose à voir avec l'intendit fondamental qui concerne les parents et ce qui se fait dans leur chambre la nuit (les infirmiers ne vont pas dans les chambres des appariements thérapeutiques la nuit).



Comment cela ?

Vous me laissiez entendre plus avant qu'il n'était peut-être pas judicieux de confier aux infirmiers la pratique des psychothérapies. Je conviens que les tripatouillages de l'inconscient et les explications causalistes, voire moralistes parfois entendues, du type « voilà pourquoi votre fille est muette » sont assez redoutables.

Enfin, vous vous rangez à mes vues !

Oui et non. Oui, car il est ridicule de croire qu'une connaissance livresque du fonctionnement psychique et des manifestations de l'inconscient permet de s'autoriser à être psychothérapeute, que l'on soit infirmier ou médecin, je le répète. Et non. Non car ce qui est vrai pour ce qui précède l'est aussi pour toutes les autres formes de prises en charge. A ce titre, qu'est-ce qui autorise ces mêmes infirmiers à devenir du jour au lendemain des éducateurs sociaux en accompagnant les patients dans les actes de la vie quotidienne ?

Mais il faut bien que quelqu'un le fasse !

J'en conviens, mais rien ne dit que cet accompagnement soit la tâche des infirmiers. Il en va de même pour toutes les activités dites sociothérapeutiques qui font les délices des soignants en mal de théorisation. A ce propos, avez-vous remarqué comme il suffit de qualifier de thérapeutique n'importe quelle activité pour qu'elle accède aussitôt au grade de soin ? Il y a longtemps, c'était avant les A.S.H., les infirmiers qui avaient pour charge d'entretenir les locaux avaient trouvé un moyen agréable de s'acquitter de ce travail ; ils confiaient des balais à des patients modèles qui balayaient pour eux les services. Ils avaient inventé la balayothérapie. Depuis, chacun a pu y aller de sa petite thérapie personnelle, au point que c'est un véritable catalogue de la Redoute qui nous est proposé aujourd'hui. Du coup, les possibilités de projets sont tellement importantes que les unités de soin sont devenues des gares de triage. Pas le temps de poser ses valises psychiques que le projet est déjà en place. Ce qui se traduit d'ailleurs souvent de cette façon : « où est-ce qu'on va bien pouvoir l'envoyer ? ». Allons, il serait peut-être temps que les hôpitaux retrouvent un peu de ce qui faisait leur fonction, l'asile, et que les infirmiers, du moins ce qu'il en reste, redeviennent ce qu'ils n'auraient jamais dû cesser d'être : des soignants du trouble psychique. Il est temps aussi que nos yeux se dessillent et que nous entendions que le soin en psychiatrie n'a pas grand'chose à voir avec les statuts mais plutôt avec ce que j'appellerai l'homme, en tant qu'il est et se sait mortel, en tant qu'il peut se traduire devant celui qui souffre, fort de ce qu'il ne sait pas et ne peut pas, humble, enfin devant le pur en-face de la psychose, témoignage, dit Maldiney, « de ce qu'il y a d'irréductible dans l'homme ».

Marie José PAHIN
Psychanalyste¹⁰
Centre Hospitalier Edouard Toulouse

Le banquet est le récit fait par Platon d'un dialogue dont l'objet est un discours réglé sur un sujet. Il ne s'agit ni plus ni moins que de discourir sur la nature de l'amour. « *Il n'y a pas une seule réflexion sur l'amour que ce soit chez les libertins ou chez les curés qui ne soit référée à ce texte inaugural* »¹¹

Lacan nous incite à prendre le banquet comme une sorte de compte rendu de séances analytiques. Quelque chose se passe qui est « *l'éclairrement successif de chacun de ses flashes par celui qui suit à mesure que progresse le dialogue* »¹². Cette succession logique met en évidence une réalité de la structure. Ainsi, chacun des trois premiers discours met en évidence un aspect essentiel de l'amour qui se situe successivement dans le Réel, dans le Symbolique et l'Imaginaire.

1) *Pour Phèdre* l'essentiel de l'amour est une transformation réelle du sujet qui miraculeusement le transforme d'aimé en aimant. Le sujet passe d'une position passive où il ne sait pas ce qu'il a qui le rend aimable, à une position active, où il ne sait pas ce qui lui manque qui le pousse à aimer.

2) *Pour Pausanias* l'essentiel de l'amour est ce qu'il impulse d'une recherche symbolique dont la qualité détermine la valeur, le mérite qui rend digne d'être aimé celui qui c'est ainsi plié à la discipline du symbolique. Il s'agit de faire fructifier ses acquis symboliques.

3) *Pour Eryximaque*, le médecin, l'essentiel dans l'amour est le sentiment d'une unité imaginaire de son être qu'il fait éprouver vécu en harmonie avec le désir de l'Autre autour duquel il situe sa conception de la santé.



¹⁰ Psychologue, Psychanalyste, C.H. Edouard Toulouse, 118 chemin de Mimet, 13917 Marseille Cédex 15, Tél 04.91.96.98.83 le mercredi matin.

¹¹ Lacan : Séminaire sur le transfert

¹² Lacan : Séminaire sur le transfert, page 38

Au cours de ces exposés, si la fonction d'un manque à l'origine de l'amour et du désir est méconnue comme telle, elle n'en anime pas moins cette extraordinaire mise en jeu dialectique de la parole. **Le manque est mis au travail et produit un savoir.** Ce premier mouvement de la parole s'inscrit dans la recherche d'une vérité qui comblerait ce vide impénétrable autour duquel s'est construite la philosophie antique.

Il en est de même pour une analysante qui met sa parole au travail à partir de l'embarras et de l'éénigme que lui pose son symptôme.

- 1) Elle prend dès lors une position active qui justifie le participe présent d'aimant, d'analysant.
- 2) Les remaniements signifiants de son histoire issus d'un travail de remémoration, font valoir les acquis d'une mise au travail dont elle s'éprouve enrichie.
- 3) Cela fait surgir un sentiment nouveau de son être au regard duquel l'embarras, la souffrance du symptôme prennent momentanément une moindre importance.

Revenons au banquet, c'est seulement après qu'ait été mise en évidence la portée fructueuse que l'amour peut donner au désir dans les trois registres du réel, du symbolique et de l'imaginaire, qu'adviert dans la progression logique des discours la notion d'un manque originel douloureux. L'amour prend alors une toute autre fonction : celle de compenser ce manque voire de l'annuler. La dimension passionnelle de l'amour comme ignorance du désir se développe au moment où une avancée se produit vers la reconnaissance de ce manque originel et irréductible.

Ainsi « *si l'amour peut être l'ignorance du désir, il ne lui donne pas moins toute sa portée* ».¹⁰ Jacques Lacan ajoute plus loin « *on en voit les ravages* ».

Effectivement pour Aristophane, à partir d'une division originelle douloureuse, l'essentiel de l'amour ne peut être qu'une tentative désespérée, absolue, tragique, d'annuler ce manque en ne faisant qu'un avec l'autre¹¹. Jacques Lacan noue cette « fatalité panique », qui fait à chacun des êtres chercher d'abord et avant tout sa moitié, à une tendance à refaire du Un avec le désir de l'Autre. Ainsi, entre le sujet et cet Autre à l'origine maternelle, ça tourne rond, le sujet peut à nouveau s'imaginer être au centre du désir de la mère. Là s'origine la fascination pour la forme sphérique par laquelle le sujet dénie qu'il y ait un ailleurs énigmatique du désir de la mère qui ait pu l'exclure, le laisser en plan. Cet Un retrouvé dans le fantasme où l'amour se veut essentiellement identification avec l'autre, pare ainsi à cette épreuve de la privation repérée par Lacan. Aristophane met en évidence un côté impérieux de l'amour collé à une nécessité panique de combler le vide éprouvé face à un impossible à dire du désir maternel. Cet aspect impérieux impliqué dans l'amour est lourd d'une potentialité d'action précipitée. N'y a-t-il pas dans cette réalité de la structure, la raison qui a motivé les premiers analystes à interdire toutes décisions importantes concernant un amour nouveau survenu pendant le cours d'une analyse?

Que le surgiissement impérieux d'un amour nouveau se produise hors ou dans le transfert, dépend-il d'un interdit? Ou plutôt de la façon dont l'analyste dans la direction de la cure permet au manque de se déré? Cette sorte de nécessité panique dont Aristophane nous fait approcher la réalité clinique est amenée à surgir au cœur du transfert comme Alcibiade dans le banquet. Son intrusion revendicative exhibe son manque douloureux face à celui qui tient la position de l'analyste Socrate. L'objet de sa plainte est le refus de Socrate de se laisser aimer. Là se repère pour Lacan la dimension de l'amour qui dans une atmosphère de scène transférentielle touche le cœur de l'expérience analytique. Mais n'anticpons pas la suite, nous n'en sommes pas encore là, revenons au banquet.

¹⁰ Séminaire Encore p 11

¹¹ Séminaire Transfert Chapitre VI

Succédant au discours d'Aristophane, le discours d'Agathon bascule du côté d'une reconnaissance acquise de ce manque originel chez l'être humain. Il ne s'agit plus de l'annuler, mais d'en apaiser la douleur par le bon gré, les bonnes manières, la bonne humeur, dans lesquels consiste pour lui l'essentiel de l'amour. Il est ainsi comiquement pour lui une sorte de pommade propre à soigner ce manque. Socrate s'appuie sur son discours pour établir le savoir qui fait admettre à tous la réalité de ce manque, « *l'amour ne peut être articulé qu'autour de ce manque du fait que ce qu'il désire, il ne peut y en avoir que manque* ». Agathon consent à cette vérité mais fait valoir un autre aspect de son discours où il s'agit de mettre en valeur le rapport de l'amour avec le beau. Au seuil de ce lien nouveau entre l'amour et le beau, Socrate rapporte alors son dialogue avec Diotime. Si celle-ci, en accord avec Socrate, reconnaît la réalité de ce manque originel, en femme et en magicienne l'essentiel de l'amour va consister pour elle à inventer une belle astuce pour réparer ce manque. Le beau est l'ingrédient magique qui permet à cette astuce de fonctionner. C'est ici, dit Lacan, que se fait « *l'arrêt et le retour en arrière* ». Ce qui était acquis par l'avancée des discours d'une réalité du manque, va se trouver escamoté par le mirage de son effacement possible. Cet effacement magique participe de l'effet de défense par laquelle la fonction du beau intervient dans son rapport au désir ; rapport ambigu, nous rappelle Lacan dans le Séminaire sur l'éthique. Si la recherche du beau est au plus près de son approche, n'est-ce pas pour mieux caresser le rêve fugitif de sa disparition ?

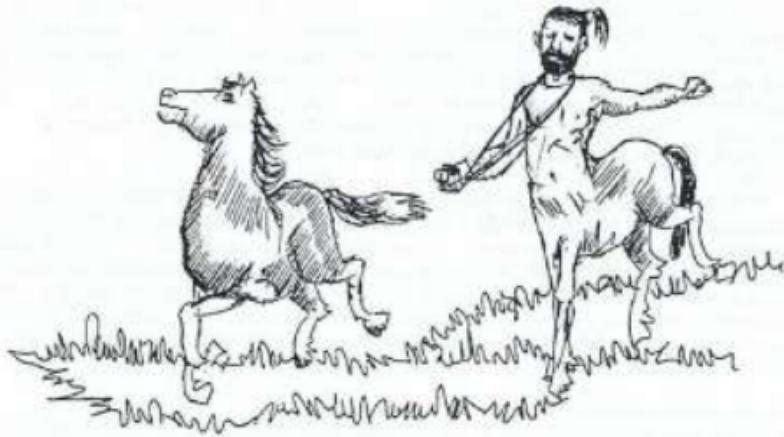
Pour Diotime, le beau se conjugue à l'acquisition d'un bien non pas au niveau d'un avoir, mais d'un être aimé dont l'immortalité réalise l'assumption. Ce désir de beau est tout d'abord une aide vers ces formes éternelles qui entretiennent ce mirage, mais cet escamotage du manque est aussi proche d'un désir de mort. Pour éviter cet écueil, Diotime propose un autre tour de magicienne, le beau plutôt qu'un moyen, devient but en soi, un désir du beau dont l'énigme renouvelée peut dès cette existence terrestre soutenir à nouveau la métonymie du désir. Ce désir du beau relance l'espoir symbolique que le sujet place dans le trésor des signifiants. Diotime souligne ainsi le recours de structure qu'offre au sujet la métaphore paternelle. La suite du banquet avec l'irruption d'Alcibiade va justement en révéler les limites. Au sommet de ce discours océanique, son entrée vient mettre fin au mirage fascinatoire d'une résolution possible du manque. L'amour pour lui échoue à être l'ignorance du désir.

Alcibiade vient rappeler que l'épreuve du manque est toujours pour lui aussi cruelle et irréparable. Socrate ne répond pas à son amour. Il remet crûment son manque sur la table du banquet. Il vient avec impudeur clamer son déconcert, sa souffrance face à l'énigme persistante du désir de Socrate. Il apporte en acte un démenti inattendu aux affirmations précédentes. Son attitude provocatrice, ses propos d'homme ivre n'ont rien à voir avec un souci du beau. L'épreuve du manque qui resurgit chez Alcibiade ne le confronte pas seulement à l'énigme d'un grand Autre, trésor des signifiants, mais à l'énigme du désir d'un petit autre véritablement incarné. Là, s'introduit dans le banquet ce qui va concerner l'expérience analytique comme expérience d'un amour vécu dans le transfert.

Ainsi comparable à l'irruption d'Alcibiade, se produit dans le cours d'une cure une séance inhabituelle qui interrompt la série fructueuse des associations signifiantes de cette patiente. Le symptôme qui avait motivé son entrée en analyse revient sur le devant de la scène, objet d'une plainte insupportable support d'une demande impérieuse de compassion. On sait que Socrate face à Alcibiade lui donne une interprétation : c'est en fait pour séduire Agathon qu'il exhibe ainsi sa douleur, son manque. Si Socrate oppose à Alcibiade une fin de non-recevoir, c'est aussi un refus décidé que j'opposais dans le transfert à la demande de cette patiente. Secousse transférentielle à la suite de laquelle elle réalisait à travers la littéralité du symptôme stérile : se faire

la suite de laquelle elle réalisait à travers la littéralité du symptôme stérile : se faire cette terre île la Corse, objet de vénération de la mère lié au culte des morts. Elle se faisait ainsi l'objet conforme au gré supposé de sa mère envers elle afin de récupérer son amour au point où elle en avait éprouvé le manque. Sa revendication s'adressant en fait à l'Agathon maternel¹². La visée d'un être aimé nouait sa jouissance malade à la symbolique du symptôme vers ce suprême aimable dont Diotime fait la promotion, vers ce gré, cette bonne manière faite à la mère dans laquelle Agathon met lui aussi son espoir. La fin de non-recevoir reçue dans le transfert lui indiquait bien comme Socrate à Alcibiade, qu'il s'agissait de se faire aimer de quelqu'un d'autre. Plus essentiellement le refus, mis en acte à sa demande, faisait aussi obstacle à un automatisme de répétition où elle tentait à nouveau cet Un avec le désir de l'Autre maternel. La même nécessité panique dans laquelle Aristophane a su repérer l'urgence patente de l'amour animait sa tentative où l'émergence du manque se révèle étroitement liée à la question de l'objet du désir. Ainsi son fantasme s'était fixé en une revendication éternisée dont le classement au dossier dans l'inconscient nouait pour elle un destin de femme stérile. Le transfert a permis de sortir cette revendication d'un classement au dossier maintenu dans l'inconscient en la réactualisant sur la scène analytique. L'énigme renouvelée par la fin de non recevoir du désir de l'analyste, a permis de déchiffrer son symptôme comme une réponse fantasmatique où l'ailleurs énigmatique du désir maternel, ouvrant alors une nouvelle chaîne possible de réponses parmi lesquelles son désir de grossesse pouvait prendre place.

La fonction de l'amour est donc expressément convoquée dans l'expérience analytique, à échouer dans sa fonction d'ignorance du désir dont inévitablement elle participe.



Centaure paparazzi tranquillant un monstre à tête équine.

¹² Le lecteur trouvera une autre référence au cas clinique de cette analysante de mère Corse et atteinte de stérilité, dans *Psy-Cause N°2* page 38. La découverte du lien entre « cette-terre-île » et « stérile », a permis de dénouer le symptôme (NDLR).

Moïse BENADIBA
Psychanalyste
Médecin Chef de Secteur¹¹
Intersecteur Marseille 10^e, 11^e et 12^e ème
La Ciotat, Cassis, Aubagne, Allauch
(13 I 03)

Le Docteur Moïse BENADIBA nous a fait l'amitié de rejoindre Psy-Cause dès sa nomination à Marseille. Il initie cette année un séminaire sur « Lacan et Lévinas ; psychanalyse et judaïsme » les mardis en alternance avec un séminaire sur « l'enfant et sa famille ». Il organise également la mise en place d'un groupe de rédaction pour Psy-Cause sur Valvert.

« Dès qu'un homme vient au monde,
il est assez vieux pour mourir »¹²

Il y a, dans « Guerre et Paix » de Tolstoï¹³, un passage bref où le prince André, blessé sur le champ de bataille d'Austerlitz, contemple le ciel haut, haut, rien d'autre. Tolstoï s'attarde sur cette hauteur du ciel d'Austerlitz et écrit : « *Regardant Napoléon dans les yeux, le prince André songeait à la vanité de la grandeur, à la vanité de la vie dont personne ne pouvait comprendre le sens, et à la vanité encore plus grande de la mort dont nul vivant ne pouvait pénétrer et expliquer la signification* ». Non-sens de la mort, insensé de ma mort : c'est l'un des points, l'un des côtés par où Emmanuel Lévinas introduit sa réflexion sur le thème de la mort.

A ce thème de la mort, Emmanuel Lévinas ne consacre aucun écrit spécifique et, à vrai dire, la thématique de la mort n'occupe pas dans ses travaux une place quantitativement importante¹⁴. Toutefois, et c'est à noter et important, le thème de la mort apparaît de manière substantielle, toujours dans le cadre des articulations les plus sensibles, les plus personnelles et les plus cruciales de sa pensée ; la notion de mort s'articule essentiellement avec ces thèmes fondamentaux : Autrui et l'altérité, le temps, l'angoisse, la connaissance et le sens.

Le sens d'abord : pour Emmanuel Lévinas, la possibilité de l'insensé, du non-sens chez le sujet humain réside en la différence à la mort, qui n'est pas sens, n'est pas concevable, pas localisable, pas situable, pas objectivable. Dans la mort, il y a une dimension d'impensable, de non-savoir¹⁵. La mort nous concerne par son non-sens et le point qu'elle semble marquer dans notre relation à l'infini est pur point d'interrogation de ce fait, ouverture sur ce qui n'apporte aucune possibilité de réponse ; la mort se situe au delà de la pensée, demeure réfractaire à la pensée et à peine

¹¹ Psychiatre des Hôpitaux, psychanalyste, Centre Hospitalier Valvert, Boulevard des Libérateurs, 13391 Marseille Cedex 11, Tel 04.91.87.67.93

¹² Citation de «Der Ackermann aus Böhmen» («Le paysan de Bohème»), cité par Heidegger dans «Ere et Temps» (2)

¹³ Livre III, deuxième partie, chapitre XXXVI

¹⁴ Pour l'essentiel, on peut dire à ce sujet ceci : les premières allusions au thème de la mort apparaissent dans «De l'évasion» (3) en 1935 et ce n'est qu'en 1947, dans «Le temps et l'autre» (4) qu'il expose une réflexion élaborée explicitement sur la question qui sera reprise et développée surtout dans «Totalité et Infini» (5) en 1961, et dans un cours à la Sorbonne (1975-1976) intitulé : «La mort et le temps» (7).

¹⁵ Qui se traduit par exemple par mon ignorance du jour de ma mort.

thématisable⁶⁶. L'irrationnel de la mort commence là : la mort est l'absolument inconnaisable et en même temps le tout-proche puisque je ne sais pas quand elle adviendra, je sais qu'elle arrivera et qu'elle est déjà irrémédiablement en chemin vers moi. Mais même dans l'angoisse, même par l'angoisse, la mort reste impensée : Avoir vécu l'angoisse ne permet pas de la penser, soutient Emmanuel Lévinas qui oppose à l'angoisse devant la mort, l'horreur de l'être, en lien avec la souffrance : l'épreuve suprême de la liberté, dit-il, n'est pas la mort mais la souffrance. C'est la relation avec « ma » mort qui est décrite comme angoisse, la relation à mon propre mourir qui ne peut avoir le sens de savoir ou d'expérience : ma relation avec ma mort est non-savoir sur le mourir même. La « mort du sujet » comme on dit, se pose non pas tant comme disparition ou comme annulation du sujet que comme « *arrestation violente dans le jeu destructeur de l'être* »(1).



Ma mort me fait peur et la peur de la mort me fait craindre une réalité qui n'est saisissable par aucun savoir ni aucun pouvoir. Elle est mystère et pensée d'emblée comme mystère et comme insaisissable, du côté de l'altérité. La mort me fait peur parce qu'elle est en moi l'attente radicale : pour Emmanuel Lévinas, la mort est essentiellement mort des autres, mort qui tombe sous la considération des survivants : tout ce que nous pouvons dire et penser de la mort et de son irrémédiable échéance, c'est par autrui que nous le savons, par oui-dire. La mort, dans sa négativité ne peut être pensée que dans sa relation à autrui. La mort d'autrui, nous la connaissons par ce qui est observable : c'est la disparition chez autrui de ses mouvements expressifs qui le faisaient apparaître comme vivant : quelqu'un qui meurt et voilà un visage qui devient masque, l'expression disparaît. La mort est le « sans réponse ». Il n'y a pas transformation mais fin, arrêt. Mais en même temps, la mort est départ : elle est décès, départ vers l'inconnu, sans-retour. La mort d'autrui a toujours ce caractère dramatique, « *elle est l'émotion par excellence, l'affection par excellence* »(7). La mort d'autrui qui meurt m'affecte en réalité dans mon identité même de moi responsable : c'est cela mon affection par la mort d'autrui, ma relation avec sa mort ; elle est une culpabilité, une culpabilité de survivant. Je suis responsable de la mort d'autrui et le fait d'être affecté par sa mort est l'événement essentiel de mon psychisme en tant que psychisme humain. Ce qui introduit une dimension de sens autre que celle où la mort est pensée selon l'alternative « être ou ne pas être ». La fin qu'est la mort n'est qu'un moment de la mort seulement et la relation avec la mort d'autrui, qui implique une affection du présent par le non-présent, plus intime qu'aucune intimité, plus ancienne que toute expérience, n'est pas vision de l'être ou du néant.

Dans la pensée d'Emmanuel Lévinas, en définitive, la description de la relation avec la mort d'autrui aboutit aux propositions suivantes :

- La relation avec la mort d'autrui n'est pas un « *savoir* » sur la mort ni l'expérience de cette mort.

⁶⁶ Même si elle constitue, la mort, un événement indéniable et irrécusable.

- Le rapport à la mort est purement émotionnel, « émouvant », d'une émotion qui n'a rien à voir avec la répercussion sur notre sensibilité et notre intellect d'un savoir préalable car il s'agit d'une « *inquiétude dans l'inconnu* » d'une « *affectivité sans intentionnalité* » qui n'a pour base aucune représentation.
- Dans ce rapport émotionnel à la mort d'autrui, il y a, au-delà de la compassion et de la solidarité avec l'autre, la responsabilité pour lui dans l'inconnu. Autrui me concerne comme prochain et dans toute mort s'accuse la proximité du prochain, la responsabilité du survivant. La mort, selon cette perspective, « *ouvre au visage* » d'*Autrui* », qui est expression du commandement biblique « *Tu ne tueras pas* ». C'est pourquoi le meurtre, par ailleurs, peut suggérer le sens complet de la mort ¹⁰.

Cette face du visage, dans son expression, dans sa mortalité, m'assigne, me réclame, m'interroge, comme si la mort invisible à qui fait face le visage d'autrui était « *mon affaire* », comme si elle « *me regardait* » avant de me concerner moi-même, avant d'être « *la mort qui me dévisage moi-même* ». La mort d'autrui, de ce fait, me met en question, en cause, comme si de cette mort invisible à l'autre qui s'y expose, je devenais, de par mon indifférence éventuelle, le complice ; chacun a donc à répondre de la mort de l'autre homme et à ne pas le laisser seul à sa solitude mortelle car c'est justement et précisément dans ce rappel de ma responsabilité par le visage qui m'interroge, qu'autrui qui me met en cause, qui fait appel à moi, est prochain. Ma responsabilité par la mort d'autrui est irréductible, au point que c'est à partir d'elle que le sens de la mort doit être entendu ; sens qui commence dans l'inter-humain, dans la socialité, dans la proximité même de l'autre homme. Même dans son obscurité, même quand elle est meurtre, la mort, toujours concerne un ordre inter-humain, inter-personnel, où elle tend à prendre une signification.

Ce qui précède permet de comprendre que la solitude de la mort ne fait pas disparaître autrui et par là « *rend encore possible un appel à autrui, à son amitié et à sa médication...* La mort s'approche dans la peur de quelqu'un et espère en quelqu'un » (5). C'est pourquoi il est possible de soutenir que la peur de la mort n'est pas tournée vers le néant mais vers ce qui est « *contre moi* », comme si l'approche de la mort demeurait l'une des modalités du rapport avec autrui, de sorte que la peur de la mort est surtout peur de la violence d'autrui, de l'absolument imprévisible. Cela permet aussi de saisir le drame de l'acte suicidaire, par rapport à la mort, sa dimension de leurre : celui qui, tremblant de mourir, finit par se donner la mort pour faire taire cette crainte devenue insupportable, se leurre : il tue l'homme en lui, ayant voulu nier le mortel uniquement. « *La mort pour le candidat au suicide demeure dramatique. Dieu nous appelle toujours trop tôt à Lui* » (5).

Ce qui introduit et nous introduit à la dimension du Temps.

Emmanuel Lévinas, dans ses réflexions sur le thème de la mort va introduire, à partir de la relation à la mort d'autrui, la notion de Temps : il va penser la mort à partir du temps ¹¹ ou plutôt « *la durée du temps* » ¹². La question première qui ici se pose est la suivante : est-ce que l'on peut chercher le sens de la mort à partir du temps ? A ce propos, un constat : habituellement, il y a une image du temps où la mort apparaît comme « *fin* » de la durée d'un être humain où il n'est pas possible de ne pas lire sa fin

¹⁰ Thème central, concept fondamental dans la pensée d'Emmanuel Lévinas : le visage de l'autre homme comme lieu originel du sensé.

¹¹ En effet, la proximité de l'autre est signification du visage qui lui signifie d'emblée dans sa nudité et son dénuement l'expression comme telle, l'exposition extrême, la vulnérabilité, le sans-défense ; le visage dans sa dureté est exposition à la mort invisible, savoir sur la mort, expression qui tente et guide la violence du crime, du meurtre.

¹² En opposition à Heidegger (2) qui pense au contraire le temps à partir de la mort.

¹³ Emmanuel Lévinas choisit l'expression « *durée du temps* » surtout pour éviter la confusion entre ce qui s'écoule « dans » le temps et le temps lui-même, pour laisser au temps son mode propre.

dans le phénomène de la mort. Une personne immortelle est en quelque sorte contradictoire dans les termes. Cette fin qui a toujours l'ambiguité d'un départ sans retour dans le temps saisit le temps de notre vie. Ce qui pose, avec la question de ce qu'est la mort pour le temps, le problème de savoir ce qu'est la mortalité même de la vie. Ici, Emmanuel Lévinas, par rapport à cette question du temps, souligne que la mort est la limite absolue de mon pouvoir, l'impossibilité pure et simple de mon pouvoir. L'instant de la mort échappe à tout calcul : la mort, certes, « menace tout instant, pèse sur tout instant, mais en même temps la mort peut aussi en tout instant être ajournée »⁽⁹⁾. La mort donc, en quelque sorte, « prend » le temps mais simultanément elle « laisse » le temps.



Elle laisse le temps quand elle le prend, paradoxalement. Par ce « *paradoxe du temps* », la mort donne à chacun la possibilité d'être pour autrui en faisant de son temps pour la mort un « *temps de l'autre* »⁽¹⁰⁾. Ce qui introduit ici aussi à la dimension de l'acceptation de la responsabilité pour autrui, espace où l'angoisse, la crainte « de » la mort se modifie en crainte « pour » l'autre, souci pour autrui.

Que la mort ouvre cette possibilité pour l'altérité permet de concevoir ceci : qu'il puisse y avoir, « *au-delà de la mort* », une dimension de plénitude de sens et plus fondamentalement de paix ; c'est ce qu'Emmanuel Lévinas appelle « *mourir pour l'invisible* »⁽¹¹⁾, c'est-à-dire transfigurer l'homme, être pour la mort, en un être pour l'autre, sensible essentiellement à l'altérité de l'autre homme. Le paradoxe du temps, précédemment évoqué, s'élucide dans ce contexte où la relation à l'autre et le rapport à la mort s'éclairent et se conditionnent l'un l'autre dans le cadre de l'expérience de l'altérité et de l'être pour autrui.

Ce qui introduit entre le temps et la mort, une dimension éthique en ceci que, l'interdit de tuer, le « *Tu ne tueras pas* » du commandement biblique, peut être appréhendé dans son prolongement positif, c'est-à-dire dans « *l'ordre de donner à l'autre ce dont il a besoin pour vivre, de ne pas le laisser seul dans sa mort à longueur de vie* »⁽⁹⁾.

Par rapport au temps, encore ceci : le fait que la mort est toujours pour demain fait d'elle un événement dont le sujet n'est pas le maître, « *un événement par rapport auquel le sujet n'est plus sujet* »⁽⁴⁾. La mort, qui « *n'est jamais maintenant* » ne s'annonce pas tant ici comme une réalité contre laquelle nous ne pouvons rien que comme réalité dans laquelle « *nous ne pouvons plus pouvoir* » ; en ce sens, la mort, dit Emmanuel Lévinas « ... c'est l'impossibilité d'avoir un projet ».

⁽⁹⁾ Cela se produit par exemple, comme le rappelle Ludwig Wenzler (9), au moment où un homme craint davantage de commettre un meurtre que sa propre mort.

Au sein de toute cette réflexion sur le temps et la mort et comme le signale fort justement Francesco Paolo CIGLIA (1), « sans forcer en rien les limites infranchissables que la mort impose à toute aventure rationnelle », Emmanuel Lévinas trouve le moyen, ici et là, de parler de « résurrection »⁽⁵⁾ : la résurrection, selon lui, commence dans la mort elle-même, comme mise en question du non-sens de la mort. Mise en question dans un contexte aussi de rapport éthique à autrui où la résurrection représente « la signification de toute signification, plus forte que la mort... et ainsi signifiant la non-mort dans la mort »⁽⁶⁾. Cela n'enlève rien vraiment au caractère inéuctable de la mort, à sa dimension de drame et surtout ne justifie ni n'explique cette mort ; mais la mort ne garde plus le privilège d'être la source de tout sens. Le sens de la mort, pour Emmanuel Lévinas, ne finit pas avec la mort, il ne commence pas non plus dans la mort.

Dès lors, cette question de la mort est elle même sa propre réponse : c'est ma responsabilité pour la mort de l'autre. La question, dit Emmanuel Lévinas à ce sujet, « comporte la réponse en tant que responsabilité éthique, en tant que dérobade impossible »⁽⁷⁾ d'un mortel pour un mortel comme dans cet épisode du récit biblique⁽⁸⁾ où Abraham intercède pour les habitants de Sodome, condamnés à mourir : il se montre effrayé par la mort des autres qui allaient périr par le feu et prend la responsabilité et le risque d'intercéder.

Et c'est alors qu'il dit « je suis moi-même cendre et poussière »... Inutile ici de conclure...

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1 - CIGLIA F.P. :

De néant à l'autre. Réflexions sur le thème de la mort dans la pensée de Lévinas. Traduction de J. Reilland. Les cahiers de la nuit surveillée. Editions Verdier, Lagrasse, 1984, p 146-163.

2 - HEIDEGGER M. :

Etre et Temps. Traduction d'Emmanuel Martineau. Authentica, Paris, 1985 (édition hors commerce).

3 - LEVINAS E. :

De l'évasion. Recherches philosophiques, V, 1935. Réédition : Fata Morgana, Montpellier, 1982.

4 - LEVINAS E. :

Le temps et l'Autre. Le choix, le monde, l'existence. Cahiers du Collège philosophique. Arthaud, Paris, 1947.

5 - LEVINAS E. :

Totalité et Infini. Essai sur l'extériorité. M. Nijhoff, La Haye, 1961.

6 - LEVINAS E. :

Noms propres. Fata Morgana, Montpellier, 1976.

7 - LEVINAS E. :

La mort et le temps. Cours 1975 - 1976. Emmanuel Lévinas/L'Herne, Paris 1991, p. 21-75.

8 - POIRIE F. :

Emmanuel Lévinas. La Manufacture, Paris, 1987.

9 - WENZLER L. :

Postface à l'édition allemande du Temps et l'Autre. Le temps comme proximité de l'absent. Diachronie de l'éthique et diachronie de la sensibilité. L'Herne, Paris, 1991, p 185 - 198.

⁽¹⁾ notamment dans un article sur l'écrivain israélien Samuel Joseph Agnon (6)

⁽²⁾ Génèse XVIII, 23-33.

DURALEX

Pratiques et critiques de la loi de 1990

Dominique GODARD
Praticien Hospitalier¹¹
Secteur Marignane, Martigues
(13 G 20)

L'enfer même a donc ses lois?
GOETHE

A la suite de divergences d'interprétation et de difficultés pratiques survenues dans l'application de la Loi de 1990, la D D A S S a réuni la commission « Psychiatrie et Loi » à MARTIGUES. C'est l'occasion pour nous de dresser un bilan critique de la « Loi relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation ».

Ce texte de loi, présenté comme une modernisation nécessaire de la Loi de 1838, a été dès l'origine sujet à critiques et contreverses de la part du corps professionnel. Il alourdit en effet une procédure d'admission qui n'en avait nul besoin, il dénote une certaine méfiance et induit une dose de soupçon à l'égard des psychiatres, nous y reviendrons. Il traite surtout le problème de la privation de liberté du malade mental tel que l'avait laissé la Loi de 1838, comme un problème de dedans/dehors organisé en tout ou rien à partir de l'aire d'enfermement hospitalier. Or en matière de santé mentale d'abord, et plus généralement d'environnement social, juridique, éthique, les situations ont beaucoup évolué depuis cette époque.

Si le législateur du XIX^e avait le souci de protéger le corps social dont les perturbateurs malades dérangeaient l'ordre public, en 1990 les choses auraient pu être conçues autrement : parce que les notions très fondamentales de liberté, de droits de la personne, les courants idéologiques philosophiques ou politiques appréhendent ces problèmes de façon différente. Parce que la notion même de maladie mentale a largement évolué. Parce que surtout la compréhension par les psychiatres de l'individu social et de ses troubles éventuels a été considérablement modifiée par les grands courants de pensée de sciences humaines du XX^e siècle, et que l'approche actuelle des troubles du comportement induits par la maladie mentale ne se conçoit qu'avec l'arrière plan des réflexions et des découvertes menées dans tous ces domaines depuis lors. Ce n'est donc pas une modernisation de la Loi de 1838 que l'on pouvait souhaiter mais bien une actualisation à la lumière des savoirs récents du débat plus général sur la folie.

D'ailleurs le contexte législatif lui-même, et notamment l'organisation de la santé mentale, aurait dû permettre de poser le problème autrement ; la Loi de 1990 ne fait pratiquement pas mention du dispositif de secteur (en dehors d'une allusion pour Congés d'Essai) qui pourtant dans ses missions fondamentales pouvait être utilement et efficacement invoqué. Elle semble ignorer les bénéfices dans la pratique d'une implantation réelle, avec l'insertion dans le réseau social de la psychiatrie, que la sectorisation a permis. Elle multiplie au contraire les obstacles inutiles et élève un mur de cloisonnement entre les divers acteurs possibles de la « crise de folie ».

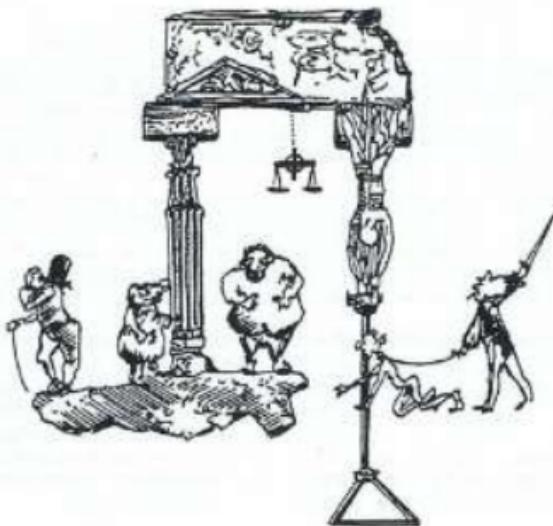
¹¹ Centre Hospitalier Général, Chemin des Rayettes, B.P 248, 13500 MARTIGUES, Tel 04.42.43.22.22.

Assez fondamentalement d'ailleurs elle nous semble antinomique d'une réelle politique de secteur. Dans les structures d'Hôpital Général telles que la nôtre, sous équipées en structures de soins extrahospitalières et carencées en personnel soignant, la Loi de 1990 et ses attendus, notamment en ce qui concerne les H.O. « Judiciaires », génère un sédiment de population de malades pour lesquels aucune perspective de réinsertion n'est envisageable. En montrant un laxisme certain dans la mise en place du secteur mais une grande fermeté dans les mesures de contrainte, l'administration crée de fait, en tenant un double discours, de nouvelles concentrations de malades stigmatisés dans des structures inadéquates et sous équipées, créant les conditions d'une violence potentielle induite laissée à charge des acteurs. Discours agrémenté d'une idéologie sécuritaire qui se traduit dans les faits par des réalisations matérielles (cellules, sas, renforcements de porte, barreaux...) toujours possibles contre un « danger-potentiel, et toujours différés quand il s'agit d'extra-hospitalier.

Si la question du rapport à la Loi est incontournable en psychiatrie, notre souci premier est avant tout celui d'une éthique qui nous permette de trouver une position définie d'abord comme thérapeutique. Le cadre légal, les limites dans lesquelles peut se déployer notre intervention soignante, va de la non-assistance à personne en danger à l'intervention abusive en psychiatrie de secteur.

Le problème posé par la Loi se situe de notre point de vue de médecin à trois niveaux :

- *La dimension thérapeutique* : la Loi doit servir d'abord et avant tout à faciliter le soin, voire être elle-même thérapeutique.
- *Le problème éthique*, celui de la privation de liberté et de la place du psychiatre dans un dispositif tenté par l'aspect sécuritaire.
- *La finalité sociale* enfin, d'une Loi dont l'application ferme sur un tissu social vulnérable et un dispositif de soins carencé peut être ambigu.



1 - La dimension thérapeutique

Un texte de Loi peut-il être « thérapeutique » (ou anti-thérapeutique) ? L'actualité nous fait remarquer que le législateur lui-même a ce souci ; il châtie mais prend des mesures de réinsertion sociale, voire oblige aux soins de certains troubles du comportement. La question d'une Loi qui prive de leur liberté des malades mentaux ne peut donc faire l'économie de cette dimension, qu'elle aborde seulement incidemment (Congé d'Essai).

En fait, ce qui retient notre attention en pratique est l'effet de discours du Tiers Social sur le sujet psychotique. Faire une H D T, internier un malade, implique un vécu du patient et de sa famille, mobilise des émotions ambivalentes et contradictoires, modifie la perception de la réalité familiale et subjective. A ce titre, elle apparaît comme *un moyen* au même titre que d'autres dans l'arsenal thérapeutique du psychiatre. Ce point de vue a d'ailleurs été largement débattu à propos de la Loi de 1838 (par DAUMEZON, BONNAFE, AYME p ex.)

Bien sûr l'internement n'a pas valeur absolue, et s'il peut être utilisé à bon escient, on peut aussi en faire un usage aliénant. Toutefois il est d'observation courante de constater que le placement, clairement établi et motivé pour le malade, est une parole qui fonctionne comme une interprétation des troubles subjectifs ; avec un effet de sédation parfois de l'activité délirante, en dehors même de toute chimiothérapie.

L'efficacité du texte ne se conçoit que dans une relation à une parole, celle du contrat synallagmatique du médecin et du malade ; formalisé par le tiers social dans ses diverses modalités. L'imaginaire de la relation duelle s'inscrit dans le symbolique de la Loi, qui joue un rôle de contenant. Elle n'est ni pénale ni pénalisante bien que souvent vécue comme une mesure de contention de sa jouissance délirante par le malade psychotique. En fait elle fonctionne comme un contenant, un cadre symbolique dans lequel peut se déployer l'espace de projection psychotique. Elle opère une action de suppléance à la défaillance du Moi, et recentre la projection délirante (on, ils, eux, les autres...) sur le sujet. *L'Internement permet l'internalisation.*

Cet effet de cadre ne saurait fonctionner que dans un projet thérapeutique qui prend en compte une trajectoire vitale plus que des impératifs ponctuels ; et qui bien entendu ne peut opérer que dans une relation assumée par le médecin, parlée, agie, signifiante. Cet aspect de cadre thérapeutique est sensible lors de certaines décompensations qui surviennent presque paradoxalement lors d'une mesure de mainlevée de Congé d'Essai par exemple ; l'aspect du vécu subjectif de la Loi et son utilisation thérapeutique appellent des développements divers.

Soulignons seulement que cette dimension s'appuie sur une clarification de l'objectif de l'internement : ce ne doit pas être une mesure formelle, administrative, mais un événement qui signifie quelque chose dans une histoire. Une banalisation de la mesure *lui ferait perdre son caractère opératoire*. *Par ailleurs pour être efficaces, les acteurs doivent en être nommés et identifiés par le malade* ; afin de permettre une représentation et une élaboration interne de la contrainte. Comme un jugement où les rôles sont clairs permet une dialectisation du conflit interne (comme le représente Eschyle dans l'*Oreste des Euménides* ou l'avènement de la Justice -), de même la mesure d'internement doit situer les protagonistes et les définir. L'Anonymat, pour le malade, des médecins certificateurs multiples, dilue certes la responsabilité de la mesure d'internement mais n'obéit pas à l'impératif d'une élaboration soignante et majore le morcellement du thérapeute.

Ceci afin d'éviter d'ajouter à la confusion de la psychose par des vécus de type :
« On m'a interné. Je ne sais pas pourquoi. A qui faut-il s'adresser pour sortir... »

2 - Le problème éthique

L'usage thérapeutique de la Loi de 1990 est notre intérêt premier, le problème de son éthique est lui intimement lié.

Dans quelle position la Loi situe-t-elle le psychiatre? Lui confère-t-on un rôle homogène de médecin, ou n'exerce-t-elle pas une pression sur son art pour garantir un certain ordre social? Les obligations auxquelles les psychiatres sont soumis par cette Loi (et d'autres à venir semble-t-il) ne l'obligent-elles pas à se mouvoir dans les confins de son éthique? P. RAPPARD a attiré l'attention sur ce sujet depuis quelques temps et l'on comprend que le Comité Consultatif de Santé Mentale s'interroge sur sa validité en cas de recours devant la Cour de Justice Européenne. En effet les articles L.342 et L.348 « des personnes dont les troubles mentaux compromettent l'ordre public », et « ... l'état mental d'une personne qui a bénéficié d'un non-lieu, d'une relaxe ou d'un acquittement en application des dispositions de l'art. 122-1 du C P pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes... » ; les troubles mentaux ou l'état mental sont justiciables d'une mesure d'hospitalisation si ils contreviennent à l'ordre public - pourquoi pas à l'ordre moral et désormais sexuel?

L'amalgame troubles du comportement pathologique, perturbateurs de l'ordre était-il bien nécessaire dans un texte de santé publique? Il introduit en effet l'idée d'un internement - sanction pour délit de perturbation de l'ordre alors qu'on attendait une mesure de soins d'urgence. Outre que cet « ordre public » reste à définir et qu'en la matière un certain relativisme social ou au contraire une rigidité normative peuvent faire apparaître tel comportement normal ou pathologique ; *l'éventualité d'une psychiatriation incipiens de la dissidence sociale n'est pas impensable*, et la question du psychiatre posé comme garant d'un ordre moral conserve son acuité.

Le médecin est en effet impliqué dans une procédure de privation de liberté pour motif de soins sans que le sujet qui en fait l'objet puisse bénéficier du recours normal garanti par le Droit dans ces situations. En l'absence de dispositions légales claires, perdure une confusion malsaine tant pour le médecin et son rôle implicite que pour le malade qui la subit.

La Recommandation R (83) de la Convention Européenne, évoquant un Droit Universel, incite à la généralisation de la procédure d'HABEAS CORPUS issue de la révolution anglaise en 1679. C'est une procédure simple qui consiste à saisir le Juge pour toute privation de liberté ; c'est un préalable, alors que la Loi de 1990 ne saisit éventuellement la justice qu'à postériori, et selon une procédure très lourde. Cela nous semble présenter un intérêt primordial par rapport aux modalités actuelles de contrainte de soin. En H.O. par exemple, un sujet, virtuellement malade, est confié au directeur d'un établissement hospitalier (psychiatrique ou général) par le préfet. Il en confie les soins et la garde à un médecin, qui n'est pas celui qui a préconisé l'internement, et lui donne les moyens (chichement comptés d'ailleurs) du soin.

Dans la situation de H.O. « Judiciaire », le médecin hospitalier n'est véritablement que l'agent de la décision puisque son avis n'est requis ni pour l'admission ni pour la sortie du malade. Si en règle générale il y a communauté de points de vue sur le malade et ses troubles entre le préfet, le directeur et le médecin, la situation devient délicate en cas de désaccord. Or que se passe-t-il alors? et dans quelle situation se retrouve le médecin à

garder enfermé une personne dont il pense, lui qu'elle n'a pas à y être? Cette situation devient de plus en plus fréquente et risque même de prendre dans l'avenir un caractère automatique si le politique persiste à penser que la solution de certains problèmes sociaux de déviance ou d'exclusion réside en psychiatrie. Dans ces circonstances, l'intérêt d'une judiciarisation des privations de liberté psychiatriques nous semble évident. Qu'on songe par ailleurs qu'une certaine population de patients chroniques en H.O. « Judiciaire » demeure hospitalisée sur la simple présomption d'une rechute éventuelle, alors que leur état inter-critique ne justifie pas leur maintien, en raison des conclusions un peu catégoriques d'un expert!

En effet en réservant l'exercice de l'admission et de la sortie au vu de l'avis d'experts désignés et choisis par elle, l'administration prend le risque d'une pratique d'un pouvoir de contrainte sans partage, s'appuyant sur l'alibi d'expertises forcément parcellaires. Elle exclut de fait l'avis du psychiatre traitant, interlocuteur quotidien du malade et de son entourage, qui est ainsi privé de toute possibilité d'intervention sur l'évolution de son patient. N'est-ce pas là l'expression d'un pouvoir absolu, ou du moins absolument administratif, sur la privation de liberté pour troubles du comportement?

Le psychiatre, praticien hospitalier recruté par l'état pour oeuvrer à la réalisation de la politique de santé mentale, spectateur passif de cet acte de force, doit-il se contenter d'un rôle de gardien expert en pharmacopée sédatrice et/ou panacée jubilante? L'invalidation du psychiatre ramène le problème à sa plus simple expression, celle d'une privation de liberté sans délit, et justifie à ce titre une procédure de garantie des libertés fondamentales.

3. Les conséquences institutionnelles

L'aspect institutionnel induit par les nouvelles réglementations qui impliquent la psychiatrie (sectorisation des prisons - prise en charge de la grande exclusion - obligation de suivi psychiatrique pour les délinquants sexuels), initiées par la Loi de 1990, est l'aspect quotidien hospitalier de ces mesures. L'organisation interne des services de psychiatrie, en l'absence paradoxale d'un règlement intérieur type, prend un caractère ubuesque.

Remarquons en premier lieu le caractère numériquement et nécessairement croissant des H.O. « Judiciaires », malades difficiles dont la sortie, conditionnée et assortie d'un congé d'essai, est laborieusement obtenue. L'aspect quasi définitif de la mesure administrative implique que leur nombre ne peut qu'augmenter avec une « sédimentation » des cas qui crée une embolisation des structures. La carence en alternatives de secteur, surtout en Hôpital Général, rend les perspectives de réinsertion très aléatoires. Or l'absence de projet thérapeutique, voire l'absence totale d'issue pour ces malades ne laisse ouvertes que ces deux possibilités qui renforcent et justifient le système : la fugue et/ou la violence.

En outre la gestion de ces séjours à long terme, voire à perpétuité, s'effectue dans le dénuement le plus total : locaux inadéquats, restreints à la portion congrue, car la psychiatrie a dû céder du terrain de vie et des mètres carrés aux autres spécialités avec qui elle cohabite.

Et surtout un personnel scandaleusement raréfié, à tous les échelons : des agents sous qualifiés (C E S et C D D remplacent les A SH) ; des cadres absorbés par les tâches administratives dont l'effectif se réduit comme peau de chagrin ; des infirmier(e)s rares, parfois sans formation psychiatrique, seules devant des malades agités, dispersés,

menaçants voire violents. Un climat de tension, d'angoisse, de peur, que majore l'inquiétante étrangeté de la psychose, s'installe progressivement et nuit particulièrement à la prise en charge des malades.

Vécu majoré par la dévalorisation institutionnelle des services de psychiatrie, parfois utilisés à l'Hôpital général comme lieu d'exclusion interne pour ses indésirables ; espace imaginaire institué par le clivage fonctionnel qui permet aux services somaticiens de préserver leur caractère aseptique en projetant leurs mauvais objets, au propre comme au figuré. L'ensemble de ces facteurs contribue à établir dans ces unités psychiatriques un climat de détresse et d'impuissance, de résignation, parfaitement sensible.

Tout incident prend un caractère de drame, en l'absence de solution ou de recours, et adopte des allures de crise. Ainsi qui appeler à l'aide en cas d'agitation ? les brancardiers ? puis... les « forces de l'ordre » qui après quelques interventions aimables se refusent à intervenir.

C'est dans ce climat que s'installe, à peu de frais, pour des catégories de déviant de plus en plus vastes, un système arbitraire, placé sous la caution scientifique et médicale de psychiatres garants de ces dispositions, à qui l'on a pris soi d'ôter tout pouvoir et tous moyens. La psychiatristration de la précarité, de la marginalité, de la déviance, s'instaure avec la mise en place progressive d'une « loi martiale » déguisée. la carence des moyens, l'absence de perspectives, le climat institutionnel, amènent les psychiatres à réclamer des U F I (rapport MASSE) ; U M A P (Nice) ou U P I D (Bordeaux), c'est-à-dire à désavouer leurs principes et leurs objectifs thérapeutiques de réinsertion, pour recréer des lieux d'exclusion et d'opprobre. N'est-ce pas un processus de cet ordre qui présida à la réforme des « lieux pitoyables » et à la création de « l'Hôpital Général » en 1656, et permit le « Grand Renfermement » ?

Des garanties semblent aujourd'hui nécessaires face à une législation sur laquelle nous n'avons aucune prise et dont on peut se sentir otage.

Dans cette dialectique sociale où la psychiatrie sert d'alibi à son corps défendant, n'est-il pas nécessaire d'interpeler, la justice sur les limites d'une insidieuse dérive de l'exclusion vers la détention ?

1 - Loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux.

2 - Circulaires n°90-8 du 28 juin 1990 relative aux modalités d'application de la Loi du 27 juin 1990.

3 - Fiches d'information du 05 septembre 1990 et du 03 décembre 1990 relatives à l'application de la Loi du 27 juin 1990.

4 - Compte rendu du Comité consultatif de santé mentale du 05 décembre 1996.

5 - BOUAZIZ I. : « De la non assistance à personne en danger à l'intervention abusive en psychiatrie de secteur », *Nervure* - Tome III, N°6, septembre 1990.

6 - FOUCAULT M. : « Histoire de la folie à l'âge classique », NRF, éd. Gallimard, 1972.

7 - MASSE G : « Rapport de la mission », 1992.

8 - PATRIS M.F., GOMINET P. : « Auteur de la Loi du 27 Juin 1990 », les dossiers SPH, N°1, Février 1994.

9 - RAPPARD P. et J. de PERSON : « Système psychiatrique français et procédure d'Habens Corpus », *l'Eve. Psy.*, 59, 1, 1994, 39-51.

DE LA VALORISATION DU ROLE SOCIAL

Jean-Michel CARVI
Chef de Service
Foyer Espérance¹¹
Toulon

Le foyer de l'Espérance est un foyer occupationnel et d'hébergement qui accueille à Toulon des malades mentaux, principalement des schizophrènes. Cet article rédigé par le responsable de cette institution, exprime le point de vue d'un professionnel de la réadaptation sociale.

Nous n'avons pas choisi d'être malades. Nous n'avons pas choisi d'être pauvres ou sans-abri. Mais c'est quand même là que nous nous retrouvons, dans une situation atroce qui suscite à la fois la terreur et la colère. Jamais ne serait-ce qu'un instant n'ai-je personnellement voulu être autre chose qu'un être « normal », peu importe ce que cela veut dire. Mes rêves, mes espérances et mes désirs demeuraient ordinaires et simples, même les jours où d'effrayantes visions et des voix bizarres assiègtaient mes pensées » (William J. MONTAGUE).

L'expérience de la maladie mentale affecte tous les aspects de la vie individuelle et, a pour corollaire - par un entrelacs dense - de déstabiliser fortement et durablement la capacité à être au monde de la personne. Ainsi les conséquences sociales, économiques, personnelles dues à la maladie mentale sont dévastatrices, ravageuses d'un avenir à peine éclos.

Quand la maladie mentale - par ses premiers symptômes - frappe au début de la vie adulte, elle a pour conséquence d'interrompre le processus de maturation, d'évolution, d'adoption des rôles inhérents au passage à la vie adulte sans pour cela modifier nécessairement les désirs individuels. La personne malade rêve/espère toujours à une vie normale, mais cette dichotomie qu'instaure la maladie devient source importante d'angoisses et de souffrances.

La réadaptation sociale aura pour but d'aider à rétablir la personne dans ses rôles « normaux » sociaux : comme si la maladie ne les avait pas interrompus? Non certes pas, mais réapprendre à gérer malgré tout et à cohabiter avec !

De ce constat émerge la notion de **Valorisation du Rôle Social** de la personne (VRS). La valorisation du rôle social de la personne a pour enjeu de faciliter/favoriser la participation active de la personne dans la communauté des hommes.

L'action des professionnels de la réadaptation sociale consiste à faire de nouveau émerger, ce qui était précédemment en « jachère », c'est-à-dire mettre en valeur les capacités des personnes dans des activités sociales intégrées. Toute personne fut-elle en difficulté peut jouer un rôle dans notre société, lui permettant ainsi d'améliorer sa contribution sociale et tendre à terme de devenir un participant actif de sa propre vie et de la vie dans la communauté.

Croire à la valorisation du rôle social ou croire à la valorisation des capacités d'adaptation et de développement de la personne, c'est croire au « principe de normalisation », mis en exergue il y a déjà longtemps dans les pays scandinaves par MIKKELSEN, NIRGE et DYBWAB.

¹¹ Foyer Espérance, 30 chemin de la Barre, 83000 TOULON. Tel 04.94.03.91.41

La valorisation du rôle social consiste à permettre aux personnes atteintes de maladie mentale de s'adapter/réadapter aux conditions de vie d'une façon aussi normale que possible dans la cité. L'aide des services de réadaptation sociale est de tout mettre en œuvre pour que la personne puisse redevenir citoyenne d'elle-même, tout en cohabitant avec sa souffrance psychique. Il est à préciser que parler de VRS ne signifie nullement rendre les gens « normaux » mais de donner les services dont ils ont besoin pour s'adapter dans leur milieu social naturel et renouer le lien social interrompu.

La valorisation du rôle social ne se décrète pas, mais se ré-instaura avec l'aide « d'accompagnants ». Cet accompagnement spécifique vers l'intégration se réalisera dans le respect des rythmes de vie de la communauté et de la personne. La valorisation du rôle social implique qu'il faut proposer aux personnes s'engageant dans ce type de démarche des situations positives, valorisantes. Il faut tout autant développer auprès des personnes leurs compétences/abilités fonctionnelles et sociales qu'améliorer l'image sociale de la personne en difficulté psychique. Cela amène à sensibiliser/former à l'accueil des personnes ayant une différence en favorisant le plus possible les interactions avec les membres du milieu de vie naturel où aura à vivre la personne.

La valorisation du rôle social engage à une vision positive de la réadaptation sociale et il est non moins vrai que s'engager dans ce travail auprès de la personne comporte la compréhension et l'obligation que lui soit reconnue :

- * une présomption de compétence,
- * un droit de progresser à partir de ses forces,
- * un droit à son épanouissement le plus grand, dans le respect de ses forces et ses besoins,
- * toute personne a droit à une qualité de vie satisfaisante pour elle-même ; vivre en/dans la société est stimulant et valorisant,
- * toutes les interventions auprès des personnes sont adaptées et individualisées pour donner goût d'aller plus loin.

« Pour que le système change, il faut donner aux personnes « malades » la dignité et le droit de faillir. L'échec n'est qu'une des facettes du succès. Aussi longtemps que le système ne sera déterminé qu'à prévenir les échecs des « malades », il ne réussira qu'à freiner leur succès. » (Tom POSEY).



PSY - CAUSE III
RUBRIQUES

COURRIER DES LECTEURS

Montfavet, le 20 novembre 1997

L'intersectorialité dans l'écriture de projets soignants individuels ou d'équipe? La question est de savoir s'il est possible de mettre en place, dans le cadre de Psy-Cause, un travail de psychothérapie institutionnelle (Hôpital de Montfavet) de telle façon que cela produise des textes publiables dans Psy-Cause relatant un projet soignant individuel ou d'équipe, pouvant mettre en questions le Projet Médical d'Etablissement.

Un ailleurs, autre chose (*autra causa*) que le Secteur vécu comme dogme ou, tout simplement, signifiant Maître. L'intersectorialité pourra être la nomination de cet ailleurs : l'entre deux Secteurs, l'entre deux Soignants, l'entre deux Soignants-Soignés.

Se défaire de l'institution en cours de discours comme normative, unique, bureaucratique, pour se laisser aller à l'écriture de ce désir de création qui pourrait fonctionner comme interprétation de Soi, interprétation du discours institutionnel mais aussi lieu où quelque chose vient s'écrire à sa place, espace psychothérapeutique pour le ou les patients dont on a la charge?

Je vous invite à ce travail une fois par mois, le quatrième vendredi du mois, entre 10 heures 30 et 12 heures, à l'Espace Médical.

Docteur A.S. COHEN¹⁰

Réponse du rédacteur en chef : J'ai bien reçu ton courrier interpellant le projet soignant dans une possible intersectorialité sur Montfavet et souhaite aussi qu'il en ressorte des textes publiables dans Psy-Cause. En effet ce type de groupe de travail sur ce thème gagnerait à exister dans d'autres établissements.

Bien cordialement.

Aix, le 5 décembre 1997

Docteur Thierry LAVERGNE

¹⁰ Secteur 7, Centre Hospitalier 84143 MONTFAVET Cédex, Tél 04.90.03.91.97

Formation médicale continue hospitalière : vers un permis à points

Didier BOURGEOIS
Praticien Hospitalier¹⁾
Secteur Avignon centre/Isle sur Sorgue
(84 G 05)

De récents textes (8) issus des Ordonnances « Juppé » introduisent et précisent la notion de formation continue à caractère obligatoire pour les médecins hospitaliers. Toutes les catégories de médecins exerçant dans le service public sont tenus « d'entretenir et de perfectionner leurs connaissances », y compris les médecins-attachés qui effectuent au moins 6 vacations hebdomadaires. La période quinquennale a commencé au premier janvier 1997 pour les médecins libéraux (décret n°96-1050 du 5 décembre 1996) et, semble-t-il, aussi pour les hospitaliers. Il est créé une Commission nationale de la formation médicale continue.

On ne pourrait que se réjouir d'une telle mesure, à l'utilité si évidente à l'heure où le débat sur la sécurité dans les lieux de soins se développe (enquête de *Sciences et Avenir* (2)), et au moment où se concrétise une dérive à la fois sécuritaire et bureaucratique conjuguant les inconvénients du modèle social et médical nord-américain et ceux de l'étatisme, cette dérive tendant à empoisonner les relations médecin / malades / administrations.

Face à la montée en puissance de la pression judiciaire, conséquence inéluctable de la pénurie médicale relative, de la multiplication des statuts et de la pérénisation de statuts subalternes, (médecins étrangers associés, toujours à jongler entre permis de séjour et permis d'exercer, vacataires à vie, assistants sans avenir hospitalier), on assiste à une responsabilisation croissante des médecins hospitaliers qui justifie, au delà de l'éthique, une parfaite actualisation technique.

Les médecins sont contraints au « sans faute » permanent alors que les conditions objectives du travail se dégradent: baisse de leurs revenus en francs constants, absence de perspective de carrière pour toute une génération, sédimentation vers les zones « attractives », manque cruel, globalement, d'effectifs soignants et mise en place d'une filiarisation de nature à fragiliser l'unité et la vectorisation des équipes soignantes (mise en cause de la sectorisation en psychiatrie par promotion à marche forcée d'une intersectorialisation non pas basée sur des secteurs solides et complémentaires mais sur une stricte logique comptable), déqualification progressive des médecins restants avec effet d'attraction vers les grands centres, désertification des petits hôpitaux, appel massif à des médecins hors-spécialisation, voire « hors diplôme », ce qui est une conséquence logique du *numerus clausus* malthusien instauré pour les études médicales il y déjà plus de vingt ans (3).

La FMCH obligatoire instaure un « quota de points » (véritable « permis à points » (JP BOSSUAT)) qui pourrait, pourquoi pas, inaugurer une gestion répressive des points à travers le concept d'accréditation : La « non-accréditation » par perte d'un certain nombre de points pourrait résulter de fautes « professionnelles », voire d'opposition à un projet administratif car la gestion de ce quota sera administrative faute de moyens donnés aux médecins pour le gérer.

¹⁾ Secteur 5, Centre Hospitalier, 84143 MONTFAVET Cedex, Tel 04.90.03.91.69

Si un praticien hospitalier n'était pas accrédité, faute d'avoir son quota de points, cela voudrait-il dire qu'il ne pourrait plus exercer et Quid de son salaire, Quid de l'accréditation de son service?

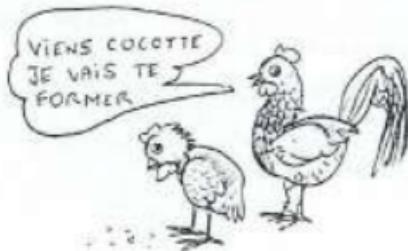
1 - Accréditation, évaluation, américanisation

La démarche d'accréditation, elle même issue des ordonnances, est un processus puissant évoluant depuis déjà plusieurs années ; L'ANAES succédant à l'ANDEM. Depuis 1990, 900 000 (!) documents ont été diffusés, comprenant 9 guides méthodologiques, 75 thèmes de référence, 35 conférences de consensus organisées ou « labellisées », 12 « Recommandations pour la pratique clinique », 30 « études d'évaluation technologique » (7). On se demande comment peuvent encore subsister des îlots de problèmes!. Dans la perspective de l'accréditation, des protocoles innombrables fleurissent (la *protocolique* est la maladie à la mode!) entraînant une parcellisation de l'activité ainsi découpée, atomisée en une succession de petites séquences « élémentaires » privilégiées au détriment du sens du soin. Tout se passe comme si l'on pouvait (et devait!) tout prévoir, maîtriser, contrôler par souci de sécurité.

Les médecins à diplôme ou de nationalité étrangère qui ne peuvent, pour certains, exercer qu'en milieu hospitalier, n'ont pas tous droit à la FMCH, seront-ils soumis à la même règle qui dans ce cas serait injuste et s'ils ne sont pas soumis à la règle commune ne s'agit-il pas d'une ségrégation supplémentaire où, en cas de litige, d'une éventuelle « perte de chance » pour le patient (si les avocats l'apprenaient??) On le voit, le problème n'est pas simple.

La FMCH en France, s'ajoute aux contraintes (elle devient obligatoire comme aux USA, et prend effet, pour ce qui concerne le cumul des points, au 01/01/1997,) alors que ses conditions de mise en place restent délibérément floues par attente des textes et procédures. La commission nationale dont la composition a été établie ne peut commencer réellement ses travaux, faute de financement, ce qui est symptomatique. Ceci ouvre la porte à bien des perversions du système :

- *L'auto-proclamation des experts* : On voit fleurir un peu partout des « formations validantes » alors que les critères de validations n'ont pas été clairement officialisés. Les auto-proclamés validants estiment naturellement qu'ils n'ont pas besoin, eux, d'être formés. Alors que l'intérêt novateur du système FMCH réside justement dans une mise à plat de l'évaluation des compétences réelles permettant de débusquer aussi bien le professeur d'université reconnu sombrant dans l'Alzheimer (ça existe aussi!) que le débutant insuffisamment formé ou le praticien de terrain, trop collé à son travail à qui il sera salutaire de pouvoir (re)donner le temps de souffler, de prendre du recul sur sa pratique et donc de redevenir performant.



Certaines catégories médicales disposent d'un temps de formation

-PH temps plein: 15 jours/ an

-PH temps partiel: 10 jours/ an

-Assistants: 8 jours/ an.

Pour d'autre, ce n'est pas le cas : vacataires et attachés de consultation.

- Le financement :

Les médecins libéraux conventionnés suivant une action de formation titulaire de l'agrément conventionnel, bénéficient désormais d'une « indemnité de formation pour perte de ressource » (11 Cs).

Une ligne budgétaire fonction de la masse salariale existe pour le financement des formations des hospitaliers mais elle reste tributaire de la politique de chaque établissement (notion de plan de formation, a. L 714-16 du code santé publique) pour ce qui est de ses modalités d'attribution, au delà du minimum légal. Elle ne pourra épouser les demandes dès lors que les médecins se mettront à réellement assumer leur obligation de formation et à demander le remboursement de ces formations.

Le recours aux « ordres de missions » est une manière habituelle de contourner l'obstacle mais constitue une dangereuse dérive tant sur le fond (assujettissement de la démarche de formation au bon vouloir administratif) que sur la forme: une mission n'est pas une formation et vice versa.

La ligne budgétaire « recherche » souvent virtuelle, est une autre piste mais n'a en principe rien à voir avec la formation.

En conséquence, faute de moyens suffisants la FMCH reste, pour son financement, largement tributaire des laboratoires pharmaceutiques qui d'ailleurs ne se privent pas aujourd'hui, de s'engouffrer dans le crâne qui donne un nouveau souffle à ces « soirées laboratoires » auxquels plus personne n'allait. Très logiquement, compte-tenu des contraintes sur l'information médicale qui les régit, le contenu de ces « formations » ne pourra jamais qu'être consensuel, sans aspiration et « objectif » : affadi. La participation des médecins à ces « formations » ne peut que valider le processus en cours par une rétroaction perverse : Les laboratoires qui proposent actuellement ce type de formation (passage obligé pour pêcher des points de formation mais pas encore passage obligatoire) attrayante donc par les « bons points » distribués, pourront se targuer, logiquement, d'un bon taux de fréquentation et affirmer, par un syllogisme institutionnel auquel nous sommes habitués, que c'est ce type de formation qui est le bon et devra être rendu obligatoire par rapport aux autres.

Seules les structures bénéficiant d'un poids institutionnel (le lobbying), du soutien juridique les aidant à se repérer précocement dans le maquis juridique évolutif voire à l'infléchir selon leur intérêt, possédant une surface financière apte à leur permettre l'organisation sur tout le territoire de ce type de formations, et donc d'engranger un nombre significatif de participants, peuvent dès maintenant se positionner sur le marché de la FMCH. La tâche leur sera facilitée face aux futures commissions d'agrément dont on peut prévoir qu'elles comprendront, en outre, des « experts » ayant participé en tant que formateur aux formations sus-citées.

Les petites associations loi 1901, faute d'information, de lobbying et d'arguments n'auront jamais la possibilité de rivaliser avec ces structures.

De grandes quantités d'argent sont en jeu car la FMCH bénéficie d'un budget. A celà s'ajoutent les formidables enjeux idéologiques et économiques qui se profilent : quelles seront les « bonnes formations » aux yeux de ceux qui financent la formation? Peut-on parler d'un « Plan Marshall pour la formation »? Le risque majeur pour l'avenir de la FMCH est que tout se négocie et s'élabore, comme d'habitude, en comité restreint, dans un petit cercle d'initiés, d'experts auto-proclamés et/ou sensibles au lobbying

comme à l'ivresse narcissique de la mise en position de formateur, d'enseignant. Argent et fascination pour le pouvoir : on retrouve les ingrédients favorisant les dérapages.



Ce qui se passe à l'étranger peut nous donner des indications sur ce qui nous attend si nous ne restons pas vigilants. L'élaboration du DSM IV (APPA, USA) illustre ce à quoi peut aboutir un tel processus :

- Prétention objective.
- Superposition floue de concepts et de champs de réflexion.
- Perte de diversité intellectuelle par marginalisation puis exclusion *de facto* du champ réflexif des théories et modèles intellectuels d'appréhension du fait psychiatrique non conformes au moule, considérés en conséquence comme trop marqués idéologiquement, le dogme étant maintenant l'athéorisme.
- Impérialisme anglophone, toujours le même processus d'homogénéisation qui assujettit (colonisation) les formés au langage des formateurs (1)(6).
- Confusion de niveau logique, emprunts divers, issus de la clinique psychiatrique, de la psychopathologie, des neurosciences, de la biologie, de la pharmacologie expérimentale et anglicismes pas toujours bien digérés par les orateurs-experts (on ne peut pas être expert, donc critique en tout!), constituant un néolangage superficiel et prétentieux qui n'est pas sans rapport avec ce que A. Sokal (4) dénonce avec raison chez certaines figures intellectuelles françaises « post modernes ». Ce néolangage est riche en néologismes (acceptation d'un terme validé dans un champ et dans un sens dans un autre champ et sens) auxquels les participants, souvent sans s'en apercevoir, se conforment peu à peu, sous peine de se trouver en décalage avec le groupe du jour, (phénomènes d'imitation, de contamination psychique).

Beaucoup d'expériences en psychologie cognitive expérimentale ont illustré ce processus inconscient, collectif et (con)formant. Malheureusement, la psychologie expérimentale n'est pas suffisamment consensuelle ou porteuse pour trouver droit de cité dans ces Conformations .

Il semblerait que la conformité au modèle de la FMC nord-américain soit l'un des objectifs avoués des initiateurs de la FMCH française, visiblement fascinés par les grands congrès de l'APPA, véritables grand-messes (les séances plénaires) entourées des « séances », payantes (cher!) ou sponsorisées, de « training » obligatoire auxquelles se pressent les médecins obligés d'y engranger les points nécessaires à leur accréditation.

Garantie d'objectivité et pluralisme n'existent pas dans ce contexte et les enseignements pharmacologiques « officiels » ou bien vus par les sponsors, risquent bien sur, de prendre le pas sur d'autres thèmes moins « lissés ». Pour ce qui concerne la Psychiatrie, on voit peu de trainings concernant : psychothérapies, vie institutionnelle, éthique et philosophie du soins, rapports entre l'administratif, le judiciaire et le médical, clinique... qui sera prêt à sponsoriser de tels thèmes?

L'histoire de la psychiatrie qui appartient à l'histoire des sciences et à l'histoire des idées, (autre champ de réflexion peu exploré par « l'establishment » car peu consensuel) nous montre que de significatives avancées thérapeutiques se sont construites, en dehors de, et souvent contre, l'idéologie officielle (universitaire) : psychanalyse, thérapies institutionnelles, antipsychiatrie anglaise ou italienne... Au lieu de favoriser une FMCH consensuelle et donc affadie, il conviendrait de laisser vivre, stimuler et mettre en dialectique les différents courants créatifs.

2 - Un créneau à prendre

La nature ayant horreur du vide, il est logique que l'émergence d'un nouveau créneau d'action aiguise les ambitions les plus diverses, que s'y précipitent, où s'y créent (génération spontanée?), des structures pressées de toucher la manne.

-Par ailleurs, si l'on sort de ce cadre strict, on ne peut que noter la convergence idéologique de plusieurs axes de pressions, concrétisée par des textes divers d'origine mais eux même convergents, ce qui peut laisser croire qu'il s'agit d'un processus plus large mais n'est-ce pas de la paranoïa?

-Logique comptable aboutissant à une logique évaluative, évaluation sur des critères économiques ou des critères techniques, mais qui seront les techniciens de l'évaluation, évaluation des évaluateurs, « *Expert qui t'a fait expert?* »

- Logique répressive avec une montée en puissance d'une ambiance juridique favorisant la tendance générale à ouvrir les parapluies et en retour une pression administrative d'autant plus forte.

- Les chimiothérapies issues des sciences exactes (biochimie) sont apparemment plus faciles à évaluer que les thérapies psychocorporelles, les thérapies institutionnelles ou les psychothérapies analytiques (« sciences molles »). Cependant les critères d'évaluation des chimiothérapies sont directement issus de la recherche psychopharmacologique donc du monde des laboratoires.

Rappelons que le DSM IV constitue avant tout un excellent instrument de promotion et de validation pseudoscientifique d'approches chimiothérapeutiques (médicamenteuses) syndromiques ou monosymptomatiques : L'émergence du concept de « panic attacks » au dépends des névroses d'angoisses ou des « antiques » « crises d'angoisse aiguë » a été le support de l'obtention d'AMM de toute une gamme de produits actifs ; l'émergence des TOC aux dépends de la ringardissime névrose obsessionnelle a favorisé l'apparition des anti-TOC, et que dire des antipsychotiques coiffant les neuroleptiques, etc...

Chaque outil sécrète sa propre logique et est lui-même issu d'une chaîne logique qui ne peut pas ne pas être marquée idéologiquement et sociologiquement. Privilégier un des référentiel d'une profession contribue à changer la pratique de cette profession.

3 - Propositions

- **Réflexion préalable des commissions d'établissement** sur le contenu de la FMCH et élaboration concertée d'un Plan de formation en fonction des besoins de l'établissement (projet médical d'établissement) et non en fonction des propositions de formations les moins chères ou les plus sponsorisées.

- **Mise en place d'un budget formation conséquent** seul apte à rendre leur indépendance aux médecins vis à vis de la pression des sponsors.

- Mise à disposition de **tous** les médecins de l'établissement du budget formation au prorata de la masse salariale par exemple.

- **Moratoire sur la formation** tant que n'auront pas été définis nationalement, de manière concertée et en dehors des lobbies quelconques.

- **Un contenu** (ce qui doit être obligatoire et ce qui reste optionnel mais validant).

- **Une échelle précise et transparente** : valeur de chaque action de formation, congrès, groupe de réflexion, abonnement à une revue en fonction de critères préalables et non établis a posteriori car la loi ne peut pas être rétroactive (un litige en conseil constitutionnel serait sans doute à prévoir si ces critères évidents n'étaient pas respectés).

La tâche sera sans doute difficile, car on peut prévoir, au sein de cette commission, des arbitrages chauds, à terme fructueux, car le débat sur l'évaluation des pratiques n'a jamais pu jusqu'alors dépasser la confrontation des critères comptables et des passions idéologiques. Il conviendrait surtout, que les experts ne soient pas juges et partie, c'est à dire qu'ils n'aient aucun intérêt financier ou narcissique dans les actions jugées. L'habitude est différente en France où les mêmes experts autopréclamés, *corridors peoples*, hantent les couloirs des ministères, les prestigieux congrès sponsorisés, les chaires et tribunes diverses, les médias chatoyants et parfois, les couloirs de leurs services...

Références:

- 1) D. Bourgeois: « Dans cent ans que seront nos écrits devenus? » Editorial dans *SYNAPSE* n° 110, novembre 1994.
- 2) « La liste noire des hôpitaux », « Sciences et Avenir », Octobre 1997.
- 3) J.Y. Neveu: « Tu ne seras pas médecin mon fils », Editions PLON 1997.
- 4) A. Sokal, J. Bricmont: « Impostures intellectuelles », Editions Odile Jacob, 274 pp. 1997.
- 5) Les autres spécialités médicales françaises seront peut-être plus réceptives que la psychiatrie car, l'essentiel du soins y reposant sur les chimiothérapies et le progrès technologique, il n'y que peu d'alternatives thérapeutiques. Tout au plus, les orientations allopathiques ou homéopathiques du praticiens pourront-elles conditionner la sponsorisation.
- 6) C. Vasseur: « De gags en drames annoncés » Editorial dans « La lettre de Psychiatrie Française », n° 67, septembre 1997.
- 7) Guide de l'accréditation diffusé par l'ANAES. 1997 (18 références bibliographiques).

8) Textes:

- Arrêté du 27 mai 1997 portant nomination au conseil national de la Formation Médicale Continue Hospitalière.
- Décret n° 97-622 du 31 mai 1997 modifiant le décret n° 81-291 du 30 mars 1981 portant statut des attachés et attachés associés des établissements d'hospitalisation publiques.
- Décret n° 97-623 du 31 mai 1997 modifiant le décret n° 84-131 du 24 février 1984 portant statut des praticiens hospitaliers temps plein.
- Décret n° 97-624 du 31 mai 1997 modifiant le décret n° 85-384 du 29 mars 1985 portant statut des praticiens exerçant leur activité à temps partiel dans les établissements d'hospitalisation publics.
- Décret n° 97-627 du 31 mai 1997 modifiant le décret n° 87-788 du 28 septembre 1987 relatif aux assistants des hôpitaux.
- Décret n° 97-629 du 31 mai 1997 modifiant le décret n° 93-701 du 27 mars 1993 modifié relatif aux praticiens contractuels des établissements publics de santé.
- Ordonnances n° 96-346 et 96-345 (article 3) du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, J.O. 1996, 25 avril 1996: 6324-36.

ACTUALITE SCIENTIFIQUE LOCALE

Jean-Paul BOSSUAT
Médecin Chef de Service¹¹¹
Secteur Chateaurenard, Saint Rémy de Provence
(13 G 27)

Marseille, septembre 1997 : Premier bulletin de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation

L'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) de la région PACA, mise en place dans le cadre des ordonnances du précédent gouvernement, publie le Numéro 1 de son bulletin trimestriel d'information. Le Directeur de l'ARH, Christian DUTREIL, expose en éditorial, sa méthodologie : « *Les projets d'établissement et les contrats d'objectifs et de moyens constitueront les outils privilégiés de l'agence pour mettre en œuvre les adaptations nécessaires, accompagner les opérations de restructuration ou de regroupement et contribuer à la modernisation, dans tous les domaines, des établissements* ». Il ajoute que l'action de l'agence s'inscrira « *dans un cadre concerté et transparent* » et que l'ambition de ce bulletin est d'y contribuer.

A propos de la psychiatrie, cette publication évoque les travaux en cours au niveau du SROS : « *Les études se poursuivent afin que des propositions puissent être faites au printemps 1998 ; ces études sont menées en étroite concertation avec les établissements concernés. La DRASS pilote ce dossier en partenariat avec les autres* ». Un groupe de travail « *analyse des projets d'établissements* » a été constitué pour mettre en place un cadre méthodologique commun aux équipes d'instruction des projets d'établissements.

Le bulletin donne les premiers résultats de deux groupes de travail de l'ARH-PACA : le groupe de travail « *allocation de ressources* » et le groupe de travail « *contrats d'objectifs et de moyens* » :

- Le groupe de travail « *allocation de ressources* » est chargé de rassembler les éléments permettant à la commission exécutive de décider des ressources allouées aux établissements sous dotation globale. La recherche de critères est particulièrement difficile en psychiatrie où « *les activités de service public sont mal appréhendées par le PMSI* ». Les objectifs sont de réduire progressivement les inégalités intra-régionales ; de préserver les moyens nécessaires en particulier pour des opérations lourdes d'investissement, « *correspondant aux priorités définies par l'agence* » ; de dégager une provision régionale pour faire face « *à des besoins urgents ou à des mesures nouvelles inéluctables* » ; d'assurer une mise en œuvre homogène et transparente des règles d'allocation. « *Les travaux du groupe ont permis de finaliser une grille d'analyse de l'exécution budgétaire qui a été appliquée à l'ensemble des établissements publics (hors hôpitaux locaux) au mois de juin* ».
- Le groupe de travail « *contrats d'objectifs et de moyens* » est chargé d'élaborer des recommandations destinées à guider les travaux des diverses institutions devant réaliser ces contrats. « *Chaque établissement de santé est appelé à conclure un contrat avec l'ARH avant avril 1999. Dans le cas des établissements financés par dotation globale, l'initiative de la conclusion d'un contrat leur appartient ; pour les établissements*

¹¹¹ Secteur 27, Centre Hospitalier, 84143 Montaure Cedex, Tel 04.90.03.92.76

privés conventionnés, la contractualisation est obligatoire, sous la forme d'un contrat type national, complété par des clauses définies régionalement».

Deux cas de figure sont donc à considérer, selon qu'il s'agit d'un établissement financé par dotation globale (type Centre Hospitalier), ou d'un établissement privé conventionné :

* Le contrat d'objectifs et de moyens pour un Hôpital : l'établissement doit avoir un projet d'établissement (et donc un projet médical) approuvé. Le contrat porte sur les objectifs prioritaires de ce projet. Un comité régional des contrats, paritaire ARH/établissements, assure le suivi et la régulation de l'exécution des contrats. L'établissement doit s'engager «sur au moins deux objectifs donc un défini par l'agence après avis du conseil régional des contrats», en ce qui concerne la sécurité et la qualité des soins.

* Pour un établissement privé conventionné : la marge de manœuvre est moindre puisque le cadre est plus contraignant, ses orientations étant définies par une instance régionale.

L'ARH annonce ensuite ses *quatre actions prioritaires* :

- Réduire le suréquipement global dans la région au profit d'activités de secteurs moins bien couverts.
- Maîtriser les dépenses et correction progressive des inégalités de ressources entre établissements.
- Développement de la coopération entre établissements publics et/ou privés, permettant une restructuration de l'offre hospitalière pour améliorer la qualité des soins, la sécurité et la maîtrise des dépenses.
- Promouvoir l'accès aux soins en faveur des populations fragilisées ou les plus démunies.

Pour mener à bien sa politique, l'ARH dispose d'une commission exécutive où sont représentés, à parité, l'Etat et l'assurance maladie, présidée par le Directeur de l'ARH. «L'ARH est un lieu unique d'étude et de décision, qui regroupe les compétences de l'Etat et de l'assurance maladie en matière d'hospitalisation publique comme privée : planification, autorisations, allocation budgétaire, contrats, évaluation et contrôle».



Toulon, le 4 octobre 1997 :
7 ème Journée Varoise de Psychiatrie Clinique et Biologique⁽¹⁾

Cette journée a été mise en place par l'AMREPCEB (Association Méditerranéenne pour la Recherche en Psychiatrie Clinique et Biologique), association scientifique initiée par le Docteur Daniel RAUCOULES. Sous la présidence du Pr J.M. AZORIN, ont été abordés cinq aspects diversifiés de nos pratiques.

1 - Les Jeux de rôles

L'expert J. LEYRIE, sollicité dans de récentes affaires régionales de violation de sépultures s'est intéressé aux possibles liens entre ces jeux et d'éventuels dérapages médico-légaux. Les liens directs n'ont pas été retrouvés dans ces affaires, mais la réalité actuelle de ces jeux peut surprendre : 400 000 pratiquants recensés, pour la plupart entre 16 et 25 ans, des thèmes souvent macabres, occultes, stupéfiants et même ... autour de la folie. La question reste posée sur la fragilité de la période de l'adolescence avec toute la panoplie des traits psychopathologiques en puissance. Mais que penser de la fascination bien réelle de l'ensemble de la jeunesse actuelle sur la mort, le macabre, le surnaturel : fin du millénaire? Crise de société? Perte des valeurs? Eloignement de la réalité des guerres?

2 - Les victimes d'agression et d'abus sexuels

Le Docteur Roland COUTANCEAU s'est particulièrement impliqué dans sa pratique (Antenne de Psychiatrie et de Psychologie Légale à LAGARENNE-COLOMBES (9)) à ce type de prise en charge. Pour lui, la clinique des troubles (sommeil, phobies, troubles sexuels) est moins intéressante que le traumatisme psychique propre (malaise, honte, culpabilité, humiliation) faisant suite à l'événement. Ce trauma est plus ou moins contenu, renvoie au « *Pourquoi moi?* », « *pourquoi en parler si tard?* ». La culpabilisation subjective est à dé-dramatiser : savoir dire « *vous n'êtes pas responsable* ». L'humiliation est forte d'avoir subi l'emprise comme objet et entraîne une blessure narcissique, comme toute position *passive* dans un événement pénible.

Au niveau thérapeutique, l'expert est parfois le seul clinicien qui saura nommer les choses et ouvrir des perspectives. La thérapie s'il y a, n'a pas à être longue, traîner, « cristalliser » l'identité du sujet sur le trauma. La non directivité et le silence sont certainement des nuisances à la thérapie : on doit savoir faire parfois les 3/4 du chemin face à un adolescent ou un enfant. Remettre le patient dans le torrent de la vie, est une bonne chose, en favorisant de nouvelles expériences positives et en évitant une « *culture du trauma* ».

3 - La mélatonine : Mythes et réalités

Le Pr Jacques PATY, de la clinique du sommeil au CHU de BORDEAUX, nous replace cette molécule dans une réalité scientifique. Découverte en 1958, elle est directement issue du métabolisme du L-Tryptophane >Sérotonine >Mélatonine. Sa sécrétion est liée au sommeil et à l'opposition à la lumière captée par la rétine. Utilisée comme un médicament, elle sera prescrite à des heures précises et à posologie adaptée, et pour des indications limitées : troubles du rythme veille/sommeil, dépression

⁽¹⁾ Compte rendu rédigé par Hervé JUNG, Psychiatre des Hôpitaux à Temps Partiel, U.C.S.A., Maison d'Arrêt St Roch 83000 TOULON

saisonnière, troubles du comportement nocturne en sommeil paradoxal. Prise abusivement, elle induira une désynchronisation dangereuse des rythmes circadiens, elle est loin d'être ce produit mirable tant vanté outre Atlantique ou dans des publications bien trop « sensationnelles ».

4 - Actualité de l'électrochoc aujourd'hui

Cette actualité est présentée par le Docteur Marc AURIACOMBE de BORDEAUX. Découvert par CERLETTI et BINI à ROME en 1937, sa technique a évolué avec deux appareils modernes et garde sa place dans le traitement de la dépression :

- si l'on veut un effet rapide et puissant (70% d'efficacité),
- si les autres traitements sont dangereux,
- si le sujet présente des antécédents de mauvaise réponse aux antidépresseurs et bonne à l'E.C.T..

On compte 50% de succès dans les dépressions résistantes. Il n'y a pas de contre indication absolue ; la femme enceinte (état maniaque, délirant, mélancolique) est une indication, quelque soit le trimestre, avec surveillance monitoring après la 10ème semaine. On trouvera la plus petite intensité efficace, 2 à 3 semaines, 6 à 12 chocs en général. Une équipe est nécessaire : le psychiatre qui engage sa responsabilité sur l'indication et le déroulement, l'anesthésiste surveillant l'anesthésie et le réveil et une infirmière. Un bilan : scanner, ECG et bilan sanguin, est nécessaire.

La technique utilise :

- un anticholénérique : Atropine (car le courant peut induire un syndrome vagal avec ralentissement cardiaque),
- un anesthésique : le méthohéxital,
- un myorelaxant curarisant : Succinylcholine.

L'intensité sera liée selon le seuil comitial, lui-même variant de 1 à 40 et s'élargissant avec la cure. On saura différencier des éléments confusionnels (effets secondaires) d'éléments dépressifs encore présents et nécessitant la poursuite de la cure.

5 - Enfin, Madame le Docteur Marie-France MATEO-CHAMPION, du C.H.I. de TOULON-LA SEYNE, nous a exposé l'intérêt de la *polysomnographie dans les affections psychiatriques*. La diminution de la latence du sommeil paradoxal est un marqueur biologique fiable de la dépression avec sa modification éventuelle sous traitement.

Un mot supplémentaire pour saluer la mémoire du Docteur Yves GARNIER-COURTY, bien connu sur Toulon comme expert judiciaire et psychiatre directeur de la Salvate, présent comme modérateur lors de cette journée et qui vient brutalement de nous quitter.



Monsieur Jean-François BAUDURET, chargé de mission auprès de la Direction de l'Action Sociale, animait pour le CREA une conférence-débat sur le thème « la réactualisation de la loi de 75 dans le cadre de la réforme de la protection sociale ». Après une introduction de Monsieur Roland CANOVA, Président du CREA, sur le secteur médico-social associatif, Monsieur BAUDURET précisait qu'il n'avait pas de mandat de la ministre Martine Aubry pour poursuivre le chantier enclenché sur la loi de 75, dans le contexte actuel de projet de loi portant réforme de l'Assurance Maladie et de projet de lutte contre les exclusions. Il est donc prévisible que la loi de 75 sera réformée à moyen terme mais pas au cours de l'année 98.

Au plan national, le secteur social et médico-social représente 22 000 établissements ou services c'est-à-dire 1,2 million de lits. Le financement se fait par la collectivité publique (80 milliards de francs), l'Assurance Maladie (40 milliards de francs), les collectivités (28 milliards de francs), l'Etat (9 milliards de francs). Monsieur BAUDURET souhaite une évolution des pratiques sociales et médico-sociales vers une diversification des prises en charge afin de dépasser les accueils à temps complet. Globalement en effet, il y aurait un déficit quantitatif et qualitatif de l'offre dans le domaine de l'exclusion, des personnes âgées et des handicapés adultes. La région PACA a les taux d'équipement les plus faibles de France après la région Ile de France. Monsieur BAUDURET, soulignant le contraste d'une offre hospitalière très importante dans ces régions, souhaiterait mettre en place un contrat de plan Etat-Région en PACA comme cela a été fait en Ile de France. Le poids financier de l'hôpital serait en effet de 330 milliards en ce qui concerne l'Assurance Maladie.

On voit donc là le projet clairement énoncer de *redéployer des crédits du secteur sanitaire vers le secteur médico-social*.

Pointant les insuffisances actuelles de la loi de 75, Monsieur BAUDURET proposait *4 orientations nouvelles* :

- Affirmer le droit des bénéficiaires et de leur entourage, avec possibilité de recours à un médiateur en cas de litige ; mise en place de conseils d'établissement faisant participer les familles à la vie de l'établissement.
- Elargir les missions de l'action sociale et médico-sociale et assouplir la nomenclature des établissements : prises en charge avec ou sans hébergement, Samu sociaux, donner une assise légale aux foyers à double tarification (handicapés adultes), promouvoir les aides à domicile pour les handicapés adultes (au même titre que les SESAD pour les enfants).
- Prendre des mesures contribuant à l'amélioration des procédures techniques de pilotage. Ainsi la loi fixerait des schémas à échelle nationale ou départementale tous les 5 ans avec les besoins à satisfaire ; des autorisations seraient données pour une période de 10 ans renouvelable au terme de l'évaluation positive ; des structures innovantes seraient assorties d'autorisation provisoire à 5 ans ; une tarification serait adaptée à la nature de chaque établissement (budget global, enveloppe)...
- Enfin organiser un partenariat entre décideurs et acteurs, définir les principales orientations, établir des procédures contractuelles d'objectifs et de moyens entre établissements et départements.

¹¹ Compte-rendu rédigé par Marie-Pierre LAVERGNE, Praticien Hospitalier, Centre Hospitalier Edouard Toulouse, Psychiatre COTOREP des Bouches du Rhône.

Tout ceci m'inspire plusieurs remarques :

- Une inquiétude sur les redéploiements de budget du secteur sanitaire vers le médico-social. Les dotations hospitalières étant fixées après un arbitrage national, l'Administration Centrale aura un rôle à jouer. Monsieur BAUDURET cite à cet égard l'article 51 de l'ordonnance du 24.04.96 qui laisse la possibilité aux établissements de santé publics et privés de gérer du social et du médico-social et pour cela d'en passer par la réglementation de la loi de 75. Ainsi certains CHS de la région ont opté pour la création de CAT, de MAS avec des personnels médico-sociaux et des moyens techniques hospitaliers.
- Le nouveau projet de loi s'inspire beaucoup de la loi hospitalière de 91. Bien que le terme d'accréditation ne soit pas prononcé pour le secteur médico-social, il est bien prévu des évaluations, des autorisations à durée déterminée, une dépendance de ces autorisations avec les objectifs du schéma...
- Le problème du manque de place pour les enfants en IMPRO était à nouveau abordé ; du fait de l'amendement CRETON, on transforme des structures pour enfants en structures pour adultes.
- Le problème du manque de place en CAT également, malgré 2 000 de CAT nouvelles cette année en France.

Quant aux COTOREP précisons qu'elles sont inefficientes pour traiter du handicap, la loi de 75 ne visant que les handicaps physiques, sensoriels et mentaux. Le nouveau guide barème en cours actuellement dans les COTOREP, très proche de la classification WOOD, publié en 1980 par l'OMS, prend maintenant en compte, outre les plans de la déficience et celui des incapacités, celui du désavantage social. On a essayé de prendre en compte les difficultés que la déficience engendre dans la vie quotidiennes ou professionnelle. D'autre part, les COTOREP sont assaillies de demandes émanant des allocataires RMI, en particulier lorsque ceux-ci ne remplissent pas l'obligation contractuelle d'insertion professionnelle. C'est dans ce cadre, que l'article 35-II de la loi d'orientation du 30.06.75 peut être utilisé, lorsqu'il est patent que les difficultés de la personne entraînent durablement la nécessité d'une assistance financière. Bien sûr ce choix est souvent sous tendu par l'absence d'obligation contractuelle de la part de l'allocataire dans le cas de l'AAH 35II, et par un montant de l'allocation AAH supérieur au montant du RMI.

Malgré le projet initial bien compréhensible d'une différence du taux d'allocation selon qu'une personne est installée dans un statut d'assisté de longue durée (AAH) ou qu'une autre est supposée s'inscrire dans une dynamique d'insertion (RMI), il semble que ces passerelles RMI-AAH seraient utilisées plus raisonnablement si le montant de chacune de ces allocations était comparable.



Le groupe des Pompes Funèbres ROBLOT organise au Palais des Papes une conférence-débat traitant de l'évolution de notre société face aux rituels de la mort, à l'aube du XXI siècle. Une table ronde regroupe Georges ZIEGLER, journaliste ; Michel HANUS, psychiatre et président de la société nationale de thanatologie ; Christian de CACQUERAY, rédacteur en chef du journal d'information du groupe PFG-Roblot ; Mireille PERINEAU, médecin algologue de l'équipe mobile de soins palliatifs de l'Hôpital d'Avignon ; le père GINOUX, aumonier de l'Hôpital d'Avignon ; Jean-François VERAN, infirmier à la Clinique Sainte Catherine d'Avignon ; Anne-Marie BARDOUX, présidente de l'association JALMALV (Jusqu'À La Mort Accompagner La Vie) ; Yves CRUVELLIER, pasteur ; Jean RONDET, délégué régional de la Fédération Française de Crémation. Près de 800 participants sont efficacement encadrés par des professionnels des pompes funèbres.

Dès l'accueil nous sommes en quelque sorte, dans le contexte. L'assistance est composée de professionnels confrontés à la mort, de religieux, de bénévoles intervenant auprès des mourants, et « d'endeuillés » venant chercher des réponses à leur souffrance devant la mort. La salle est très militante dans sa composition, et cette manifestation semble se situer à mi-chemin entre le discours scientifique et le discours religieux. C'est effectivement dans cet entre-deux que se situe le malaise de notre société devant le grand tabou de notre fin du XX ème siècle, qu'est la mort. L'impression qui domine est de l'angoisse face à un grand vide.

Christian de CACQUERAY expose la motivation des Pompes Funèbres ROBLOT pour cette soirée : « *Ce qui est aujourd'hui notre tâche nous dépasse. Nous ressentons le besoin de dialoguer avec ceux qui visualisent à travers nous, la continuité de l'accompagnement. Certaines situations telles que l'absence d'accompagnement rituel de la crémation, sont cause de souffrance réelle. Or nous, professionnels, ne pouvons inventer des rites. Il y a également chez nous, dans les Pompes Funèbres, une souffrance. Certes les soins palliatifs à l'hôpital constituent un grand pas en avant, celui de faire du mourant un acteur de ce qu'il vit ; mais l'acte médical ne se termine t'il pas trop vite? Ensuite l'humanisation de la mort passe par la ritualisation. Nous avons un savoir, mais pourquoi cette hyperprofessionnalisation qui se développe depuis quelques dizaines d'années? Il faudrait que la famille soit davantage présente au lieu de tout déléguer à des professionnels.* »

Après cette introduction, la table ronde se déroule en abordant successivement deux temps : avant la mort et pendant le passage, après la mort.



1 - *Avant la mort et pendant le passage*

Anne-Marie BARDOUX, présidente de JALMALV présente son association apatique et non confessionnelle, constituée de militants qui ont été confrontés aux insuffisances de notre société devant la mort, et de bénévoles qui interviennent en institution pour accompagner le mourant qui jusqu'à son dernier souffle doit être considéré comme un être vivant. Ces bénévoles interviennent sur demande du malade, de la famille, du médecin traitant ou d'un proche.

Mireille PERINEAU, médecin algologue responsable de l'Équipe Mobile de Soins Palliatifs basée à l'Hôpital d'Avignon (équipe pluridisciplinaire de deux médecins, deux infirmières, un psychologue), intervient dès qu'il n'y a plus d'espoir de guérison : « Nous traitons dans un premier temps les problèmes de douleur physique même si elle peut être dans une grande souffrance morale. Il faut bien éduquer la douleur, maîtriser les troubles neurologiques (ce n'est pas de la morphine en particulier). C'est d'ailleurs à ce titre que je suis algologue. L'autre problème physique qui peut être également à traiter, est la difficulté de respirer. Actuellement nous disposons de moyens efficaces pour réduire la souffrance physique. Et c'est par le biais de ce soulagement physique que la confiance est rétablie, et que l'on passe à un second niveau, celui de l'action psychologique ».

Le Professeur Michel HANUS, appuie cette vérité que *les soins palliatifs s'attaquent d'abord à la douleur, et en France nous sommes loin du compte*. Lorsque le patient dit : « Docteur, je veux mourir », cela est à entendre : « Docteur, je souffre, occupez-vous de moi ».

Le pape Pie XII, rappelle le père GINDOUX, aumônier de l'Hôpital d'Avignon, assist à un congrès de médecins en 1956, qu'il faut tout faire pour combattre la douleur. Cette douleur n'est pas à être considérée comme rédemptrice d'une faute commise. L'action de l'enseignement catholique est de combattre le désespoir en apportant une perspective d'avenir. Jésus est venu partager la souffrance du monde et donner un sens à la vie.

Le pasteur protestant, Yves CHUVELLIER, confirme cette espérance. Il insiste sur la fonction de la parole avec le mourant. Et d'ailleurs ce n'est pas seulement avec lui qu'il faut parler de la mort qui ne concerne pas que les malades : *Avant la mort, c'est aujourd'hui* ».

Et cette mort, nous ne la connaissons pas bien, constate Michel HANUS. Il est un peu court de dire, comme le dictionnaire, que la mort est la fin de la vie. La mort, au contraire, est un processus qui accompagne toute la vie.

Jean-François VERAN a 27 ans, et est un jeune infirmier exerçant dans le cadre de soins palliatifs à la clinique Sainte-Catherine à Avignon : « Je me suis très vite posé la question de ce à quoi revaient les soins apportés à l'heure d'infirmier. Être confronté à gérer des soins en fin de vie, est très dur. On soigne des gens pour lesquels l'avenir de la diagnostic est celle de la fin de la vie. Nous nous efforçons en premier lieu d'effacer la douleur, ainsi que d'être présente auprès de la famille. L'essentiel de notre travail porte sur un maximum de qualité de vie. Mais nous sommes nous mêmes obligés de faire notre deuil, de faire attention de ne pas être submergés par nos sentiments. L'intervention de l'équipe mobile avec sa psychologue, ses bénévoles, est indispensable ». Ce que confirme Michel HANUS : *Il est important de travailler en équipe, pour une bonne distance, pour gérer une charge affective importante*.

Mireille PERINEAU rappelle que d'être mobile, au niveau de son équipe, est d'un grand succès. Il est important d'être extérieur. « Il y a tout un domaine à apprendre en particulier chez les équipes soignantes : les peurs devant la mort. Notre société par son deuil de la mort, a une lourde part de responsabilité. Nous devons d'abord rappeler que l'on n'accompagne pas des mourants, mais des vivants. Nous mêmes, prenons le temps de réfléchir, de donner un sens à tout cela, il est notre richesse ».

Le déni de la mort est le grand tabou de notre fin du XXème siècle. Christian de CACQUERAY en dénonce les conséquences par exemple pour les tanatopracteurs chargés de préparer les corps, d'assurer les soins de conservation. Il est bien difficile de conserver un sens à ce travail, lorsqu'il se déroule en coulisse, en l'absence de la famille. « Il faudrait dans l'avenir trouver des voies pour réinvestir ces actes, voies qui sont à trouver hors professionnalisation ».

Le père GINOIX cite un exemple de déni de la mort à l'hôpital : « Annoncer un diagnostic fatal, est une chose insurmontable. On préfère donner des soins mêmes s'ils ne servent plus à rien. On préfère se murer derrière des apparences. Que penser lorsqu'une épouse ne peut pas tenir la tête de son mari à quelques heures de sa mort, parce que celui-ci est derrière une tente pour éviter les microbes ? ».

Michel HANUS pense qu'il est déjà bien tard, lorsque l'on ne parle de la mort qu'au moment de mourir. Le déni social de la mort est bien là. Il faut que les enfants viennent, il faut garder le mort quelques heures dans le lit pour que la famille le voit. Mais cela renvoie à l'avant, sur le déni au niveau de l'entourage, de la société : la mort n'est qu'un accident, un échec du traitement médical.

L'intervention de Jean RONDET, responsable régional de l'association des crématistes, est particulièrement dérangeante : « Nous sommes un rassemblement de crématistes, c'est-à-dire de ceux qui ont fait le choix de la crémation, au cours de leur vie. Avant 1993, nous avions à nous imposer. Mais depuis cette date où la parité entre la crémation et l'inhumation a été enfin reconnue, le combat est devenu un débat. La crémation n'est pas une simple technologie d'assainissement funéraire, elle marque le passage de la matérialité à la spiritualité. Nous sommes confrontés à la question de la trace, à laquelle nous tenons beaucoup. Il doit exister dans le cimetière, un coin réservé aux crématistes, un jardin du souvenir avec une plaque ».

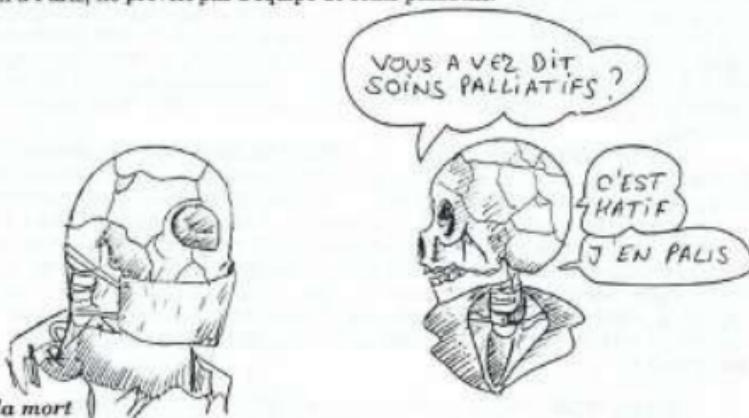
L'association des crématistes fait signer un testament crématiste dont elle est le dépositaire. En cas de refus par la famille d'exécuter la crémation, elle attaque en justice pour que cette volonté du défunt soit respectée.

Jean RONDET poursuit : « Nous devons faire que le futur crématiste sente qu'il y a toute une organisation avec lui, pour l'aider lui et ceux qui restent, pour guider dans les démarches administratives. Nos revendications portent sur la nécessité de pouvoir conserver la trace, sur l'aide psychologique, sur la multiplication des équipes de soins palliatifs qui devraient être obligatoires et aussi sortir de l'hôpital ».

Michel HANUS se déclare satisfait de la position de Jean RONDET concernant la trace, position nouvelle chez les crématistes. Il se souvient d'une remarque qui lui avait été faite : « Actuellement il y a les cendres mais bientôt la science fera des progrès, et il n'y aura plus rien ».

Avant de passer au second thème de la soirée (après la mort), Mireille PERINEAU tient à rappeler le cadre de la naissance de l'antenne mobile de soins palliatifs d'Avignon, *l'association l'Autre Rive*. Elle fut créée en Septembre 1991 à l'initiative d'un groupe de personnes « dont certaines, comme c'est souvent le cas en soins palliatifs, avaient été confrontées à des deuils pénibles. Leur objectif commun était de faire changer tout cela, œuvrer ensemble pour que le phénomène de la mort devienne plus humain, plus accompagné tant dans le domaine médical par le soulagement des souffrances du malade, que dans un champ relationnel interhumain où la souffrance de la famille et des proches puisse être prise en compte. L'association était porteuse d'expériences acquises auprès de modèles Canadiens tels que la Maison Michel Sarrasin à Montréal, ou la Maison Rive-Neuve en Suisse. Le projet initial était ambitieux puisqu'il s'agissait de créer un lieu d'accueil et de soins pour les patients et leur famille répondant aux critères d'une Unité de Soins Palliatifs. L'étude des besoins sur le terrain conduisit rapidement la DDASS à soutenir le projet de création d'une «équipe mobile» au Centre Hospitalier d'Avignon. Onzième équipe en France, modeste en moyens, les conditions de fonctionnement de notre équipe sont définis par une convention établie entre l'Autre Rive et

le Centre Hospitalier d'Avignon⁽¹⁾. Il n'existe que 50 équipes mobiles en France, ce qui est très peu et à contre courant. La preuve en est que le célèbre Hôpital modèle en cours de constitution à Paris, ne prévoit pas d'équipe de soins palliatifs.



2 - Après la mort

Jean-François VERAN introduit le sujet par son expérience d'infirmier : « *Lorsque le mourant est décédé, nous laissons la famille se recueillir, nous retirons tout ce qui est médical (sondes, cathéters, etc..) mais nous n'habillons pas le corps ; nous laissons cela aux pompes funèbres. L'appareillage médical ayant été retiré, l'équipe dit au revoir au corps, essaie de faire ressembler la chambre à autre chose qu'une chambre d'hôpital. Nous faisons ensuite rentrer la famille et échangeons des poignées de main. Le corps demeure deux heures dans la chambre, et nous nous arrêtons là.* »

Christian de CACQUERAY évoque le contexte particulièrement dramatique, par rapport à celui déjà difficile des morts attendues, des morts accidentelles. Malgré une atteinte souvent horrible de l'intégrité des corps, brutale, c'est dans ces circonstances que le besoin de revoir le défunt s'exprime avec le plus de vérité. Le rôle des professionnels est d'humaniser ces circonstances. Il faut un peu, une maison funéraire ou autre chose. Le risque sinon, est le deuil qui ne se fait pas.

Michel HANUS insiste sur l'intérêt pour la famille d'être en contact avec le corps du défunt. Il cite l'exemple d'une mère qui n'aurait jamais cru que son fils était mort, si elle ne l'avait pas vu. Il ajoute que contrairement à certaines réticences, il faut que les enfants soient concernés par la mort : « *N'écartons pas nos enfants, de la maladie et de la mort. Il est évident que les enfants doivent aller au cimetière.* »

Le père GINOIX observe que dans les morts attendues, également, cette proximité avec la mort est nécessaire : « *70% des Français meurent à l'hôpital. Cela crée des problèmes car la mort doit y être cachée. Lorsqu'on appelle le prêtre, le patient est déjà décédé. L'hôpital n'a même pas pris la peine, en général, de prendre en charge la famille. Quant au mort, on le met derrière un paravent et les autres malades, eux, comprennent ce qui se passe. Mais rien n'est dit, on se contentera de faire ce commentaire : « il est parti ». On est dans le non dit. On présente à la famille qui est arrivée trop tard, le corps dans un tiroir du dépotoir : la loi est la loi.* »

⁽¹⁾ Pour une réflexion éthique : une expérience originale. Actes des 4 èmes journées nationales des Équipes Mobiles de Soins Palliatifs - Avignon, juin 1997 - Équipe Mobile de Soins Palliatifs au CHA : Docteur Mireille Périneau : Tel 04.90.80.31.79

Le prêtre ou le pasteur interviennent donc le plus souvent à ce moment. Christian de CACQUERAY observe que pour 10% de pratiquants, il y a 80% d'obsèques catholiques, ce qui est significatif d'une attente. Pour le pasteur CRUVELLIER, si l'on fait appel au fonctionnaire du culte, c'est d'abord parce qu'il n'est pas socialement et culturellement admissible que l'on enterre les gens comme des chiens. Christian de CACQUERAY cite alors une anecdote, à savoir le commentaire écrit d'une famille : « *le service des pompes funèbres était très bien, en revanche, le personnel religieux désastreux* ».

Pour 80% des défunt, selon le père GINOUX, les obsèques se déroulent au sein de l'église catholique. Cela correspond à un lieu d'appartenance. Le prêtre rappelle la mort et la résurrection du Christ. Tous les rites des funérailles catholiques reprennent ceux de la célébration du baptême : l'eau et la lumière. L'accompagnement dans le cadre des obsèques n'est pas un sacrement, c'est pourquoi l'Eglise accueille toute personne qui le demande. Cette célébration permet de trouver une paix : on remercie pour ce qu'a été la vie du défunt, on le présente aux participants, à Dieu : on ne part pas seul. Ces rites rappellent donc l'expérience chrétienne, le lien d'appartenance, et font vivre une expérience, celle de se trouver en communion. Il arrive de temps en temps, de rencontrer une grande foi.

Mireille PERINEAU attire l'attention sur le fait que cet après la mort peut ne pas partir de l'hôpital. Médicalement il est actuellement possible de permettre de *mourir chez soi*, à domicile. C'est possible et c'est souhaitable. Il pourrait y avoir là une nouvelle tendance qui est à encourager.

Le débat est à présent orienté vers les données de l'après, *en cas de crémation*. Le père GINOUX précise que cette pratique est née en France dans la clandestinité au XVIII^e siècle, dans le cadre d'un courant de libre pensée et antichrétien, par opposition contre la foi en la résurrection des morts. Depuis 1964 l'Eglise Catholique a levé l'interdiction (dans la mesure où il ne s'agit pas de nier la foi, mais il n'y aurait pas alors d'appel à la religion). La même célébration religieuse est possible avant la crémation, et non en présence de l'urne car alors le corps n'est plus là et n'est pas différent d'une photographie. Evidemment l'Eglise conserve une préférence pour l'inhumation à cause du Christ au tombeau. Par contre la crémation sans rites est brutale, source pour l'entourage d'une situation très difficile. Il n'y a plus de lieu pour se recueillir, et il n'y a pas besoin de rappeler les dérives de l'usage de l'urne, parfois...

Il faut parfois... se gendrer pour faire respecter le testament crématiste par la famille, et recourir au tribunal d'instance, ajoute Jean RONDET. Quant à la naissance du mouvement crématiste, effectivement au sein de certaines écoles philosophiques, elle n'a pas empêché avant Vatican II, la crémation du Révérend Père Riquet. Enfin, au sujet de la trace, il y a effectivement deux courants au sein des crématistes, ceux qui la souhaitent, et ceux qui la refusent dans leur testament.

Christian de CACQUERAY revient sur l'aspect traumatisant pour les familles, dans la crémation, lorsqu'elles attendent passivement au crématorium et qu'il ne se passe rien. Les pompes funèbres ROBLOT ont fait un travail sur la crémation : « *Nous pouvons offrir 9 types de cérémonie, dont une catholique* ». Michel HANUS observe d'ailleurs que la ritualisation n'est pas nécessaire avant la crémation qui peut demeurer un temps technique. La loi prévoit qu'on peut remettre l'urne à la famille qui peut en disposer à sa guise, en répandre le contenu où elle le désire sauf sur la voie publique. Ce temps de la crémation est insupportable lorsqu'il n'y a pas un mot alors que l'on pousse le corps vers le lieu de sa combustion. Quelque chose doit être mis en place ensuite, au cimetière par exemple. Le temps du deuil est très important et dire à propos des crématistes « chacun fait comme il veut », est peut-être ignorer que l'on peut faire « aussi comme la famille le veut ». Il faudrait en tenir compte au niveau des rituels.

Anne-Marie BARDOU conclut le débat sur l'action des bénévoles de JALMALV, qui ne se substituent pas aux familles auprès du mourant mais facilitent la rencontre. Ainsi un fils a pu venir auprès de sa mère dans le coma malgré l'avis négatif de l'hôpital : « Je pense qu'elle vous entend, et de toute façon c'est important pour vous de dire que vous l'aimez », l'encourage la bénévole. Au delà de cet instant, après la mort, JALMALV propose un soutien des personnes endeuillées : soins individuels ou soins en groupe (groupes de partage ouverts, à Avignon, tous les deuxièmes mardis du mois). Un travail dans les écoles est également fait auprès du personnel médico-social scolaire confronté aux enfants endeuillés.

3 - *Les questions*



Les personnels des pompes funèbres « passent dans les travées » pour recueillir les questions écrites transmises aux conférenciers. Parmi ces questions, citons l'éducation civique à l'école qui devrait prendre en compte la mort ; le risque de pollution de la nature par les fumées émanant du crématorium (elles ne montent pas vers le domaine divin comme à Bénarès, et la cendre est une « matière inerte » selon Jean RONDET) ; le délai nécessaire pour le deuil ; qu'est-ce qu'un bénévole ?

Sur ce dernier sujet JALMALV précise que ses bénévoles ont reçu une formation d'un an, en particulier un travail sur soi pour voir où l'on en est par rapport à sa propre mort. Mireille PERINEAU évoque le rôle de JALMALV qui s'est mobilisée, a interpellé la DDASS pour favoriser la création de l'équipe mobile. Elle insiste sur son souci de ne pas mettre en danger les bénévoles, grâce à la coopération avec une équipe de soins. Mireille PERINEAU est aussi engagée dans l'ADSPA (Association pour le Développement des Soins Palliatifs et l'Accompagnement), qui est un vaste mouvement en France... Elle a enfin obtenu de l'Hôpital d'Avignon, un local pour que les familles puissent pleurer.

D'autres questions portent sur l'évolution de la législation, en particulier les pompes funèbres évoquent la libéralisation de leur profession par la loi de 1993 qui a mis fin au monopole, en insistant sur la nécessité de renforcer le contrôle public ; sur la définition du deuil : accepter de souffrir et d'en prendre le temps.

C'est alors que tel Alcibiade dans le banquet de Platon, survient du fond de la salle une voix forte : « Vous ne répondez pas aux questions posées. Vous avez volontairement oublié d'amener un membre de l'association « Le Droit de mourir dans la dignité ». Or c'est grâce à notre association que nous avons eu des progrès dans le traitement de la douleur et l'arrêt de l'acharnement thérapeutique. Je peux en témoigner, moi qui ai été durant 35 ans médecin à l'Hôpital d'Avignon. Or vous n'avez pas répondu à ma question qui portait sur la proposition de loi de 1987 sur l'euthanasie volontaire ».

Cette question n'étant pas à l'ordre du jour et le temps de la conférence - débat écoulé, l'électricité du micro est coupée.



Aix-en-Provence, 30 octobre 1997 : Journée scientifique, aux Parons, sur l'autisme et les psychoses précoces¹³⁾

Le président de cette journée était le Professeur RUFO (CH Ste Marguerite) et le modérateur : Docteur ROUSSELOT (CH Montperrin). La salle accueillait environ 200 personnes et était composée de médecins, éducateurs, infirmiers, psychologues, représentants de laboratoires. Après un accueil et une allocution d'ouverture faite par le Docteur MARTIN (administrateur de l'Association Les Parons), le Professeur RUFO a ouvert cette matinée en introduisant le débat sur « approches, évaluations et perspectives » de l'autisme et les psychoses précoces. Il a évoqué également un cas clinique, avec toute la complexité de la relation à un jeune autiste. Etonnement, émotion lorsqu'un garçon de 17 ans découvre l'accès au langage. Et alors de nouvelles perspectives sont envisagées.

¹³⁾ Compte rendu rédigé par Simone MERELLO, Cadre Infirmier (CATIP Ciao), Service du Docteur Bagayogo, Centre Hospitalier de Montperrin, 13617 Aix en Provence, Cedex 1, Tél 04.42.16.16.75

Madame le Professeur BARTHELEMY (CH de Tours), a abordé la pathologie du développement neurophysiologique de l'autisme. L'enfant autiste semble ne pas voir, ne pas entendre, n'a pas les aptitudes à reconnaître sa mère. Il a des comportements répétitifs et stéréotypés et une altération qualitative des interactions sociales et de la communication. Afin de mieux appréhender et évaluer cette pathologie là, plusieurs hypothèses sont analysées : les troubles du comportement, l'altération des fonctions neurophysiologiques de bases, les facteurs biologiques, les facteurs génétiques.

Dans son service, Madame BARTHELEMY et son équipe travaille sur trois axes : la clinique, la neurophysiologie (attention, perception, intention tonus, motricité, imitation, émotion, communication...), la biologie moléculaire (observation, bilan clinique : explorations cérébrales, dosages biochimiques, ex génétique et bio-moléculaires). Elle évoque le travail de son équipe avec deux jumeaux autistes : malgré une analyse de l'échelle des 2 enfants quasiment superposables, le profil de l'évaluation cognitivo-sociale est différent et les réactions différentes au langage. Chaque cas clinique relève d'une approche très personnalisée dans son contexte familial et social.

Madame ASSAYANTE (CNRS) a traité le thème : « *Développement moteur et autisme* ». A partir de l'étude de l'équilibre et du développement chez l'enfant normal, une étude est faite sur l'autisme, qui touche un dysfonctionnement du système nerveux.

- *Le bébé est un être moteur* .

On remarque que le but du mouvement chez l'enfant autiste est vide de son sens et de fait modifie le mouvement. Celui-ci sert aussi à tisser des liens à travers les mimiques et les postures globales.

Madame TARDIF (CNRS) a traité de « *l'évaluation psychologique dans l'autisme* ». L'évaluation est une démarche essentielle, indispensable et nécessaire à plusieurs niveaux d'intervention qui reposent sur plusieurs points . Une échelle de diagnostic (relations sociales, réponses émotionnelles, utilisation du corps, des objets, communication verbale et non verbale), sera le premier temps. Le diagnostic posé (avec la collaboration des parents), survient le temps d'une évaluation psychologique et de dresser un profil psycho-éducatif. L'évaluation psychométrique permet de connaître le développement de l'enfant ; s'y ajoutent l'échelle de déviance (baisse des performances cognitives, baisse du développement social), et l'échelle de maturation sociale (autonomie, socialisation, communication).

Madame TARDIF a également abordé les approches psycho-éducatives et socio-cognitives. Elle a traité de la théorie de l'esprit : capacité à savoir ce que l'autre pense, « comprendre une personne, c'est aussi donner un sens à ses conduites » ; la théorie des émotions : déficit social à la base qui empêche de faire les apprentissages par la suite (difficulté à reconnaître les émotions, à comprendre le vocabulaire à connotation émotionnelle)

A quoi sert l'évaluation? A repérer les progrès, à élaborer un projet, à construire un avenir.

Le Professeur SOULAYROL (C.H. Ste Marguerite) a traité *l'approche psychopathologique de l'enfant psychotique et l'épilepsie*. Il existe des certitudes cliniques et statistiques : on peut voir chez des enfants autistes, l'apparition d'une crise d'épilepsie ou chez les enfants épileptiques un moment autistique. D'autre part on note une relation temporelle entre l'épilepsie et l'autisme : l'autisme évolue sur un mode lent et continu, l'épilepsie évolue d'une manière paroxystique. Il peut également y avoir une évolution concomitante, intriquée entre autisme et épilepsie chez les encéphalopathes.

Il peut aussi y avoir des évolutions successives. Chez de jeunes enfants (6 à 10 mois), l'épilepsie bloque le développement psychomoteur. Après un traitement l'épilepsie guérit mais l'autisme perdure. Chez certains enfants, l'autisme est le premier signe, émaillé de quelques crises. Il demeure le syndrome autistique.

Des explications psychopathologiques peuvent être envisagées. Qu'est-ce qui est commun dans l'évolution d'un enfant épileptique et autiste ? « L'épilepsie est un bruit qui vient brouiller l'auto-organisation cognitive. L'épilepsie entretient la psychose, gène le devenir de la pensée ». On a pu noter une similitude dans l'histoire de ces enfants. Ils abordent certains thèmes communs (mort, double, rupture, chute, anéantissement).

Après la pause du repas, reprises des débats

Mr VERNAZZA, psychopédagogue, a développé trois cas de figure autour de l'*approche pédagogique*.

- 1) L'enfant ne dispose pas de langage. Il ne semble pas percevoir ce qui se passe autour de lui. L'approche pédagogique est impossible à ce moment là.
- 2) L'enfant, même pour un bref moment accepte une approche corporelle, assimile certains éléments, s'acquiert de certaines consignes même à sa manière. Cet enfant peut bénéficier d'une prise en charge spécifique et structurée et peut-être devenir écolier.
- 3) L'enfant qui dispose du langage, qui peut avoir une communication plus durable, et une attention même momentanée. Alors, on peut lui proposer un enseignement de base, en tenant compte de sa tolérance aux autres, et peut-être accéder à une classe bis ordinaire.

Le bilan psychopédagogique permet de suivre l'évolution psychologique et cognitive de l'enfant.

Le Docteur GEPNER (CH Montperrin), a traité de l'*évaluation d'une méthode*, celle qui consiste à permettre à une personne déficiente sur le plan verbal à l'aide d'une méthode « la communication facilitée », de favoriser ce langage verbal, d'une manière initiatrice, du style empathique. Les séances se déroulent chez un orthophoniste ou à domicile avec la présence « d'un facilitateur ». Une étude et une évaluation de cette méthode sont en cours en analysant les résultats quantitatifs et qualitatifs.

Madame le Docteur FINON (CH Montperrin), a traité de « l'accès à la pensée chez l'enfant autiste ». Elle a parlé de son expérience institutionnelle dans les hôpitaux d'Aix et Marseille. Expérience avec les enfants autistes, collaboration avec les familles, travail avec les équipes. Elle a également évoqué deux cas cliniques établissant ses axes de travail. Lorsqu'il y a difficulté d'une relation précoce, la carapace de l'autisme le protège. Il est proposé à cet enfant des séances régulières dans un cadre, en collaboration avec les familles. Une reconstruction imaginaire de l'histoire de l'enfant sera mis en jeu avec des hypothèses du début de la vie psychique.

L'origine du processus autistique est trouvée dans l'altération des relations avec l'environnement, des défenses invalidantes, la perte de l'unité mentale, la peur d'être détruit, annihilé. Le jeu est un outil de travail et permet la distance.

Le Docteur OLIVIER (CH La Grave, Toulouse), a présenté deux facettes des pratiques toulousaines :

1) *Présentation de l'unité de diagnostic et d'évaluation de l'Hôpital La Grave*. Cette unité a pour objet de poser ou confirmer un diagnostic, d'effectuer un bilan diagnostique ou étiologique (ex clinique traditionnel, bilan médical et para-médical, ex. physique général). Elle propose quatre jours d'hospitalisation en présence des parents où sera fait une évaluation du niveau du développement de l'enfant. Ensuite une synthèse sera faite avec la famille et l'équipe ainsi qu'une élaboration des stratégies éducatives : définir prioritairement les points à travailler pour l'enfant et pour sa famille, définir les compétences de l'enfant.

2) *En 1990, dans une école primaire, la première classe intégrée est ouverte à Toulouse*, avec la création d'un poste d'institutrice spécialisée et un éducateur.

L'aménagement du cadre comporte des repères clairs et précis, une structuration du temps et de l'espace.

La projection d'un film a illustré cette expérience en traitant : accueil, pédagogie et intégration de trois enfants à l'école maternelle dans une école ordinaire. Ces enfants partagent du temps avec les autres classes à la cantine et dans des espaces de jeux. Il est respecté une alternance de temps de repos et de travail en fonction du rythme de chaque enfant. La prise en charge pédagogique est individualisée et personnalisée. Le lien avec la famille est très étroit : un cahier de liaison journalier permet de connaître le comportement de l'enfant dans les deux lieux.

Le Docteur CAO (CH Edouard Toulouse), nous a convié à des *approches ethnopsychiatiques*, à propos d'autistes reçus et/ou suivis en CMP, ceux-ci issus de familles migrantes. Il y aurait plus d'enfants autistes chez les familles migrantes. Une étude épidémiologique devrait venir étayer cette hypothèse. On note donc une dimension psychopathologique des troubles plus la dimension culturelle (les troubles sont d'emblée plus sévères et leur évolution est rapidement évolutive). Quelques définitions ont permis de mieux appréhender ces approches. Tout d'abord qu'est-ce que la culture? C'est un ensemble de règles, des cadres qui régissent la vie du sujet. Qu'est-ce que la langue maternelle? C'est un système d'échange généralisé qui nous permet de communiquer. Cela signifie aussi l'appartenance ou la non appartenance à un groupe. C'est également un sujet parlant avec sa culture et ses origines : ce sujet a des liens de parenté, d'affiliation, d'alliance.

L'enfant migrant autiste présente des symptômes différents des autres enfants autistes. Lorsqu'on les connaît, qu'est ce qu'on en fait? Il est nécessaire d'aménager un cadre thérapeutique en fonction de plusieurs paramètres (langue, affiliation, représentation mentale). Il est d'abord offert un système de soins classique puis proposé un travail groupal, dans son fonctionnement traditionnel. Dans ce cadre là, le symptôme d'une personne concernée est prise en charge par le groupe. Il est proposé au groupe de s'exprimer en français ou dans leur langue. Il est important de repérer les différents passages. Ce travail se fait en équipe, donc en groupe. Le psychiatre est formé aux concepts à l'anthropologie et à la psychanalyse.

Qu'est-ce que la migration? C'est la perte d'un cadre culturel plus ou moins bien géré par les adultes et qui réapparaît à la naissance d'un enfant. Les enfants sont donc plus vulnérables, ils ont à se construire dans un entre-deux.



Montfavet, octobre 1997 :
L'effacement progressif du secteur

Le numéro 9 d'« Information Personnel », journal du Centre Hospitalier de Montfavet, consacre son éditorial signé de Gérard MOSNIER, Directeur de l'Etablissement, à l'« intersectorialité nécessaire ». Celui-ci fait le constat que la « sectorisation, qui a été un élément moteur pendant trente ans, créant une dynamique des soins psychiatriques, s'avère aujourd'hui un *cadre sclérosant* à dépasser pour permettre une adaptation de l'hôpital aux besoins de la population et un développement de la qualité des soins ».

Ce recentrage en cours a déjà connu une première concrétisation avec la généralisation des antennes psychiatriques dans les services d'urgence des hôpitaux généraux, et ce mouvement se développe avec la création d'unités spécialisées par pathologies ou groupes de population : alcooliques, toxicomanes, psychotiques déficitaires, développement du médico-social. Tout cela doit se faire dans un cadre intersectoriel.

« L'effacement progressif de la notion géographique de secteur est un élément important et décisif dans l'évolution des soins en santé mentale au cours des prochaines années », conclut l'auteur de cet éditorial. Lorsque l'on connaît les importantes responsabilités du Directeur du Centre Hospitalier de Montfavet tant au plan régional que national, il y a tout lieu de penser que cette analyse reflète une opinion significative au sein de l'administration chargée de la gestion des soins en psychiatrie publique dans notre pays.

Mairie d'Avignon le 6 novembre 1997 :
Les vingt ans du Moulin de l'Auro

Cette manifestation a pour thème « Quelle éthique pour quelle guérison ? ». Elle a essentiellement pour but, à l'occasion du vingtième anniversaire du Moulin de l'Auro, de présenter les réflexions et interrogations de cette institution affiliée à la Communauté de l'Arche, fédération de communautés à travers le monde (20 communautés en France). La Communauté de l'Arche fut fondée par un laïc animé d'une foi profonde, Jean Vanier, qui avait décidé de vivre en communauté avec des personnes handicapées, et était encouragé, aidé, par un prêtre dominicain.

La Communauté de l'Arche est donc principalement d'inspiration catholique. En 1977, elle fonde à Gordes, le Moulin de l'Auro. A présent, ce moulin est devenu un lieu de rencontres, séminaires, de mémoire. La plupart des 15 places proposées au foyer, sont à l'Isle sur la Sorgue¹⁰. Les activités, en particulier la fabrique d'hosties, se déroulent à Pernes les Fontaines. Cette institution prend en charge au total, 30 handicapés déficients intellectuels avec pour la plupart, des troubles psychiatriques associés. Le Moulin de l'Auro, avec ses 3 lieux, est un CAT qui expose ainsi son projet : « La vie partagée avec des personnes handicapées nous fait découvrir leurs aspirations et leurs blessures : aspirations à une vraie place, blessures du rejet. Le CAT est le lieu où chacun peut donner en fonction de ses possibilités. Les « assistants » en travaillant avec les personnes, ont le souci de transmettre connaissance et savoir-faire. Toutes les personnes handicapées sont salariées du CAT. »

¹⁰ Moulin de l'Auro, foyer et CAT, chemin de la Muscadelle, 84800 Isle sur la Sorgue. Tél 04.90.20.61.51.

Divers entreprises et clients nous sollicitent et passent des contrats. Le travail ainsi fourni est rémuné au prix du marché. En établissant cette passerelle commerciale le CAT établit un pont entre le monde de l'entreprise et le monde du handicap. Au travail notre vocation est d'accueillir, d'entreprendre et d'insérer.

La manifestation scientifique du 6 Novembre a rassemblé à la Mairie d'Avignon un député, le président de Bayard Presse, une psychanalyste, un responsable d'Unité de Soins Palliatifs à Paris (Villejuif), le rédacteur en chef de la revue Panorama, un philosophe et le fondateur de l'Arche, Jean Vanier. La réflexion a porté sur l'articulation entre une éthique militante basée sur certaines valeurs, et la responsabilisation, l'autonomisation. Pour Jean Vanier, le fait d'être intégré dans une communauté aide à une évolution favorable et fait partie du projet thérapeutique de l'Arche : « *la guérison à travers l'appartenance* ».



Aix-en-Provence, le 14 novembre 1997⁽¹⁾ : Inauguration en alcoologie

L'inauguration des nouveaux locaux du service d'alcoologie, situés rue Louis Coirard, à côté de l'hôpital Montperrin (Tél : 04.42.16.16.24), a réuni plus de 300 intervenants médico-sociaux et associatifs, soit autour du « bar », soit lors de groupes de travail improvisés tout au long de la journée.

1^{er} Issue des impératifs de la loi du 15 avril 1954, « la Section de Cure et de Rééducation des Alcooliques des Bouches-du-Rhône » a ouvert ses portes aux patients le 2 janvier 1964, offrant à la place de la « Répression de l'ivrognerie », le début d'une approche thérapeutique. Certes, ce n'était pas la prison mais un site hospitalier qui était choisi pour que soient « gardés » pendant six mois, afin d'en protéger la Société, les sujets désignés « Alcooliques Dangereux ». L'équipe soignante mise en place à cette époque, héritière d'autres gardiennages issus de la loi de 1838, était aussi héritière d'un savoir-faire thérapeutique et s'est immédiatement mise au travail avec les moyens du moment.

⁽¹⁾ Compte rendu rédigé par Thierry Lavergne

En 1965, la « cure » se déroule sur trois mois, les premières sorties thérapeutiques sont autorisées après quarante-cinq jours d'hospitalisation. Au fil des années, l'aide médicale au sevrage s'améliore et avec l'hydratation et la vitaminothérapie, les ravages du délirium trémens, autrefois mortel, sont progressivement jugulés. Parallèlement les techniques de déconditionnement, encore appelées « cure de dégoût », à l'Apomorphine ou à l'Espéral, après avoir connu leurs heures de gloire, mais aussi laissé quelque amertume, finissent par être abandonnées.

Le recrutement des infirmiers impliquait à l'ouverture du Centre, l'obligation d'une compétence artisanale pour soutenir une ergothérapie revalorisante et à visée de « réinsertion sociale et professionnelle ». C'est très progressivement que l'effort thérapeutique s'est porté sur les groupes d'information et les groupes de réflexion sur la maladie alcoolique, approche qui sera ensuite privilégiée. *En 1971, les ateliers professionnels (menuiserie, ferronnerie, peinture...) ferment.*

En août 1977, la section de cure devient « Intersecteur d'Alcoologie des Bouches-du-Rhône ».

En 1978, les cures de dégoût sont abandonnées.

Aujourd'hui, l'Intersecteur d'Alcoologie accueille tout sujet désirant régler son « problème d'alcool » et ainsi accéder à plus de « liberté ».

2°) Le service se compose de :

- 3 Praticiens Hospitaliers Psychiatres (Dr T. FEUGERE, Dr J. MORENON, Dr J. ROYER) dont un est Chef de Service : Madame le Dr T. FEUGERE.

L'effectif sera complété à l'ouverture de la structure de jour.

- 1 Médecin Assistant Généraliste
 - 1 Interne en médecine générale
 - 1 Psychologue
 - 1 Assistante Sociale
 - 2 Sécrétaires
 - 1 Cadre Infirmier Supérieur
 - 2 Cadres infirmiers
- | |
|-----------------------------------|
| - 16 Temps infirmiers de jour |
| - 5 Temps infirmiers de nuit |
| - 2 Agents de Service Hospitalier |
| - 1 Esthéticienne |
| - 1Animateur d'Art |
| - 3 Agents CES |

L'effectif sera complété à l'ouverture de la structure de jour.

- *En 1996, la file active était de 619 personnes. Parmi les 268 nouveaux consultants, il y avait : 194 hommes et 74 femmes.*

Le nombre de journées d'hospitalisation était de : 10 940.

- *Le nombre de places dans la nouvelle structure est de :*

- 34 lits en Temps Plein Hospitalier
- 8 places en Hôpital de Jour.

- 3°) Les soins proposés sont organisés à partir d'un rendez-vous préalable de consultation médicale au cours de laquelle le point est fait sur l'alcoolo-dépendance du sujet (mode d'hospitalisation, suivi ambulatoire...). Parallèlement, la famille ou les accompagnants sont reçus et bénéficient d'explications sur le fonctionnement et les options du service.**

- a - L'hospitalisation comporte deux temps : Le sevrage physique qui s'effectue aisément sous perfusions, pendant sept jours, puis l'accompagnement alcoologique qui s'organise en travail de groupe et travail individuel.**

- * Le travail de groupe :**

Réunion Accueil : présentation du service et du déroulement du séjour.

Groupes de parole : réflexion, échanges sur le ressenti, informations sur la maladie alcoolique.

Techniques corporelles : destinées à l'acquisition d'un mieux-être sans recours au « produit ».

- *La Relaxation* : les techniques de Schultz, la Sophrologie et le Training ont pour objectif la gestion des émotions et le développement personnel.

- *La Gymnastique Volontaire* est une série d'activités physiques où le patient peut retrouver, développer la conscience et la maîtrise de son corps et de ses émotions. Le but est de restaurer et favoriser le réinvestissement corporel (notion de plaisir, de progrès et de mouvement), de conforter le patient dans son choix d'abstinence.

- *Le Tir à l'Arc* : travail autour des aspects d'équilibre, d'adresse, de concentration, respiration et force musculaire, sous le regard des autres.

Réunions institutionnelles : partage et explications sur les règles de la vie communautaire.

Mouvements d'Anciens Buveurs : information et connaissance par le biais de réunions et permanences : Alcooliques Anonymes, Vie-Libre, Santé de la Famille, travaillent en partenariat direct avec nous.

Ciné-Club : projection de films grand public sur les thèmes des addictions, suivie d'un débat.



Parallèlement est pris en compte l'entourage de la personne hospitalisée, avec :

Réunions de familles : information et réflexion sur la maladie alcoolique, écoute et accompagnement.

Réunions pour les enfants des patients : sans aucune prétention psychothérapeutique, les enfants trouvent une place et un lieu pour venir dire leur incompréhension et recueillir des explications.

* *Le travail individuel :*

- L'entretien d'entrée : effectué par les infirmiers, permet de connaître l'histoire du patient et la place prise par l'alcool dans sa vie.
- Les évaluations à la fin du sevrage, lors des bilans du premier et deuxième mois d'hospitalisation, les bilans d'activité ainsi que le bilan de sortie abordant les projets, permettent d'apprécier l'évolution du parcours du patient.
- Les entretiens individuels avec les Médecins, les Infirmiers, la Psychologue et l'Assistante Sociale apportent aide et soutien pendant toute la durée du séjour.

b - *Après l'hospitalisation*, les patients peuvent revenir dans le service lorsqu'ils en ressentent le besoin. Un entretien ponctuel avec un membre de l'équipe peut parfois désamorcer une situation difficile, voire une envie de boire de l'alcool. Par ailleurs, sont proposées de façon formalisée :

- Une réunion-échanges hebdomadaire : partage de l'expérience de l'abstinence ou de ses difficultés, lieu d'échanges sur la qualité de vie hors alcool.
- Des consultations de post-cure pour soutenir l'abstinence et prévoir, s'il y a lieu, des readmissions en cas de difficultés.

Cette journée inaugurale a donc été l'occasion pour cette équipe de réaffirmer ses options thérapeutiques, de s'inscrire dans une dynamique de projet et de réactiver le réseau de partenariat déjà existant.

Marseille, les 20 et 21 novembre 1997 :
Congrès Anniversaire de « Vivre sans violence » et « Stops »¹²³

Pour fêter ses dix années d'existence, l'association « Vivre sans Violence » a organisé les 20 et 21 novembre à Marseille au parc Chanot un congrès sur le thème « *Le coût du coup* », au « *carrefour de la clinique, du social et des organisations* ».

Jean-Michel BOQUE, psychosociologue (Bouches du Rhône) évoqua les « *Conflits, Violence et logique du Pouvoir plurielles qui traversent les organisations sociales départementales* ». Pour lui, l'organisation de cette institution, superposable par bien des aspects à celui de la plupart de ces institutions du champ sanitaro-social laisse apparaître trois niveaux et trois logiques contradictoires :

- Le niveau de la « base », des travailleurs sociaux, placés dans une logique de recherche d'autonomie face à l'urgence. Cette base est globalement décentralisée dans ses rapports au public usager avec lequel elle est en « prise directe », immédiate.
- Le niveau administratif des Services Centraux immergé dans une logique économique évaluative et de standardisation quantitative. Segmenté et centralisé à la fois, son objectif est de construire en conformité à la loi (et à l'évolution parfois imprévisible et chaotique de celle-ci en fonction du politique) des « dispositifs ». Pour ce niveau, l'usager reste une entité abstraite. De la standardisation quantitative à la standardisation qualitative, hors champ de compétence il n'y a parfois que peu ! C'est à ce niveau que sont placés les « fusibles » opérant en cas de conflit de niveau logique.
- Le niveau « politique » (des élus, les décideurs) s'affirme dans une logique de direction politique. Il est apte à peser sur la loi, à déterminer les objectifs politiques.

¹²³ Compte rendu rédigé par Didier BOURGEOIS

Ces trois niveaux sont articulés de façon pyramidale, ils ont chacun des logiques internes cohérentes mais peu partageables avec les autres niveaux et se caractérisent par leur opacité fonctionnelle et leur opacité d'objectif. Ceci est de nature à favoriser l'émergence violente de conflits dont la symptomatologie institutionnelle reste classique :

- violence interne traduite par l'absentéisme des professionnels, les conflits chroniques plus ou moins médiatisés par les syndicats.
- violence externe « sur les usagers », qui se traduit par une manque de disponibilité des « travailleurs sociaux ».
- La question du temps est un symptôme intéressant : le temps de réponse n'est pas le même à l'échelle de l'usager (tout de suite), du travailleur social et de l'administratif pour qui une réponse sous trois semaines est une réponse rapide.

L'usager doit se frayer un chemin à travers les cadres plus ou moins compatibles de ces trois logiques.

Reynald BRIZAIS, Maître de conférences à Nantes, dans une perspective sociohistorique a évoqué les « *Enjeux politiques de la violence intrafamiliale* ». L'approche éducative et thérapeutique de la famille reste basée sur un modèle familial « défensif » daté, sans toujours pouvoir tenir compte du fait que la famille traditionnelle (idéalisée) a été lieu de violence et que famille et violence ont de tout temps été consubstantiels. Il serait donc pertinent d'utiliser le mouvement et de faire un état des lieux dynamique des instances qui se constituent jour après jour pour former un substitut familial voire une constellation néofamiliale : de la généreuse cantinière du collège au rôle de directeur de conscience, de parent, frère ou amant virtuel tenu par des acteurs de cinéma, des chanteurs de charme ou des boys band. Le rôle éducatif du père est transformé par la scolarité obligatoire puis la télévision. Le rôle socialisant est tenu par d'autres instances (la bande) et la diversité des modèles culturels nous fait faire à tout moment de l'ethnopsychiatrie.

Ce qui fait le lit de la violence, c'est la dépendance et les institutions substitutives qui guident (guidance infantile), suivent (suivi psychologique), étayent, soutiennent, accompagnent la famille et lui laissent peu de place pour s'autonomiser.

Michel GOUIRAN et Jourdain TEPPA, psychiatres à Marseille, après avoir pris la précaution de se présenter comme des non-spécialistes de la violence et de la formation nous ont logiquement parlé de violence, de formation, de résistance au changement. Leur exposé fruité et riche en tanins mais inracontable, comme le traditionnel armagnac qui arme et libère leurs « brain storming » aura le mérite de flatter longtemps nos circonvolutions fronto-temporales.



Organisée par Marie-France FRUTOSO, Praticien Hospitalier au Centre Hospitalier de Montfavet, cette journée d'anthropologie médicale, s'inscrit dans le cadre des enseignements du Diplôme d'Université d'anthropologie qu'elle anime à la faculté d'Avignon.

La matinée est consacrée à une conférence de Sylvie FAIZANG, anthropologue chargée de recherches à l'INSERM, qui a pour thème : *« Représentations et pratiques relatives à la maladie dans divers univers culturels »*. Cette intervention vise à montrer l'incidence du contexte social et culturel dans lequel vivent les individus, sur la manière dont ils gèrent, intellectuellement et pratiquement, la maladie.

Sylvie FAIZANG précise tout d'abord la position de l'anthropologue dans une telle étude : *« Il n'est pas un médecin, et s'il l'est, c'est plutôt un moins car il lui faut être suffisamment distant de son objet »*. Elle évoque le « regard éloigné » prononcé par Claude Levi-Strauss. L'ethnologue va s'intéresser à ce qui est considéré comme maladie par les gens qu'il étudie. Quatre cas de figure sont successivement abordés au cours de cette matinée : malades, guérisseurs et devins au Burkina-faso ; la maladie chez les femmes dans des familles polygames immigrées ; les modèles explicatifs de la maladie dans une commune de la région parisienne ; les représentations de l'alcoolisme à « Vie Libre ». Ces quatre exemples ont en commun l'utilisation d'une même méthode portant un « regard éloigné » aussi bien sur une société exotique que sur la nôtre.

Un temps fort de l'exposé traite des conséquences de *la polygamie en France*. La population immigrée étudiée est originaire du Sénégal, et plus particulièrement d'une culture régie par le mariage polygamique. La société d'origine est structurée autour d'une opposition entre aînés et cadets, les aînés étant les détenteurs des moyens de production, les cadets travaillant pour leurs aînés et vivant chez ces derniers. L'accès aux femmes passe par les aînés : en effet celui qui souhaite avoir une épouse, doit verser une compensation matrimoniale à la famille de celle-ci. Il doit donc obtenir de l'aîné qu'il paie cette somme, ce qui peut prendre du temps car cet aîné a intérêt à refuser pour que le cadet continue à travailler pour lui le plus longtemps possible.

Le cadet a le recours de partir en migration pour chercher à l'étranger l'argent nécessaire à la construction de sa cellule familiale. Cette société favorise la polygamie car plus l'homme a d'enfants, donc de cadets, plus il peut assoir son pouvoir. D'autre part l'écart d'âge entre hommes candidats au mariage (de 28 à 30 ans), et femmes mariables (16 ans), rend démographiquement possible, la polygamie. La femme n'est reconnue socialement que si elle a beaucoup d'enfants, la procréation est fortement valorisée. Cela entraîne une compétition entre les co-épouses. A l'intérieur du ménage, il y a une codification de la sexualité, en particulier par l'islam qui a accepté la polygamie tout en la codifiant. Une sourate du Coran recommande de ne pas avoir plus de 4 épouses, sinon elles ne seront pas traitées avec équité. Ce principe d'égalité, d'équité, est basé sur un système de tours : chaque femme a le droit et le devoir d'un nombre de jours et de nuits avec son mari, identique. La co-épouse qui est « de tour », doit assurer les tâches domestiques et sexuelles pendant deux jours. L'homme n'a pas le droit de remettre en question ce système contraignant, une fois qu'il est établi.



Sylvie FAIZANG a travaillé sur le vécu quotidien de ces femmes en France où cela se passe très mal. Sur le plan du logement, la vie dans une cité ne favorise pas le bon fonctionnement de la polygamie. Alors que dans l'habitat traditionnel, chaque adulte a sa chambre, en France deux à trois épouses sont entassées dans une seule pièce avec leurs enfants. Mais est ce à dire qu'au Sénégal, le vécu est satisfaisant? Cela ne va très bien non plus car la rivalité entre les femmes, structurelle et voulue, permet à l'homme d'obtenir une compétition en matière de production d'enfants (source de pouvoir social). Cette rivalité sexuelle et reproductrice entre co-épouses va provoquer un certain nombre de comportements visant à empêcher sa rivale d'avoir des relations sexuelles avec le mari, ce qui ne manquera pas d'entraîner une baisse de la performance en termes de production de futurs cadets. La co-épouse malveillante ira voir un marabout utilisant ses connaissances coraniques à des fins magiques pour stériliser l'adversaire, rendre impuissant son mari lorsque cette rivale est de tour. De plus le marabout devra neutraliser l'action persécutrice de cette même rivale, ou d'une autre co-épouse. Cela a une conséquence : toutes les maladies du domaine de la reproduction vont être attribuées à l'action d'une rivale que le marabout consulté, devra « défaire ».

Ces rivales sont difficiles à percevoir de l'extérieur, car les femmes « doivent » devant les étrangers, avoir l'air de bien s'entendre, sinon la femme qui ne jouerait pas le jeu aurait le « ventre noir », c'est-à-dire serait atteinte de stérilité.

Lorsqu'un homme possédant une cellule familiale polygame, immigre en France, il devrait prendre la première épouse avec lui. Or il emmène d'abord la dernière, qui a été choisie par lui seul et a la préférence sexuelle car la plus jeune. Lorsque la première épousée arrivera en France, elle sera dépendante de la plus jeune qui connaît la langue et les institutions françaises. Cette plus jeune, de plus, pourra négocier les choses avec son mari, par son sexe : par exemple exiger de son mari des cours d'alphabétisation sinon elle fera la grève du sexe. Une telle menace sera sans effet pour la plus vieille.

Cette enquête anthropologique avait été commandée pour aborder le problème de l'excision chez ces femmes, mais ces dernières ont préféré parler de leurs difficultés du fait de la polygamie.

L'après-midi est animée par le conférencier Patrice BIDOU, anthropologue au CNRS (Laboratoire d'anthropologie sociale à Paris), qui traite du « langage des mythes dans la naissance de l'homme et de la société ». A partir de matériaux australiens et amazoniens, il nous montre « comment les greffes et les amputations opérées sur le corps des animaux dans les mythes sont un langage pour penser en miroir l'identité propre de l'homme : sa sortie de l'enfance, ou de la névrose, ainsi que l'équivalence a été mise clairement en évidence par la psychanalyse. Dans ce langage du corps, le visuel est primordial ». Il étudie alors « les distorsions subies par l'œil dans la genèse de trois sentiments : l'amitié, la jalousie et l'envie, qui occupent dans les mythes une position cruciale dans la construction et la destruction de la culture ».

Patrice BIDOU situe donc sa recherche dans le cadre de l'anthropologie psychanalytique. Plutôt que d'essayer de résumer en quelques lignes un exposé très riche, retenons un exemple, celui du mythe Arawak du Cerf et de la Tortue : « Un jour le cerf rencontra la tortue, tandis qu'elle était en train de nettoyer ses sabots - car dans ce temps la tortue portait des sabots et le cerf des griffes », et lui dit : « Mon ami, tu as de jolies sandales. Laisse moi les essayer ». La tortue, qui en était très fière, dit : « Mais certainement. Pourquoi pas ? » et lui tendit ses sandales, recevant en échange les ongles du cerf. Quand le cerf eut mis les sabots, il trouva qu'il pouvait courir encore plus vite qu'avant, et partit avec. Quant à la pauvre tortue elle vit sa progression entravée, et resta sur place, s'attendant à chaque instant à voir réapparaître le cerf, mais celui-ci ne revint jamais ».

Il s'agit d'une histoire d'amitié, qui se trouve rompue le jour où les yeux de Cerf tombent sur les sabots de Tortue, que celle-ci avait entrepris de nettoyer. Par la vision dont résulte la jalousie, on passe de l'animal chimère indifférencié à la différenciation sexuelle. « Le sabot fendu et creux, est interprétable comme une représentation de l'organe féminin, en opposition aux doigts griffus de la tortue figurant le pénis ».

L'intégralité de l'exposé de Patrice BIDOU a été publiée sous forme d'article, dans la revue GRADHIVA N°21, 1997 (Editions Jean-Michel Place, 3 rue Lhomond, 75005 Paris).

Martigues, le 22 novembre 1997 : Quelle technique pour interroger le symptôme?

Le samedi 22 novembre s'est tenue à la Médiathèque Louis Aragon de Martigues une rencontre qui s'inscrit dans le cadre du séminaire⁽¹⁾ de psychanalyse qui a pour thème : « Quelle technique pour interroger le symptôme ? »⁽²⁾

Deux exposés portaient sur des cures avec des enfants. En effet, six séances sont prévues cette année avec un objectif : demander à des praticiens de dire en quoi les avancées qu'ils font dans le champ théorique se répercutent dans la façon dont ils conçoivent leur pratique et les modifications qu'ils en repèrent. Il se trouvait donc que cette fois-ci il était question d'enfants et de leur parcours, ce travail étant particulièrement favorable à souligner, à articuler les temps de bascule de la cure,

⁽¹⁾ Séminaire qui a commencé il y a quatre ans à partir de la question « qu'est-ce qu'un père ? », puis « L'angoisse n'est pas sans objet », et l'un dernier « Comment la psychanalyse parle-t-elle de l'objet ? ».

⁽²⁾ Compte-rendu rédigé par Monique Grangaud-Guerin (Martigues) qui tient ce séminaire en collaboration avec Ghislaine Delahaye (Marseille) et Noëlle Praticelli-Galéani (Ajaccio). Renseignements : 04.42.49.38.06

les interventions et la place de l'analyste. Mais dans ce séminaire, l'interrogation se déroule aussi à partir d'analyses avec des sujets psychotiques, ou bien à partir du repérage de ce qui distingue la psychanalyse d'autres pratiques, par exemple l'éthnopsychanalyse...

Au cours de cette matinée, Marie-Pierre Girard (Toulon) a parlé d'un garçon de quatre ans amené pour encoprézie, qu'elle suit maintenant depuis deux années, exposant comment elle s'était appliquée à « être en position de tiers entre la mère et l'enfant - et non de l'Autre -, à faire valoir tout ce qui dans la production de l'enfant fait trace du sujet ».

Noëlle Fraticelli-Galéani (Ajaccio) nous a montré comment à rester au plus près des productions d'un enfant « dit-autiste » elle l'amène à « apprivoiser l'Autre de la demande » à partir de son engagement à elle, par l'acte, mais « au point où il en était resté à 9 mois, là où il s'était replié ».

A noter la participation du public qui a formulé questions et remarques contribuant à créer une ambiance animée de travail.

Montfavet, le 27 novembre 1997 :
Les états limites chez l'adulte et chez l'enfant,
approche de l'incidence médico-légale

Cette conférence-débat modérée par Michèle ANICET est organisée au Centre Hospitalier de Montfavet par la revue Psy-Cause. Le conférencier, Hugues SCHARBACH est médecin chef d'Intersecteur au CHU de Nantes, surtout connu pour ses travaux sur les états limites depuis près de 20 ans.

Cette soirée est donc l'occasion, dans le cadre d'un exposé très documenté, de faire le point de la question en 1997. Il apparaît d'une part une ligne de démarcation entre état limite et psychopathie, au niveau de la position du sujet vis à vis de la loi et de la question du père. D'autre part la tendance actuelle, divergente de la théorie de Bergeret, est d'autonomiser l'état limite comme structure à part entière. Ces deux points sont particulièrement débattus entre le conférencier et la salle.

Hugues SCHARBACH nous ayant promis pour un prochain numéro de Psy-Cause, un texte condensant son intervention, nous ne défloreron pas plus avant le sujet, dans ce compte-rendu.



Aix-en-Provence, le 28 novembre 1997 :
Inaugurations par Monsieur Bernard KOUCHNER¹⁰

Le Secrétaire d'Etat à la Santé, Monsieur Bernard KOUCHNER, s'est rendu à Aix en Provence pour inaugurer le Centre Hospitalier du Pays d'Aix et visiter les nouveaux locaux de la Fédérations de Soins aux Toxicomanes à l'Hôpital Montperrin : *la villa Floréal*. Le Docteur Béatrice STAMBUL et son équipe ainsi qu'une cinquantaine de professionnels et d'élus locaux, ont reçu Bernard KOUCHNER, accompagné ce jour-là par son ami, Patrick AEBERHARD, président de Médecins du Monde et organisateur des Rencontres Nationales sur la drogue, qui se tiendront les 12 et 13 décembre au ministère de la santé et réuniront tous ceux qui travaillent à la prise en charge des toxicomanes. «A l'issue de ces deux jours, des recommandations seront transmises au ministre».



Sur la photo de gauche à droite : Patrick AEBERHARD, Bernard KOUCHNER, Béatrice STAMBUL, Jean-François PICHERAL, Jacques FRANCOIS (Directeur du CH Montperrin)

C'est dans une ambiance détendue que le secrétaire d'état a prononcé un discours qui fera date et a évoqué des questions de fond quant à sa conception de la politique de soins aux toxicomanes : outre l'augmentation des places dans les programmes Méthadone - il prévoit 1 000 places supplémentaires pour 1998 -, a été abordé *le projet de distribution médicalisée d'héroïne* avec le souhait que l'essai de quelques prises en charge se réalisent rapidement. Pour l'heure, le seul exemple réussi de la diffusion contrôlée d'héroïne se déroule en Suisse, sous la direction d'Annie Mino. Son programme s'adresse à des jeunes qui sont «en bout de course» et pour qui la Méthadone ne suffit pas. Ce sont des patients très lourds, avec une morbidité élevée, et les résultats sont très encourageants tant sur le plan de la santé publique que sur la réduction de la délinquance.

¹⁰ Compte rendu rédigé par le Docteur Emmanuelle HOME-ANDRIEU, Praticien Hospitalier à titre provisoire à la PST, par le Docteur Françoise SIRIGNANO, Praticien Hospitalier à la PST, et par Christiane MARSAUD, Infirmière à la PST.

Adresse de la PST : Fédération de Soins aux Toxicomanes, 200 Avenue du Petit Barthélémy, 13090 Aix en Provence, Tél 04.42.16.18.35.

A ce sujet, Monsieur KOUCHNER cite son homologue suisse, Madame Ruth DREYFUS, Ministre de la Santé, qui s'engage délibérément dans le soutien de telles actions et qui a reçu une large approbation de la population suisse lors d'un récent référendum à ce sujet en septembre 1997 (70% de oui).

La deuxième « annonce » effectuée par le Ministre concerne la diffusion thérapeutique de *cannabis dans les soins palliatifs* - stades terminaux de patients cancéreux ou malade du sida. De nombreuses études attestent de l'amélioration de la qualité de vie de ces patients, avec particulièrement un retour de l'appétit, facteur essentiel à ces stades pathologiques.

Le sentiment que nous avons eu à la suite de cette intervention est que le Ministre a choisi de prendre des risques politiques importants en touchant à des choses aussi dogmatiques que l'héroïne et le cannabis.

La grande généralisation des programmes de substitution constitue une avancée historique dans les domaines des soins directs aux patients et de la politique des risques. Le Ministre a la ferme volonté de ne pas s'arrêter en si bon chemin.

Le discours d'Aix en Provence marque un tournant décisif et ouvre la voie à de nouvelles thérapeutiques.

Edouard Toulouse, le 11 décembre 1997 :
Psychiatrie-exclusion ; souffrance psychique - détresse sociale¹¹

L'AFRET (Association Formation Edouard Toulouse) organisait une deuxième journée sur ce thème permettant de discuter les rapports des ateliers impulsés par la journée de mai 97 (cf Psy-Cause N°8-9, page 129).

Après les exposés introductifs de Madame **TOURNIAIRE** (Directeur CH Edouard Toulouse) et de **Marie-José PAHIN** (Présidente de l'AFRET), Madame **GIMENEZ** (Psychologue à l'Armée du Salut) rapporteur « *clinique du lien social* » a pointé le rajeunissement global des populations concernées, à l'histoire familiale lourde, au lien social distendu, en quête d'un rappel de la loi, et la difficulté à éviter les malentendus entre hôpitaux psychiatriques et centres d'hébergements, passant par un partenariat à réactiver sans cesse.

L'atelier présenté par le **Docteur MORCELLET** (CH Edouard Toulouse) s'interrogeait sur *une psychiatrie pensée autrement* pour proposer, après analyse des dysfonctionnements de l'entre-deux du sanitaire et du social, une métaphore : la métaphore du carrefour, avec ses règles de conduite, ses voies d'accès, ses impasses éventuelles et les aires de rencontre des champs divers concernés.

Le **Docteur VIADER** (CH Edouard Toulouse), qui rendait compte de l'atelier **Exclusion-Aliénation**, élargissait le débat vers une dialectique entre nature et culture, partant de l'évolutivité du lien social, qui après la prédominance du travail, en passe aujourd'hui par d'autres liens comme par exemple les marques de reconnaissance (tatouages, piercing,...) et de la structuration du monde par le langage, il se pourrait que la précarité produise des exclus dont la demande s'inverse en « que puis-je faire pour lui plaire ? ».

¹¹ Compte rendu rédigé par le Docteur Thierry LAVERGNE, Centre Hospitalier Montpeirin, 13617 Aix en Provence Cédex 1, Tél 04.42.16.16.75

La matinée s'est poursuivie avec l'exposé du *Docteur Xavier EMMANUELLI* (ancien secrétaire d'état à l'action humanitaire) qui, s'appuyant sur son expérience de responsable du Samu social de Paris, crée un service au CH Esquirol « *souffrance et précarité* », basé sur les notions de mobilité, disponibilité 24H sur 24, favorisant la *création de liens nouveaux*, afin de lutter contre le phénomène actuel de repli des institutions et des spécialistes sur eux-mêmes qui accentue la tendance à la « *barbarisation de notre société* ».

Enfin le *Docteur MINARD* et le *Docteur PIEL*, chargés de mission par le ministère sur le thème de la journée ont repris les points forts de leur rapport. Le Docteur MINARD a rappelé que *l'adolescent et la famille en crise* est la partie la plus visible du mal-être social qu'il associe à une « *mise en congé du père* » quasi institutionnalisé et à la barbarisation actuelle, et propose de *développer l'associatif pour faire du lien*.

L'après-midi a permis de reprendre l'expérience du *Docteur PIEL* de création d'une entreprise d'insertion près de Paris (une agence de voyages) visant à permettre du lien social aux psychotiques de nos hôpitaux (en janvier, grâce aux équipes du CH Edouard Toulouse, s'ouvre Cours Julien à Marseille un restaurant, entreprise d'insertion).

Le *Docteur COHEN*, s'appuyant sur l'expérience du *PARI* (Psychothérapie et Recherche Intersectorielles) à Grenoble, a bien montré comment, pour certains, l'exclusion c'est le domaine public qui prend de plus en plus de place par rapport à la partie privée de l'individu et devient pour eux le seul référent, et parfois un vrai objet persécutoire, rendant quasi-impossible l'accès au privé. A ce phénomène de masse de société du déchet et de contexte de barbarie, l'expérience montre l'adéquation du traitement individuel.

Le *Docteur Yvon DUBOIS* (CH Edouard Toulouse) a ensuite rappelé les éléments spécifiques au point de vue ethnopsychiatrique, insistant notamment sur la notion de *vulnérabilité* permettant de mieux comprendre la *famille migrante*.

La journée s'est terminée sur une discussion générale, animée avec la participation du *Docteur VIADER* (CH Edouard Toulouse) et du *Docteur Thierry LAVERGNE* (CH Montperrin) autour d'un nouvel élan pour travailler en partenariat qui pourrait passer par la notion d'intersectorialité.

Avignon, le 12 décembre 1997 : Criminologie et psychiatrie

« Criminologie et psychiatrie », tel est le titre d'un ouvrage de 752 pages dont Thierry ALBERNHE, Praticien Hospitalier au Centre Hospitalier de Montfavet, est le maître d'œuvre. Cette soirée du 12 décembre, est donc l'occasion de présenter ce livre qui ne manquera pas de faire référence et regroupant des textes de 125 auteurs spécialisés en psychiatrie, criminologie, psychologie, sociologie, philosophie, histoire, médecine légale, biologie et anthropologie.

Thierry ALBERNHE voit là l'aboutissement de deux années de travail, lui-même assurant la présentation et le lien entre les textes, adressant une moyenne de 10 lettres par auteur... Certains chapitres ont été rédigés en Français grâce à un travail de traduction de textes originaux.

Thierry ALBERNHE conclut son exposé par une petite histoire figurant dans son ouvrage: « *Un mari atteint d'une jalousie paranoïaque, voulait parvenir à la certitude que sa femme ne puisse le tromper. Il l'obligea à porter des mois durant, toujours la même petite culotte avec interdiction de la laver, l'odeur repoussant ainsi les amants potentiels. Cette malheureuse femme en était venue à consulter pour se plaindre de la puanteur imposée.* »

Coordonnées du livre : « Criminologie et psychiatrie », sous la direction de Thierry ALBERNHE, Ellipses, Edition Marketing S.A., Paris 1997.



SI VOUS VOULEZ CONNAITRE MON
SECRET, LISEZ LE BOUQUIN DE T.
ALBERNHE, p. 321.

Sur nos tablettes :

L'association **CLEFS** « Collectif de liaison et d'échanges sur les familles et les systèmes » organise deux manifestations :

- son deuxième congrès les 6 et 7 novembre 1998 :

• **TIERS PESANT ET TIERS ABSENT DANS LE SYSTEME :**

FAMILLE ET INTERVENANTS : A LA RECHERCHE D'UNE FAMILLE PARFAITE.

Edith GOLDBETER-MERINFELD

DOCTEUR EN PSYCHOLOGIE, THERAPEUTE SYSTEMIQUE A BRUXELLES (HOPITAL ERASME),
DIRECTRICE DE FORMATION A L'INSTITUT D'ETUDES DE LA FAMILLE ET DES SYSTEMES
HUMAINS A BRUXELLES.

.. NOUVELLES STRATEGIES EN PEDO-PSYCHIATRIE ..

L'atrium (SAINT DIDIER)

DE 13h30 à 17h

23.01.1998

Dominique BRUN

Pédo-Psychiatre à Mende

Pour tout contact s'adresser à Philippe SABARY : 04.90.67.22.16

POISONS

Jean-Michel GAGLIONE

Praticien Hospitalier

Secteur Bollène, Vaison, Valréas¹¹

(84 G 07)

En parcourant la presse de ces trois derniers mois, j'ai été frappé par la prévalence d'articles concernant des substances toxiques. Cela m'a fait considérer l'actualité de ce dernier trimestre, d'une façon certainement subjective, sous le signe du poison. Le terme « poison », du latin *potio*, potionis qui signifie breuvage, s'applique à toute substance qui détruit ou altère les fonctions vitales. Donc, par extension, à tout ce que l'on peut avaler ou faire avaler de néfaste. Certains poisons ont une matérialité et sont clairement identifiés comme tels et nous ne sommes pas surpris de leurs effets négatifs. D'autres substances, ou situations réputées bénéfiques s'avèrent avoir, en revanche, des effets désastreux.

Si les médias, tels le songe pharaonique, nous présagent un sort funeste, il est pourtant juste de constater qu'ils nous en livrent en même temps l'antidote, le sérum technocratique élaboré par nos gouvernants pour nous en prémunir.

L'amianto fait partie de ces matériaux funestes et désormais bannis puisqu'elle serait responsable, selon un rapport de l'INSERM, de 1950 décès en 1996. EDF-GDF dans un triste remake de « perdu de vue » recherche 70 000 de ses anciens agents qui ont été exposés à cette substance.

L'eau du robinet, pourtant si familière, s'avère contenir trop de plomb dans certaines régions et exposerait une partie de la population, surtout les enfants, à des risques de saturnisme. Nous renouons là avec la tradition de la diététique moyenâgeuse qui préconisait de se méfier de l'eau et conseillait de la remplacer par le vin, aliment « chaud et humide » source de bienfaits réactualisés récemment par la communauté scientifique. Ce n'est pourtant pas l'opinion de la Caisse d'Assurance Maladie qui va prochainement engager sa plus coûteuse campagne contre l'alcoolisme.

Nous savions déjà que le tabac était nocif pour la santé et même sous une forme édulcorée car la responsabilité des cigarettes légères a été incriminée dans la survenue d'adénocarcinomes.

Mais cette plante aux propriétés néfastes a des vertus économiques que nos députés n'ignorent pas puisqu'ils ont adopté le 28.10.97 une taxe de santé publique de 2,5% sur les produits du tabac. Soit un rapport de 1,3 milliards de francs dont 50 millions seront consacrés à la lutte contre ... le tabagisme, juste retour des choses.

Le cannabis, dont la mauvaise réputation semblait établie, surtout chez les parents d'adolescents, suscite désormais toute l'attention (bienveillante) de nos confrères d'autre manche. La British Medical Association en a d'ailleurs demandé la légalisation pour usage médical.

¹¹ Secteur 7, Centre Hospitalier, 84143 Montfavet. Tél 04.90.03.91.97

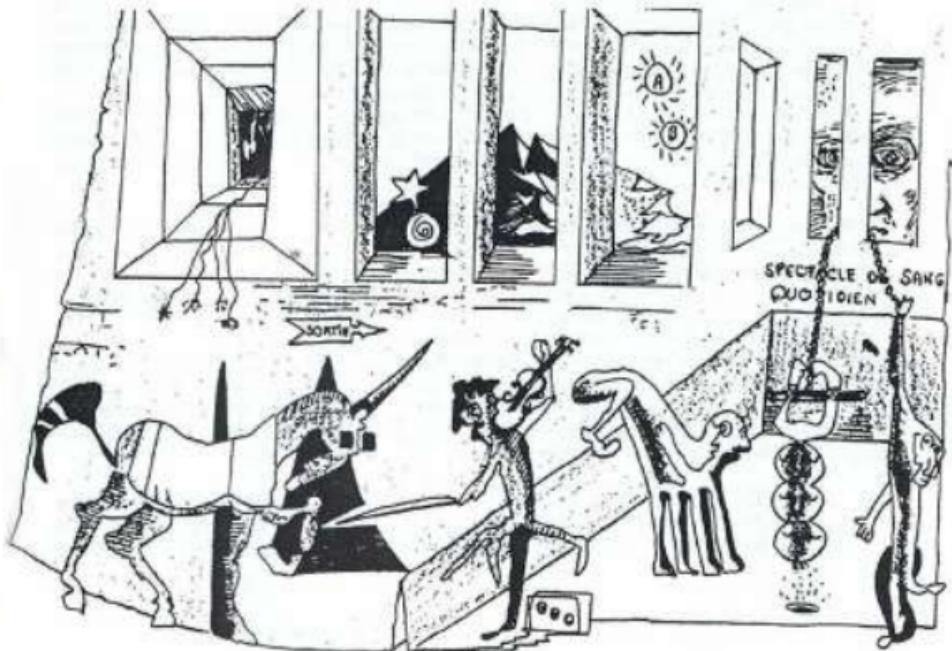
Cette docte assemblée loue les bienfaits des cannabinoïdes et dresse la liste de leurs indications potentielles : anti-émétique dans les chimiothérapies anticancéreuses, analgésique des douleurs chroniques, anti-épileptique, bronchodilatateur pour les asthmatiques, antihypertenseur, et en ce qui concerne la psychiatrie : antidépresseur, anxiolytique, sédatif et traitement des syndromes de sevrage alcoolique ou opiacé. Bref, une panacée thérapeutique dont on nous a injustement privés depuis longtemps.

En France le cannabis, dont la consommation a doublé en 5 ans, s'est trouvé ici aussi d'éminents défenseurs. Les déclarations de Dominique Voynet et d'Elisabeth Guigou ont relancé le débat sur la dépenalisation et la légalisation de ce produit. Débat laissé en plan depuis le rapport de la commission Henrion en février 1995.

Si des toxiques tels que le cannabis ont des potentialités thérapeutiques, les véritables médicaments, cruel paradoxe, ne sont pas dénués d'effets toxiques. Bernard Kouchner dénonce le fait qu'1,3 millions de patients hospitalisés en secteur public souffrent chaque année d'au moins un **effet indésirable du aux médicaments**.

Plus grave, les experts de l'Agence Européenne du médicament s'alarment du risque de transmission à l'homme de l'encéphalopathie spongiforme (maladie de la « vache folle ») par le biais de médicaments utilisant des extraits ou dérivés bovins, ovins ou caprins. De telles substances entrent en effet dans la composition ou dans les procédés de fabrication de nombreux médicaments. Cela concerne la moitié, voire les trois quarts des médicaments actuellement en circulation !

Poussant le paradoxe à son paroxysme, la presse montre du doigt l'hôpital comme un lieu éminemment dangereux. C'est le magazine Sciences et Avenir qui a ouvert le feu à travers la publication en septembre de sa « liste noire » des hôpitaux français.



Cette dangerosité potentielle de nos lieux de soins, même en dehors d'une erreur humaine, n'est pas démentie par nos élus, au contraire : Claude Evin député socialiste de Loire atlantique (et ancien ministre des affaires sociales) prépare un projet de loi en vue de l'indemnisation des accidents sanitaires graves « sans faute ». Il s'agirait de mettre à égalité les victimes d'accidents entraînant plus de 50% d'invalidité survenus dans des structures sanitaires publiques et privées (dépendant respectivement des juridictions administrative et judiciaire).

En outre la responsabilité sans faute des établissements publics s'est vue élargie par un arrêt du Conseil d'Etat du 4 novembre à des situations provoquant « un sentiment de scandale ». Il s'agissait de la condamnation de l'hôpital d'Arles dont la responsabilité a été retenue dans le décès d'un jeune garçon suite à une anesthésie générale pratiquée à l'occasion d'une circoncision en dehors de toute faute médicale.

L'actualité de ce trimestre tout en se focalisant sur différents poisons de notre environnement physique et social, met en évidence en contrepartie **les antidotes ou à défaut les moyens de surveillance préconisés par nos gouvernants**.

Ainsi, des structures de contrôle indépendantes telles que l'Agence du médicament, l'Agence du sang, l'Etablissement français des greffes, avaient déjà été mises en place, notamment suite à l'affaire du sang contaminé. Mais l'affaire de la « vache folle » a montré les carences du système de contrôle sanitaire des aliments, rattaché au ministère de l'agriculture, dont l'objectif est aussi la défense d'intérêts économiques. Cela a conduit deux sénateurs, Claude Huriet et Charles Descours, à faire une proposition de loi instituant la création de trois structures.

D'abord un *Institut de veille sanitaire*, placé sous la tutelle du ministère de la Santé. Sa mission sera de surveiller l'état de santé de la population et de détecter tout événement susceptible de l'affecter. Il devra pour cela recueillir les informations émanant des services déconcentrés de l'Etat, mais aussi des services de médecine scolaire ou du travail. En particulier les médecins généralistes qui ont choisi l'option conventionnelle « médecin référent », s'engageront à participer aux enquêtes de santé publique et à jouer le rôle de « sentinelle » auprès de cet institut.

Ensuite seraient créées deux agences : une *Agence de sécurité sanitaire des produits de santé* chargée du contrôle des produits sanitaires ou cosmétiques et une *Agence de sécurité sanitaire des aliments* dont le domaine de contrôle portera sur l'alimentation tant humaine qu'animale.

Dans le domaine hospitalier, c'est l'*ANAES* qui jouera le rôle d'infrastructure sécuritaire. Les objectifs de cette agence nationale d'accréditation et d'évaluation sont définis par l'ordonnance du 24 avril 1996 et par un décret du 7 avril 1997. Cette agence devra accréditer tous les établissements hospitaliers dans un délai de 5 ans à compter de la publication de l'ordonnance.

Plusieurs inconnues demeurent encore à propos de cette démarche non encore opérationnelle. Va-t-on juger de l'organisation d'un hôpital ou bien de ses résultats pour l'accréditer ? L'accréditation sera-t-elle un nouveau critère d'allocation des ressources ? Sur ce dernier point, il faut savoir que les rapports d'accréditation seront communiqués aux directeurs des agences régionales. Il est difficile de croire qu'ils n'en tiendront pas compte dans les décisions importantes concernant un établissement.

Ainsi, en réaction aux substances ou aux situations qui empoisonnent notre société, les gouvernements secrètent des anticorps législatifs ou réglementaires dont on jugera avec le temps de l'efficacité. Prenons garde cependant aux maladies auto-immunes...

Huguette FERRE
Praticien Hospitalier¹¹
Secteur Avignon centre, Isle/Sorgue
(84 G 05)

MARIUS ET JEANNETTE

Réalisé par Robert GUÉDIGUAN

Avec Ariane Ascaride, Gérard Meylan, Jean-Pierre Darroussin, Pascale Roberts, Jacques Boudet.

Marius et Jeannette est le 7 ème film de Robert Guédiguian. Guédiguian est un cinéaste singulier dans le sens où il reste fidèle à ses acteurs et au lieu MARSEILLE, un quartier l'ESTAQUE.

Il s'agit ici d'un « conte de l'Estaque » avec ses personnages de la vie, des Marseillais.

Il s'agit d'une histoire d'amour, d'une histoire de vie, de la rencontre de deux trajectoires celle de Marius avec celle de Jeannette.

« Marius et Jeannette » nous renvoie immanquablement aux films fameux de Marcel Pagnol. Comme si Guédiguian se plaçait dans l'influence ou peut être même dans la filiation de Pagnol. Il y a d'ailleurs des scènes que l'on peut qualifier à mon sens de « pagnolesques » ! Quand les voisins saouls « brament » dans la nuit leur amour à leurs femmes ; ou encore la bagarre à coup de poulpes et de poissons dans le bar.

Cependant Guédiguian ne montre pas un Marseille folklorique pour parisiens, mais bien le Marseille d'aujourd'hui avec son côté cosmopolite, la difficulté d'y vivre, le chômage.

Il est aussi un cinéaste « engagé » (même si ce terme n'est plus trop en vogue ces derniers temps) dans le sens où il choisit de peindre la classe ouvrière ou plutôt les petites gens sans éluder leurs contradictions (vote FN).

Ce film est beau. La beauté des images est portée par la musique (les Quatre Saisons de Vivaldi, Sole mio interprété par Pavarotti).

L'interprétation des acteurs - Ariane Ascaride, Gérard Meylan, J.P. Darroussin, Pascale Roberts, Jacques Boudet - est authentique, aussi authentique que le « Papé » de Jean de Florette. Notamment Ariane Ascaride joue remarquablement cette petite femme brune avec du caractère, une Marseillaise quoi !

Marius et Jeannette est un film simple sur la vie, un film sur l'existence, sur le bonheur qui donne chaud au cœur et le sourire aux lèvres.

A aller voir absolument !

Robert Guédiguian - Filmographie

- Dernier été 1980
- Rouge midi 1983
- Ki lo sa? 1985
- Dieu vomit les tièdes 1989
- L'argent fait le bonheur 1992
- A la vie, à la mort 1994
- Marius et Jeannette 1997

¹¹ Pins B, Centre Hospitalier 84143 Montfavet Cedex, Tél 04.90.03.91.71



ALIEN, LA RESURRECTION

Film de J.P. JEUNET - 1997

Avec Sigourney Weaver (Ripley), Winona Ryder (la femme robot), Ron Perlman, Dominique Pinon (Urien).

Les films « suites » sont toujours délicats à réaliser car ils ne sont le plus souvent qu'un succédané du premier toujours très réussi. C'est le cas avec la « série des Aliens ». Pour les inconditionnels de science fiction, Alien de Ridley Scott est élevé au rang du film culte à l'égal de Blade Runner du même réalisateur, ou de 2001 l'Odyssée de l'Espace de Stanley Kubrick.

L'histoire (pour ceux qui ne sont pas encore branchés les très vieux ou les très jeunes).

- Alien (le 8 ème passager) de Ridley Scott 1979. L'équipage du vaisseau spatial Nostromo découvre sur une planète une colonie d'oeufs géants, habités par de mystérieuses créatures. Ces créatures se développent à la façon de parasites, et ont besoin d'un organisme hôte. Chaque membre d'équipage va être infesté ou dévoré par la créature. Seule l'officier Ripley (Sigourney Weaver) survivra avec le chat du bord.
- Alien le retour (réalisé par James Cameron (1986)), Alien 3 (1992) (réalisé par Fincher) et Alien la Resurrection, 1997 (réalisé par J.P. Jeunet) sont les suites plus ou moins réussies du précédent.

L'actrice principale Sigourney Weaver fait le lien dans cette « épopee » de monstres de l'espace. Comme à son habitude, son interprétation est magistrale et l'on peut dire qu'elle est même magnifique dans le rôle de la créature mi Alien - mi Humaine. Ridley Scott avait réussi un thriller où le suspens plus que l'horreur était au premier plan. Ce n'est qu'à la fin du film que l'on aperçoit l'« Alien » qui surgit de la poitrine de l'un des astronautes. Ici dans la résurrection, les monstres sont vraiment présents et peu ragoûtants, dégoulinants, visqueux. Enfin Sigourney Weaver est là ; elle s'est fabriquée une stature musclée qui la rend sculpturale.

Le réalisateur Jean-Pierre Jeunet (Delicatessen, la cité des enfants perdus) réussit à ne pas être englouti par la machine hollywoodienne. Il est accompagné dans cette aventure par deux acteurs fidèles : Ron Perlman, Dominique Pinon. On retrouve son univers fait d'humour macabre, d'atmosphère sombre avec cependant une touche d'innocence.

Film à aller voir, pour les Inconditionnels du genre et surtout pour Sigourney Weaver, enfin une femme pas une midinette !

Filmographie de Sigourney Weaver

- 1979 Alien - Réalisateur Ridley Scott
- 1981 L'oeil du témoin de Peter Yates
- 1983 L'année de tous les dangers de Peter Weir
- 1984 SOS Fantômes - Ivan Reitman
- 1985 Une femme ou deux
- 1986 Escort Girl de Bob Sawain
- 1986 Aliens - Réalisateur James Cameron
- 1989 Gorilles dans la brume de Michael Apted
- 1989 SOS Fantômes 2 - Ivan Reitman

- 1992 Alien 3 - Réalisateur Fincher
- 1992 1992
- 1993 Président d'un jour
- 1995 La jeune fille et la mort
- 1996 Copycat
- 1997 Alien la resurrection
- Réalisateur J.P. Jeunet



KOLYA⁽¹⁾

Film tchèque de Jan Sverák.

Avec Zdenek Sverák (Louka) et Andrej Chalimon (Kolya).

Sortie : le 20 septembre 1997

L'histoire : Louka, 55 ans, tchèque, est violoncelliste et vivote malgré un talent reconnu en jouant dans un orchestre de crématorium et en redorant des inscriptions de tombes. Célibataire convaincu bien qu'appréciant la compagnie des femmes, sa vie va basculer le jour où, pour gagner de quoi s'acheter une Trabant, il épouse une jeune femme russe en mal de papiers (mariage blanc donc) et dotée d'un petit garçon de 5 ans : Kolya. Rapidement après le mariage, la jeune femme disparaît... laissant Kolya derrière elle. Louka, pas du tout préparé à cela, se retrouve en quelque sorte « papa ».

Il paraît que ce thème : celui de l'amitié naissante entre un vieux bougon et un petit garçon avec en général la notion supplémentaire qu'ils appartiennent à des cultures différentes voire carrément ennemis, est un thème largement traité au cinéma. Dans Kolya, le petit garçon est russe du pays envahisseur et le vieux bougon est tchèque du pays envahi et ça se passe en 1988. (NB : heureusement que mon journal télé de référence est là pour rappeler que ça se passe à Prague à la veille de l'effondrement du communisme).

Louka fait tout ce qu'il peut pour fourguer le petit garçon à sa mère (- russophobe -), son oncle, des amis, personne n'en veut, alors il se débrouille.

Cela aboutit à un film charmant, émouvant et beau (autant les images que les mouvements) souvent drôle avec un zeste de fatalisme slave.

Ayant vu ce film en V.O. accompagnée de ma fille de 6 ans je peux affirmer que les images y parlent d'elles mêmes car elle semble avoir compris l'essentiel et ne s'est pas ennuyée. Des images qui parlent, n'est-ce pas une grande qualité pour un film où justement les deux personnages ne parlent pas la même langue.

* je me demande d'ailleurs comment « ils » ont fait pour la version française.

⁽¹⁾ Compte rendu rédigé par Emmanuelle DERMENGHEM, Secteur 13G18, Centre Hospitalier Montpellier, 13617 Aix en Provence Cedex 1.

Le compte rendu du film : WESTERN (page suivante), est également rédigé par Emmanuelle DERMENGHEM.

WESTERN

de Manuel POIRIER

Avec Sergi Lopez, Sacha Bourdo, Elisabet Vitali, Marie Matheron.

Sortie : début septembre 97.

Western? pourquoi ce titre qui évoque plus de grandes chevauchées dans l'ouest américain que de longues marches à pieds dans la Bretagne profonde. Il est vrai que la Bretagne c'est à l'ouest et que peut être les SDF sont les derniers aventuriers.

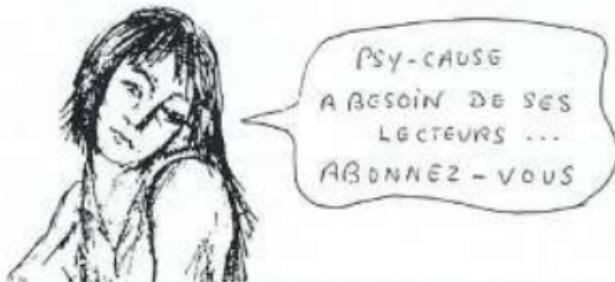
L'histoire : c'est celle d'un vendeur de pantoufles assez ringard qui se fait voler sa voiture pleine de chaussures (de pantoufles) et devient ensuite le compagnon de route et ami de son voleur de voiture ! Mais si !

Il fallait du culot pour nous faire croire à une histoire pareille. Manuel Poirier a ce culot là, car on ne demande qu'à y croire et à se laisser embarquer dans cette espèce de conte moderne et réaliste, cette errance de deux personnages improbables à la recherche de la femme.

A part quelques zoom arrières un peu longs qui avaient le 1^{er} tort de faire croire à la fin du film (style Charlot sur la ligne médiane d'une route nationale s'éloignant au coucher du soleil) et le 2^{ème} tort de donner vaguement mal au cœur, ce film a la grande qualité de faire sourire, rire, d'attendrir et on ne s'ennuie pas malgré les 2 heures 45.

Les acteurs font oublier qu'ils jouent et sont excellents ; la musique, très sympa : entre percussion, flûte de pan, guitare tient une bonne place ; les images et la photo (merci Noro Kéo Kosal) nous font aimer les petites routes de Bretagne, si austères a priori.

Laissez vous tenter par ce film atypique plein d'un charme poétique et qui a reçu un prix spécial au Festival de Cannes.



BULLETIN D'ABONNEMENT

Nom, prénom _____

Adresse professionnelle _____

S'abonne pour un an à la revue « Psy-Cause », à partir du N° ... (N°1, 2, 4, 6, 7 épuisés).
Joint un chèque de 150F à l'ordre de « Psy-Cause ».

A retourner à , selon votre proximité :

Dr Jean-Paul BOSSUAT
C.H. Montfavet
84143 Montfavet Cedex

Dr Thierry LAVERGNE
C.H. Montperrin
13617 Aix en Provence Cedex 1

DÉPRESSIONS

FLOXYFRAL® 100mg

Comprimé enrobé sécable

SÉROTONINÉRIQUE SÉLECTIF



LE JUSTE ÉQUILIBRE