



ISSN 1245-2394

Au Sud, les Ψ causent

Sommaire :

Dossier sur l'accueil familial thérapeutique.

Mélange offert à Jean-Louis Gauthier.

- L'accueil.
- Le temps des hôpitaux de jour.
- Evaluation du langage et de l'audition chez l'enfant.
- La thérapie familiale analytique.
- Un trouble de l'identité sexuelle.
- Facteurs psycho-sociaux-culturels et troubles psychiatriques chez la femme enceinte au Bénin.
- Nomination et noms bibliques.
- Léonard de Vinci : pourquoi si curieux ?
- Un inédit de Michel Silvestre.

Et les rubriques habituelles.

Revue trimestrielle

Prix du numéro double : 100 F.

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

Adresse de la revue : secrétariat du Secteur 27

Centre Hospitalier de Montfauvet 84143 cedex

« Mon itinéraire m'a amené tardivement à la psychiatrie. Enfant, adolescent, jeune homme, père de famille, j'étais fréquemment malade et très souvent bien obligé de me soumettre à la « médecine ». Dans ce contexte où je la « pratiquais » beaucoup avant même de l'étudier, la lecture d'un livre, « la médecine de la personne », de Paul Tournier, m'a beaucoup apporté. Pendant 9 ans, dans le cadre du ministère de l'agriculture, j'ai soigné les plantes malades. J'ai ensuite été médecin généraliste. Puis après trois années sabbatiques, j'ai entrepris des études de psychiatrie. Tel est donc l'itinéraire personnel qui m'a conduit un jour à rencontrer des patients en tant que spécialiste du traitement des malades mentaux ». (Psy-Cause N°8/9 page 109).

C'est par ces mots que Jean-Louis GAUTHIER introduisait lors du premier congrès de Psy-Cause en Mai 1997, son exposé sur la notion de diagnostic, optimiste sur l'échec prévisible des tentatives actuelles de standardisation de la personne humaine : *« L'être humain deviendra t'il un code barre?! »* ; mais celui-ci *« n'étant pas limité par son intelligence mathématique, les mesures qui ne tiennent compte que des calculs économiques, verront forcément leurs effets entravés par les autres besoins humains qu'ils soient viscéraux ou affectifs »*.

Jean-Louis GAUTHIER nous a quitté brusquement, victime d'un grave accident de la route. Il était animé d'une grande foi dans tous les sens du terme, foi en Dieu (il était profondément croyant), foi aussi en l'homme. De son expérience personnelle, de son engagement total auprès des patients et de tous ceux qui étaient en difficulté autour de lui, il puisait un droit à la parole qui inspira notre revue dont il fut l'un des fondateurs. Plus que jamais, notre profession a besoin de « croyants » pour aborder le XXI^e siècle. Sa conviction dans l'irréductible singularité de chaque être humain demeurera un guide pour l'ensemble de l'équipe de Psy-Cause.

Jean-Paul BOSSUAT

EDITORIAL

L'inconvénient du numéro double, c'est qu'il se fait attendre ; son avantage, c'est qu'il est double !

Et celui-ci, en plus d'être double, fait de **Psy-Cause I** un numéro spécial sur l'**Accueil Familial Thérapeutique**. C'est lors de comités de rédaction successifs que s'est concrétisée progressivement l'idée d'un dossier sur cette pratique dans notre région. Présenté par Patrick Boyer, y sont réunis des articles d'Aix, Alès, Avignon, Digne et Marseille, dessinant, au-delà des spécificités de chacun, une éthique et un savoir-faire communs.

Le 15 Février 1998, Jean-Louis Gauthier, un des membres fondateurs de Psy-Cause est mort tragiquement dans un accident de voiture. Nous avons décidé que **Psy-Cause II** réunisse, sous forme d'un mélange qui lui est offert, des articles témoignant de la diversité et de l'engagement des psy de notre région.

D'ailleurs, ne devrait-on pas parler plutôt d'inter-région ou de région au sens large du terme ? En effet, l'extension progressive du réseau de Psy-Cause nous amène à couvrir partiellement deux régions administratives avec pour « frontières » actuelles Nîmes-Alès d'un côté et Toulon-Digne de l'autre.

Ainsi deviennent membres du Comité de Rédaction : Patrick Boyer (Marseille), Thierry Fouque (Nîmes), et Richard Kowalyszyn (Alès) ; bienvenue également à Gérard Pupeschi (Aix) au Conseil Scientifique et à Thierry Albernhe (Avignon) parmi les correspondants.

Le 5 Juin 1998, Aix-en-Provence accueille notre deuxième colloque régional au CH Montperrin et à la Cité du Livre sur le thème :

La dépression, une histoire privée, une affaire publique.

Les interventions promettent d'être riches et variées, elles seront publiées dans les prochains numéros de Psy-Cause. A bientôt le plaisir de nous retrouver pour cette journée conviviale d'échanges et de formation.

Thierry LAVERGNE

DEUXIEME COLLOQUE REGIONAL DE PSY-CAUSE
la dépression, une histoire privée, une affaire publique

le vendredi 5 juin 1998
Cité du Livre et Centre Hospitalier Montperrin

9h00

Jacques FRANCOIS
Directeur du CH Montperrin
Dr Thierry LAVERGNE
Rédacteur en chef de Psy-Cause

Les débats seront modérés par Monsieur
le Pr Sébastien GIUDICELLI

Dr Jean-Paul BOSSUAT
Dialogue d'un désespéré avec son âme,
(Papyrus du Moyen-Empire Egyptien)

Marie-José PAHIN
Un attentat, une arrestation. Vingt jours
après : guérison subite du délire ?

Mireille BRUN, Danielle MONBET-BOSSUAT, Dr Maria SOCOLSKI
Prise en charge institutionnelle d'une
dépression.

10h30 à 11h00 Pause

Dr François MOREL
Dépression et discours.

Dr Emmanuelle DERMENGHEM,
Dominique LINARD, Bernard PETIT,
Véronique RIGAUD
Réseaux de soins; urgences, clinique.

Dr François PICHERAL
Allocution du Maire d'Aix-en-Provence
et Vin d'Honneur à la Cité du Livre.
13h15 Repas au Lotus, CH Montperrin

14h15 Cinq Ateliers dans les salles du
CH Montperrin

Atelier N° 1, modéré par le Pr Sébastien GIUDICELLI:
Dépressions et urgences. Privé, public?

Atelier N° 2, modéré par le Dr Moïse BENADIBA:
Enfances et dépressions.

Atelier N° 3, modéré par le Dr Stéphane BOURCET:
L'adolescence, de l'intime à l'agir.

Atelier N° 4, modéré par le Dr Marie-Pierre PANCRAZI-BOYER:
Dépression et vieillissement. Perte
d'identité, crise familiale et violence du
regard social.

Atelier N° 5, modéré par le Dr Thierry LAVERGNE:
Dépression et lien social.

16h30 Pause, puis synthèse des rapports
en plénière.

*Toutes les communications de ce
vendredi 5 Juin 1998
seront publiées dans Psy-Cause*

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 BENADIDA (Marseille)
Stéphane BOURCET (Toulon)
Patrick BOYER (Marseille)
Fabienne CAYOL (Laragne)
Laurence FELLER (Uzès)
Thierry FOUQUE (Nîmes)
Jean-Michel GAGLIONE (Avignon)
Marie-Claude GARDONE (Uzès)
Richard KOWALYSZIN (Alès)
Marc-Allois LILLO (Avignon)
Henri LOMBARD (Avignon)
Hosni OUACHI (Avignon)
Bernard PETIT (Aix)
Sophie SAUZADE (Martignes)

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)
Dominique LIBES-ARNAUD (Avignon)
Christiane MARTIN (Avignon)
Louis MERLIN (Avignon)
Gérard MOSNIER (Avignon)
Dominique PAQUET (Avignon)
Jean-Marie POCOTZK (Avignon)
Gérard PUPESCHI (Aix)
Edmond REYNAUD (Avignon)
Yves ROUSSELOT (Aix)
Béatrice SEGALAS (Avignon)
Danièle SILVESTRE (Paris)
René SOULAYROL (Marseille)
Mohand SOULALI (Avignon)
Jean-Pierre SUC (Avignon)
Yves TYRODE (Avignon)

Correspondants

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

Correspondants étrangers

Alexandra BERANKOVA (Ostrava, Tchéquie)
Enzo DESANA (Turin, Italie)
Ivan GALUSZKA (Bila Voda, Tchéquie)
Memar GUEYE (Dakar, Sénégal)
Pavel Hlavinka (Opava, Tchéquie)
Olivia HOPPE (Münich, Allemagne)
Petr TARABA (Opava, Tchéquie)

Le Comité de Lecture est constitué de membres du comité de rédaction.
Didier BOURGEOIS a dessiné les illustrations originales.

SOMMAIRE

Psy-Cause I : L'accueil familial thérapeutique

. *En toute mauvaise foi, instantanés d'amertume anti-thérapeutique* : Richard KOWALYSZIN, Infirmier : Pages 8 à 10.

. *Aperçu historique de l'accueil familial thérapeutique* : Patrick BOYER, Praticien Hospitalier. Pages 11 à 15.

. *Pratique des assistantes sociales au sein de l'accueil familial thérapeutique* : Paulette DREZEN, Marie-Anne FOUQUE, Michelle JUILLET, Madeleine LUCCHINACCI, Assistantes Sociales. Pages 16 à 17.

. *Jean-Paul, un pari pour exister* : Dolorès BOISSINOT, Médecin Chef de Service. Pages 18 à 21.

. *La pratique infirmière de l'A.F.T.* : Monique KARCENTY, Cadre Infirmier, et Marie-France TURCHI, Infirmière. Pages 22 à 23.

. *Les prises en charge conjointes à l'accueil familial thérapeutique* : Cécile GROUT et Sophie CARRIER, Médecins Assistants ; Jean-Jacques ASTRUC, Praticien Hospitalier. Pages 24 à 28.

. *Marie dans le paradoxe, ou comment lire l'échec d'un placement familial thérapeutique* : Sophie NORBERT et Stéphane BOURCET, Médecins Assistants. Pages 29 à 32.

. *L'A.F.T. et son histoire administrative au Centre Hospitalier Valvert* : Claire AILLOUD, Attachée de Direction. Pages 33 à 36.

. *Quelques données à propos de l'A.F.T. tel qu'il est pratiqué depuis quelques années au Centre Hospitalier de Digne* : Claudine THIOT, Psychologue. Pages 37 à 40.

. *Le projet thérapeutique d'accueil familial ; réflexion dans le cadre de la prise en charge infirmière* : Jean-Jacques CARDINALI, Françoise KERQUELEN, Christine PLATON, Infirmiers. Pages 41 à 45.

. *L'accueil familial : réflexion à partir d'une pratique dans le secteur 6 du Vaucluse* : Alain MOMESSO, Cadre Infirmier. Pages 46 à 49.

. *L'accueil familial thérapeutique en gérontopsychiatrie : l'expérience du Centre Hospitalier Valvert* : Marie-Christine COMMANDEUR, Praticien Hospitalier. Pages 50 à 58.

. *Bibliographie* : Michèle ANICET, Médecin Chef de Service. Pages 59 à 61.

Psy-Cause II : Mélange offert à Jean-Louis GAUTHIER

. *De quelques termes de l'accueil en psychiatrie* : Aneta SKULSKA, Médecin Assistant ; Didier BOURGEOIS, Praticien Hospitalier ; Patrick ANDRIANASOLO, Médecin Assistant ; Karine ALBERNHE, Praticien Hospitalier. Pages 63 à 69.

. *Le temps des hôpitaux de jour* : Henri BERNARD, Médecin Chef de Service. Pages 70 à 79.

. *Consultation spécialisée d'évaluation du langage et de l'audition* : Danielle RAOUX, Psychiatre ; Norbert KUBRYK, Pédiatre ; Aurore CASANOVA, Orthophoniste. Pages 80 à 84.

. *Pratique de la thérapie familiale analytique au Centre Hospitalier de Montfavet* : Geneviève BADO, Psychologue. Pages 85 à 90.

. *A propos d'un trouble de l'identité sexuelle* : Sylvie DUVAL, Médecin Assistant. Pages 91 à 93.

. *Environnements psycho-socio-culturels et manifestations psychiatriques liées à la grossesse* : Josiane EZIN-HOUNGBE, Prosper GANDAO, Thérèse AGOSSOU, René Gualbert AHI, Psychiatres. Pages 94 à 99.

. *Au sujet de la transmission : nomination et noms bibliques (enfants de Jacob)* : Moïse BENADIBA, Médecin Chef de Service. Pages 100 à 105.

. *Léonard de Vinci : pourquoi si curieux?* : Marie-Claude GARDONE, Praticien Hospitalier. Pages 107 à 109.

. *Pour un répertoire des références probables* : texte inédit de Michel SILVESTRE. Pages 110 à 114.

Rubriques

. *Actualité scientifique locale, dirigée par Jean-Paul BOSSUAT.* Pages 115 à 148.

Actualité couverte :

- Uzès, le 11 décembre 1997 : La gérontopsychiatrie, concepts, enjeux et réalisations pratiques.
- Alès, le 16 décembre 1997 : Psychose et travail des équipes soignantes.
- Aix, le 12 janvier 1998 : Les états limites chez l'enfant.
- Marseille, le 14 janvier 1998 : Les enjeux et l'avenir de la psychiatrie en France.
- Avignon, le 23 janvier 1998 : Femmes violentées.
- Avignon, le 29 janvier 1998 : Anthropologie politique.
- Montfavet, février 1998 : Le diplôme d'état d'infirmier psychiatrique.
- Marseille, le 11 février 1998 : Le dynamisme de la psychiatrie française à l'épreuve des pressions sociales.
- Marseille, le 11 mars 1998 : Psychiatrie et contexte social : quelles interfaces?
- Aix, le 17 mars 1998 : A propos de la loi de 90.
- Marseille, mars 1998 : Second bulletin de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation.
- Montfavet, avril 1998 : L'an 2000 aujourd'hui.
- Aix, le 13 mai 1998 : La psychiatrie américaine, les années 90.

. *Société : La pénurie médicale, par Jean-Michel GAGLIONE.* Pages 149 à 151.

. *La lectrice : Le discours de la servitude volontaire, d'Etienne La Boétie, par André-Salomon COHEN.* Pages 152 à 154.

Comment fonctionne Psy-Cause : Pages 155 et 156.



PSY- CAUSE I
DOSSIER
ACCUEIL FAMILIAL THERAPEUTIQUE

A la suite d'une journée consacrée à l'Accueil Familial Thérapeutique (AFT) pour patient adulte qui s'est tenue au C.H. Edouard Toulouse le 15 mai 1997 et a réuni les familles d'accueil et les équipes de soin, le projet s'est fait jour de colliger dans un numéro de Psy-Cause les réflexions échangées par les professionnels oeuvrant dans ce cadre au sein des hôpitaux de la région. Cette somme permet de dégager si ce n'est une définition du moins une description des diverses modalités d'organisation de cette pratique.

L'AFT nécessite une collaboration multidisciplinaire. Les textes recueillis émanent donc tout autant d'assistantes sociales, que d'infirmiers, de psychologues, d'agents de tutelle, d'agents administratifs ou de médecins. Seules les familles n'ont pu livrer leur expérience pour ce numéro, mais cela pourra peut être s'envisager lors d'une prochaine parution.

C'est en « toute mauvaise foi » que Mr KOWALISZYN (C.H. d'Alès) ouvre ce dossier. Le Dr BOYER (C.H. Ed Toulouse) retrace lui, l'historique du placement familial du moyen âge à nos jours. Les assistantes sociales de quatre secteurs d'Ed. Toulouse (Mmes DREZEN, FOUQUE, JUILLET et LUCCHINACCI) décrivent ensuite la spécificité de leur intervention. Mme le Dr BOISSINOT souligne à travers une observation clinique les potentialités qu'offrent l'AFT dans le devenir d'un patient psychotique. Mme KARCENY, cadre infirmier, et Mme TURCHI, infirmière, évoquent l'accompagnement réalisé par les équipes infirmières auprès des familles d'accueil. L'équipe médicale du secteur VIII du CH Valvert (Mmes les Dr GROUT et CARRIER et Mr le Dr ASTRUC) met l'accent sur les pratiques conjointes à l'AFT : psychothérapie individuelle, sociothérapie etc... L'article de Mme le Dr S. NORBERT et Mr le Dr S. BOURCET souligne le paradoxe que peut parfois présenter l'engagement du patient et de l'équipe dans un projet d'accueil familial thérapeutique.

Mme AILLOUD, attachée de direction, revient pour sa part sur l'histoire administrative des placements familiaux au sein du CH Valvert. Mme THIOT, psychologue au CH de Digne, présente une réflexion sur le cadre de travail et le projet de soin individualisé. Ce dernier point est également développé mais sous la perspective des soins infirmiers par Mmes KERQUELEN et PLATON ainsi que Mr CARDINALI.

Il en est de même pour Alain MOMESSO (CH Montfavet), avec le recul d'une expérience conduite sur un autre terrain.

La singularité de la pratique de l'AFT dans la population âgée nous est présentée par le Docteur COMMANDEUR (département de gériopsychiatrie du CH Valvert). Un recueil bibliographique réalisé par Mme le Dr M. ANICET (CH Montfavet), permettra au lecteur une approche globale de la littérature sur l'AFT, et clôt ce recueil.

Ainsi nous avons un panorama exhaustif de pratiques multidisciplinaires. Les références théoriques du soin sont également multiples, autant analytiques que systémiques ou encore inférées à une thérapie de type institutionnelle. Cette diversité rend compte de la richesse mais aussi des paradoxes et des difficultés de ce type de prise en charge.

En conclusion, ces travaux ont mis en évidence l'ancrage du placement familial dans des attitudes d'entraide séculaires. En effet le placement familial fait partie des soins dévolus aux malades mentaux depuis le moyen âge et son utilisation a évolué progressivement. Sa forme moderne est l'Accueil Familial Thérapeutique dont la définition est largement redevable aux travaux de Pierre SANS. Dans la dynamique actuelle de recherche d'alternatives à l'hospitalisation, de création de structures thérapeutiques extériorisées, l'AFT acquiert peu à peu une reconnaissance en temps que véritable outil thérapeutique. Dans certaines indications et sous certaines conditions il constitue un moyen non négligeable d'aide à la réadaptation et à la réinsertion sociale des malades mentaux. Nous nous devons d'en améliorer la pratique dans un cadre probablement intersectoriel. L'effort d'élaboration doit s'attacher au suivi des patients placés en AFT mais également à l'accompagnement des familles d'accueil. Si cette modalité de prise en charge reste à notre avis encore insuffisamment utilisée dans notre région, elle peut très probablement être encore développée à travers un échange transversal.

Patrick BOYER



VOUS RESTEREZ BIEN A DÎNER
MONSIEUR L'INFIRMIER-VISITEUR ?
ON N'ATTENDAIS PLUS QUE VOUS .

EN TOUTE MAUVAISE FOI Instantanés d'amertume anti-thérapeutique.

Richard KOWALYSZIN
Infirmier
CMP d'Alès ⁽¹⁾
Secteur Alès Est
(30 G 04)

Dans la voiture, on parle. Pas toujours, mais le plus souvent. Comme la Famille d'Accueil habite à une vingtaine de kilomètres, ça laisse du temps pour causer. Des patients, de la Famille, des collègues. Pas vraiment un travail, non, juste un bavardage, mais des fois, ça permet de penser un peu le travail. Bien sûr, il y a les réunions, qui sont faites pour ça, pour penser, mais elles servent surtout à savoir qui ira en visite dans la Famille la semaine qui vient. Car le Placement Familial Thérapeutique n'occupe qu'une petite partie (30%) de notre temps de travail de secteur. On n'a pas que ça à faire, quoi.

Il faut dire que ce P.F.T. nous est tombé dessus il y a une dizaine d'années, sans que nous n'ayions rien demandé. D'habitude, les outils thérapeutiques, nous nous les fabriquons en fonction des besoins. C'est peut-être pour ça que nous n'avons pas d'hôpital de jour. Mais le P.F.T. nous est venu comme un cadeau de Noël en juillet. Un jour, le patron est arrivé et il nous a dit *« nous avons les sous, il faut le mettre en place »*. Bon, on l'a fait ; pas la mort dans l'âme mais pas non plus dans un enthousiasme débordant. On n'allait pas laisser passer une manne de plusieurs millions (anciens), tout de même.

D'abord, on a constitué l'équipe, sur le mode de la désignation volontaire ou du volontariat désigné, comme on veut. On a établi un règlement intérieur. Ça rassure, le règlement. Et puis on a cherché des familles naïves (pas des pros) pour accueillir les patients. Ensuite, il a fallu trouver des « bons » patients pour aller dans ces familles. Bon, c'est vrai que le vocable « thérapeutique », on ne s'est pas trop penché dessus, à l'époque. On a bien tenté une hypothèse théorique, du genre *« le placement est thérapeutique par immersion, ou par trempage d'un patient dans une famille d'accueil »*. Mais pas beaucoup plus loin. Ben oui, le patron poussait derrière pour que ça aille vite, sinon on allait perdre les sous de l'enveloppe.

A cette époque, et pour nous aider un peu dans ce travail d'élaboration, on a aussi fait venir des vrais pros du P.F.T. Des qui font ça depuis des années. Ils et elles sont venus nous expliquer combien c'est important, ces techniques. La preuve, on fait du placement familial depuis le moyen-âge. Ah oui, Geel, le village-famille d'accueil. Mais eux, ce sont des Belges. C'est plus facile, pour eux, ils ont l'habitude d'avoir des invités étrangers sur leurs terres.

Nous n'avons pas tout compris des vertus thérapeutiques du Placement Familial (du moins pour les patients) mais, comme on avait les sous, on l'a fait, et depuis une dizaine d'années, ça roule.

⁽¹⁾ C.M.P. d'Alès, 2 rue du Docteur Serres, 30100 Alès, Tél 04 66 52 17 17

Alors, dans la voiture, on parle un peu de tout ça. Régulièrement, on se dit qu'il faudrait arrêter ce genre de pratiques ; qu'on gaspille un peu l'argent du contribuable ; que si on faisait un bilan un peu pointu, on aurait du mal à trouver des patients à qui ça a profité, le P.F.T.. Non, là, j'exagère : en fait, celles et ceux que nous avons placés y ont trouvé un peu leur compte, au placement. D'abord, pendant qu'ils étaient en Famille d'Accueil, ils n'étaient pas à l'hôpital, ils ont bien mangé, ils ont tous grossi. Ils se sont tenus propres sur eux ; ils n'ont subi aucun sévice. C'est déjà pas mal.

Ah si, il y a bien quelques trucs théorico-cliniques qu'on a remarqués, dans le placement. Le premier, je l'appelle le « *retour du refoulé familial* ». C'est peu de chose, mais ça pourrait être intéressant, si on savait quoi en faire : l'indication de P.F.T. concerne souvent des patients dont les liens familiaux naturels sont en général assez détériorés, voire disparus. Eh bien, il suffit qu'on démarre le placement pour que la famille naturelle se manifeste et, en général, d'une manière assez véhémement, sur le thème « *quoi, vous voulez placer notre malade ? Et d'abord, c'est qui, ces gens qui vont le recevoir ? Ah, vous les payez, en plus ? Pourquoi pas nous, dans ce cas ?* »

Je ne sais pas si ça peut avoir des effets thérapeutiques, ce retour du refoulé familial, mais c'est intéressant.

Un autre détail : contrairement à ce que nous pensions au début de l'expérience, les patients les plus « évolués » sont très difficiles à placer. Ceux qui ont été mariés, qui ont des enfants, un métier. On dirait que ce passé fait obstacle aux projections des familles d'accueil. Par contre, les patients aux pathologies « lourdes », psychoses infantiles, déficitaires, trouvent mieux leur compte dans ce dispositif. Comme si leur « *pseudo-virginité psychique* » facilitait les fantasmes éducatifs des familles d'accueil. Mais c'est juste une impression.

Bon, à force de rouler, on arrive dans la Famille d'Accueil. celle-ci, particulièrement, est plutôt solide. Elle reçoit actuellement deux patients, une femme et un homme, tous deux psychotiques, de cinquante et quarante-cinq ans. Mais avant ceux-ci, elle en a accueilli d'autres. Et, à chaque fois, malgré les difficultés, elle a réussi à tenir le coup.



Chez eux, c'est le futoir, mais un futoir sympathique. Ils reçoivent aussi des vieux qui viennent pour une semaine ou un mois, pendant que leurs enfants sont en vacances. Il y a le chien qui bouscule tout le monde. Et puis toute la famille, le père, les trois enfants. Dans tout ça nous avons rajouté deux patients. A table, il y a du monde mais la maîtresse de maison se débrouille superbement.

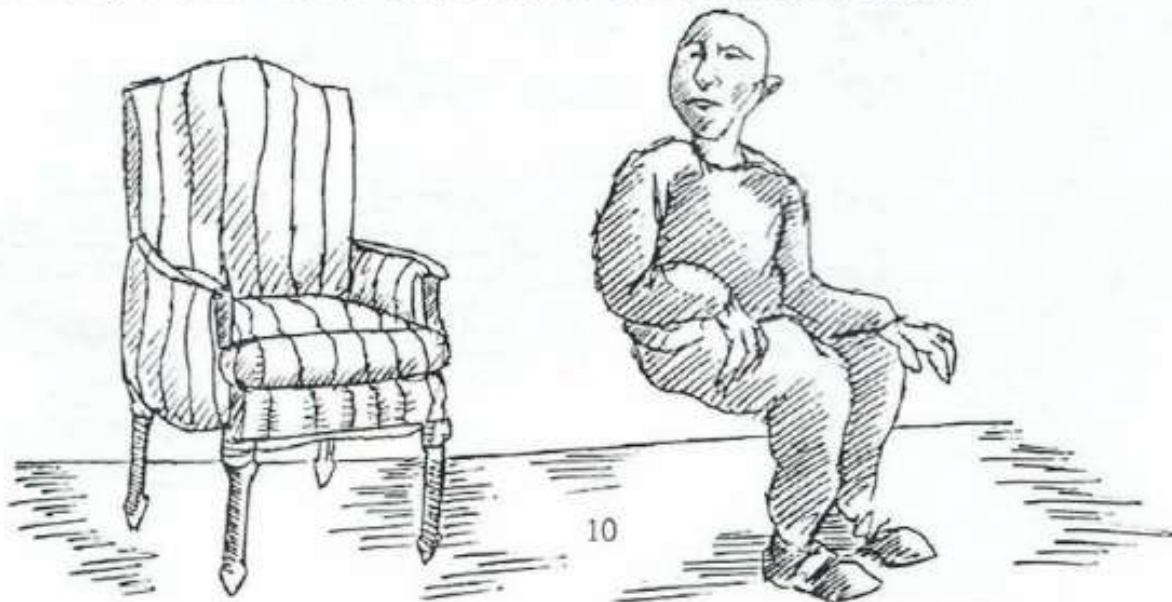
Nous arrivons au moment du café, après le repas de midi et nous restons à peu près une demi-heure, à parler de tout et de rien. Georges, notre patient, s'endort sur la table et Georgette, la patiente, soliloque en regardant ses doigts. Aujourd'hui, elle veut que nous la ramenions à l'hôpital. Du coup Georges aussi, veut revenir à l'hôpital. Allons bon! On est pourtant bien, chez la Dame, non? Ils sont d'accord tous les deux mais ils voudraient bien aller à l'hôpital, voilà. On négocie : « *une autre fois* ».

Retour vers l'hosto. On se dit que même pour le double de ce que l'hôpital donne aux familles, nous ne ferions pas ce qu'elles font. Pourquoi le font-elles, alors? Oui, bien sûr, il faut bouffer, mais 6 500F par mois pour avoir ce type de patient 24 h/24 ! Déjà que huit heures, ça nous paraît long, à nous !

Bon, c'est vrai, je n'y crois pas vraiment, au Placement Familial Thérapeutique. Même depuis que c'est devenu l'Accueil Familial Thérapeutique. Je n'y crois pas parce que je n'arrive pas à le penser. Je ne dis pas que ça ne fait pas du bien aux patients, d'aller faire un séjour chez des gens très sympas et attentifs, mais je n'y crois pas, au thérapeutique. Il me semble qu'un dispositif ou un protocole de soin ne peut pas permettre à lui seul de penser la dimension thérapeutique. *C'est d'ailleurs un des lieux communs de la psychiatrie que de croire qu'on est mieux dehors que dedans* (l'hôpital). C'est sur ce mode de pensée (?) qu'est construite la plupart des dispositifs « *intermédiaires* », alternatives à l'hospitalisation. Un dispositif comme le P.F.T. ne permet pas de tirer les fils qui permettraient de repérer des lignes théoriques.

Depuis dix ans, à peu près, j'ai participé au placement d'une vingtaine de personnes dans une dizaine de familles, j'ai rencontré des gens assez extraordinaires, au dévouement remarquable, aux motivations obscures (pour moi) ou limpides, j'ai fait des centaines de kilomètres pour aller les rencontrer. J'ai vu des patients reprendre du poids et un peu de dignité. Mais j'ai vu des familles d'accueil « *déguster* » et traverser de mauvais moments après la période d'état de grâce du début de placement. Pour certaines, même, le patient a agi comme un catalyseur, provoquant par sa seule présence, des séismes dans des familles déjà en difficulté.

Voilà. Ces lignes ont été écrites en toute mauvaise foi. Elles n'engagent évidemment que leur auteur et pas l'équipe des Placements Familiaux d'Alès. Elles sont le reflet d'un état d'esprit à un certain moment de l'histoire de la psychiatrie et de ses avatars logico-socio-technocrato-PMSIstes. Un reflet, et rien d'autre.



APERCU HISTORIQUE DE L'ACCUEIL FAMILIAL THERAPEUTIQUE

Patrick BOYER ⁽¹⁾
Praticien Hospitalier
Secteur Marseille 14 ° arrondissement
(13 G 14)

INTRODUCTION

Il s'agit aujourd'hui, au sein de l'hôpital Edouard Toulouse, de la première journée de rencontre entre les équipes soignantes qui participent aux activités de placement familial de patients adultes et les familles d'accueil.

Pour introduire les débats de cette journée, je vous propose une présentation du développement historique de cette activité thérapeutique. Ceci doit nous amener à aborder l'organisation de ce soin tel qu'il est pratiqué dans notre établissement.

I - HISTORIQUE

Les modalités d'accueil familial des patients malades mentaux chroniques reposent sur des fondements très anciens (puisque l'on retrouve les premiers témoignages écrits se rapportant à des colonies familiales au VII^{ème} siècle de notre ère). Cette pratique s'est peu à peu modifiée. Elle a fait l'objet d'une réflexion théorique médicale et est devenue un des outils des institutions psychiatriques dans leur mouvement d'ouverture vers la société. Au fil de notre histoire et de l'évolution de la psychiatrie, l'accueil familial thérapeutique a de fait connu des intérêts variables.

Depuis les années soixante il bénéficie en France d'un regain d'intérêt lié au débat sur la désinstitutionnalisation et à l'émergence du courant de thérapie institutionnelle. En parallèle, l'avènement de la politique de secteur a permis dans une certaine mesure et selon la volonté variable des établissements, le développement des accueils familiaux thérapeutiques dans une logique cohérente de soin.

A - Moyen-âge - Mythe de Geel

Mais revenons aux Premières expériences médiévales d'accueil familial.

Au Moyen-âge, en Europe, il existe de nombreux pèlerinages dont certains sont « spécialisés » dans la guérison des maladies mentales. Le plus célèbre est celui de Geel dans la partie flamande de la Belgique.

Son mythe fondateur remonte au VII^{ème} siècle. Une princesse irlandaise, Dymphne, doit fuir devant les assauts incestueux de son père. Accompagnée de son confesseur elle prend le chemin de Rome. Ils sont rejoints, par le roi près d'Anvers.

⁽¹⁾ Secteur 14, Centre Hospitalier Edouard Toulouse, 118 Chemin de Mimet, 13917 Marseille, Cédex 15 - Tél 04.91.96.99.24

Furieux, celui-ci fait mettre à mort le vieux prêtre et décapite lui-même sa fille. La scène se déroule sous le regard d'un « fou » qui en retrouve la raison. Les deux martyrs ont été canonisés et sur le lieu du supplice s'institue un pèlerinage. Par la suite, traditionnellement, les « déments » sont accompagnés à Geel afin d'obtenir leur guérison lors de pèlerinages qui correspondent à des neuvaines. Ils logent dans les dépendances de l'église. Puis devant leur nombre croissant ils sont confiés à des familles du village durant leur séjour. Si à l'issue de la neuvaine la guérison n'a pas lieu ils restent dans les familles qui leur donnent travail et logis. Ainsi accoste à Geel la « *nef des fous* », navire de pèlerins venus de Rhénanie, qui est immortalisé par les eaux fortes de Dürer. Au fil du temps ces malades constituent une part notable de la population de Geel. Ainsi en 1800, on dénombre 600 malades à Geel et en 1900 ils sont environ 2000. Parallèlement, hormis cet exemple assez unique en son genre, il faut bien dire que le statut du malade mental dans les sociétés occidentales chrétiennes est plutôt celui de réprouvé. Les patients sont volontiers regroupés dans des lieux où ils subissent des conditions de vie carcérales : les asiles.

B - XVIII^e et XIX^e siècle

En 1793, Ph. Pinel à Bicêtre, brise les « *chaînes des aliénés* » ouvre les cellules et en libère les patients. Il reconnaît le statut de malade aux aliénés. Ce médecin devient ainsi un des précurseurs de la psychiatrie moderne.

A cette époque, la colonie de Geel continue d'attirer des pèlerins mais également des médecins intrigués qui viennent observer cette vie communautaire mais s'en inspirent peu dans leur pratique de soin. Esquirol, en 1821, est enthousiasmé par cette prise en charge sociale des malades mentaux qui leur rend une certaine liberté et une place dans la ville et ses environs. Moreau de Tours, en 1843, insiste sur la dignité rendue aux malades.

Pourtant diverses critiques sont émises par d'autres médecins à propos de la situation des malades à Geel ; selon eux le traitement médical et la surveillance sont insuffisants, les moyens de coercition pénibles et les familles « *nourricières* » incompetentes. Il est exact que la situation des malades apparaît très variable. Les plus agités sont entravés, d'autres plus dépendants se trouvent exposés aux mauvais traitements de leurs hôtes, les turbulents et les plus séniles sont relégués dans des hameaux éloignés et pauvres.

Au milieu du XIX^e siècle s'installe à Geel une équipe médicale et en 1862, se crée une petite clinique appelée infirmerie destinée aux patients nécessitant des soins hospitaliers.

Suivant cet exemple plusieurs colonies familiales sont créées en Allemagne, en Ecosse, en Angleterre, en Hongrie et à Lierneux en Belgique pour les malades mentaux d'origine wallonne. En France, à la fin du XIX^e siècle la création de colonies familiales est confiée, par le conseil général de la Seine, au docteur Marie. Sous l'autorité de ce dernier sont créés la colonie de Dun-sur-Auron dans le Cher qui accueillera jusqu'à 2 000 femmes puis, en 1898 l'annexe d'Ainay-le-Château dans l'Allier regroupant des patients de sexe masculin. Ces colonies sont destinées aux aliénés de Paris dont l'état était paisible. Leur fonction est de contribuer à désengorger les grands asiles de Paris, en recevant des malades chroniques, généralement assez âgés. Elles constituent la dernière étape de la prise en charge d'une personne sensée ne plus évoluer. Par la suite le choix des sites d'implantation d'autres colonies se fait selon certains principes directeurs : campagnes isolées pour prévenir les évasions, climat salubre, environnement social rural et pauvre, milieu sobre et moralité certaine des familles. Il faut bien reconnaître que c'est ainsi l'exclusion des malades mentaux hors de la cité qui est réalisée.



C - Période contemporaine

Plus récemment en 1967, à la faveur des prémices de la politique de sectorisation en psychiatrie, Ph. Paumelle et F. Champion créent le « *placement familial psychothérapeutique* » pour adultes du XIII^e arrondissement de Paris. Celui-ci vient avec d'autres structures faire évoluer les conceptions qui prévalent dans les anciennes colonies familiales.

Ce cadre thérapeutique d'un nouveau style est implanté autour de Soisy-sur-Seine en relation avec l'hôpital de l'Eau-Vive. Le placement familial est considéré par l'équipe hospitalière qui le développe comme un véritable outil thérapeutique du secteur. Elle sélectionne les familles d'accueil, examine les demandes de placement et assure le suivi des patients.

Des expériences similaires se développent partout en France, à plus ou moins grande échelle. Ces placements familiaux se sont ensuite répartis en placements familiaux sectoriels, intersectoriels et extrasectoriels.

a - Les modalités du placement familial sectoriel a certaines caractéristiques :

- les familles d'accueil doivent habiter au niveau du secteur, ou à proximité,
- elles sont soit salariées par l'hôpital, soit indemnisées,
- l'activité se situe au sein d'une politique sectorielle dont elle ne constitue qu'un des dispositifs de soin,
- le nombre de place est généralement limité.

b- Les placements familiaux intersectoriels

Ils répondent aux besoins de plusieurs secteurs dépendant d'un même établissement ou d'établissements proches géographiquement. Ils fonctionnent sur le même mode que les placements sectoriels mais permettent la mise en commun de personnel et de moyens. Ils peuvent être destinés à une population de patients particulière : patients âgés, enfants.

c- Les placements familiaux extrasectoriels

Diverses sociétés d'hygiène mentale départementales et l'association des Croix Marines ont suscité la création de structures de placement familial extrasectoriel répondant à la nécessité de réinsertion sociale des malades handicapés mentaux adultes. Il s'agit de patients présentant un retard mental ou de patients stabilisés et pouvant sortir du cadre hospitalier. Un office social départemental est alors chargé de la gestion des familles.

Des associations de soin aux toxicomanes, ou aux enfants psychotiques par exemple, essentiellement sous tendues par l'action des familles de patients ont mis en place une démarche similaire d'accueil. Un véritable réseau de familles d'accueil s'est ainsi créé.

Dans d'autres pays (USA, Belgique), ce type de placement s'est développé pour répondre à la volonté de réinsertion sociale des jeunes délinquants.



II - ACCUEIL FAMILIAL THERAPEUTIQUE POUR ADULTES

Depuis une dizaine d'années, le concept de **placement familial** a évolué vers celui d'**accueil familial thérapeutique**. Ceci d'une part, pour se conformer à l'évolution de la démographie des patients suivis en psychiatrie et des progrès observés dans ce domaine. De fait les patients pouvant bénéficier d'un placement en famille d'accueil sont aujourd'hui plus des psychotiques que des déficitaires. La révolution thérapeutique constituée par l'avènement des neuroleptiques, conjointement au développement des prises en charge psychothérapeutiques (institutionnelles ou autres), ont permis d'envisager la réinsertion sociale voire le maintien hors de l'hôpital, d'un nombre croissant de patients psychotiques.

D'autre part, le nombre de patients accueillis par chaque famille a été restreint afin d'éviter la dérive que réalisaient certains placements « communautaires », inflationnistes dans leur capacité d'accueil, situés volontairement loin des cités et constituant en sorte un nouveau mode d'exclusion des malades mentaux ou encore une exploitation scandaleuse du fait des indemnités versées.

En outre l'idée force est actuellement que l'accueil familial se situe comme une étape intermédiaire dans la prise en charge des patients, avant l'hébergement en appartement associatif ou dans un logement personnel. Il ne s'inscrit plus comme une ultime possibilité de vie à l'extérieur de l'hôpital mais bien dans une logique de réinsertion et de soin diversifiés.

En outre la loi du 10 juillet 1989, remet entre les mains du service public hospitalier la gestion des accueils familiaux et donne un statut légal aux familles.

III - L'EXPERIENCE DE L'HOPITAL E. TOULOUSE

L'expérience de l'hôpital E. Toulouse paraît exemplaire du point de vue de l'évolution des idées. En effet le placement familial y a été développé dès 1966. Une association avait été constituée, regroupant les différents secteurs et gérant un nombre important de familles à Marseille et dans les environs. Actuellement 32 patients bénéficient de ce type d'accueil. Un groupe inter-sectoriel des accueils familiaux a été créé en 1995. Il est constitué des représentants des équipes sectorielles chargées des accueils familiaux et se réunit mensuellement. Il a rédigé un règlement intérieur en partenariat avec la direction et en accord avec la nouvelle législation. Les familles sont recrutées grâce à des annonces dans les quotidiens locaux. Elles sont sélectionnées suite à une ou plusieurs visites à leur domicile afin d'évaluer leur capacité matérielle et psychologique d'accueil. Le groupe intersectoriel évalue le recrutement de chaque nouvelle famille et effectue la présentation des patients qui doivent bénéficier d'un accueil familial thérapeutique. Il évalue le déroulement de l'accueil familial et étudie les problèmes qui peuvent s'y poser.

Une fois retenues, les familles signent un contrat avec l'établissement. Un accompagnement régulier des patients et des familles est réalisé par une équipe spécifique comprenant médecin, infirmiers et assistante sociale. Le suivi consiste en des consultations, des visites à domicile et des réunions à échéances régulières.

CONCLUSION

Ce type de pratique ancien et moderne à la fois constitue un appoint thérapeutique afin de favoriser le maintien dans la société des malades mentaux chroniques. Pour répondre à cet objectif et ne pas constituer une impasse, ni un moyen de pallier à une insuffisance des soins, l'accueil familial thérapeutique nécessite un personnel soignant accompagnant suffisamment nombreux et motivé. La formation et le soutien des familles paraît aujourd'hui un axe prioritaire à développer.

REFERENCES

- BORRI R. Les placements familiaux thérapeutiques dans le secteur XI des Bouches du Rhône, thèse de doctorat, Marseille, 1989.
- BRUNIER J. En France, in Les interactions en accueil familial, direct. WETSCHBENQUE M., VUGTEVEEN W., MELIARENNE B., G.R.E.P.F.A., p 48-50.
- SANS P. Les placements familiaux thérapeutiques, Paris, Ed. Fleurus, 1987
- SANS P. Accueil et placement familial, historique, diversité, difficultés, législation, Paris, Ed. Fleurus, 1989.



PRATIQUE DES ASSISTANTES SOCIALES AU SEIN DE L'ACCUEIL FAMILIAL THERAPEUTIQUE

Paulette DREZEN
Secteur Marseille 13 ème
(13 G 13)

Marie Anne FOUQUE
Secteur Marseille les 2 et 3èmes en partie
(13 G 11)

Michelle JUILLET
Secteur Marseille 16 ème,
partie 15 ème, Pennes Mirabeau
(13 G 16)
Madeleine LUCCHINACCI
Secteur Marseille 14 ème
(13 G 14)

Assistantes Sociales ⁽¹⁾

1) La Loi : cadre général

- Loi n° 89-475 du 10 juillet 1989, relative à l'accueil par des particuliers à leur domicile à titre onéreux de personnes âgées ou handicapées adultes.

- Article 8 de l'arrêté du 1^{er} octobre 1990, relatif à l'organisation et au fonctionnement des services d'accueil familial thérapeutique : « *Lorsque l'unité d'accueil n'a pas été agréée par le Président du Conseil Général en application de la Loi du 10 juillet 1989 susvisée, le dossier constitué en vue du recrutement comporte nécessairement une enquête sociale* ».

2) Le recrutement

- Travail d'évaluation sur *la capacité* d'accueil de la famille et de *sa convivialité*.

- Analyse de la *perception par la famille* de sa future fonction.

- Etude des *motivations* : « *qu'est ce qui pousse une famille à accueillir une personne en difficulté psychologique grave?* »

- **Evaluation :**

* *de l'aptitude* de la famille par rapport à des *critères matériels*,
« comment aborde-t-elle les contraintes administratives? »

* *de son insertion sociale* : « comment une famille se situe face à son environnement social (insertion professionnelle, et relation de voisinage) et familial ».

* *conditions matérielles* d'hébergement.

- Information sur le règlement intérieur régissant l'accueil thérapeutique.

- Constitution du dossier administratif.

L'ensemble des points ci-dessus constitue les éléments de l'enquête sociale, qui sera rédigée sur chaque famille potentielle en vue d'une présentation aux instances décisionnelles.

⁽¹⁾ Centre Hospitalier Edouard Toulouse, 118 Chemin de Mimet, 13917 Marseille Cédex 17, Tél 04.91.96.98.00

3) Participation à la recherche de l'adéquation entre la famille recrutée et le patient

Du point de vue de la famille d'accueil à recruter : en fonction de l'âge moyen de la famille (de sa composition...) nous orientons notre choix vers une personne plus ou moins jeune. Nous tenons compte du désir des familles sur le sexe de la personne à accueillir. Il est à noter que la demande est plus importante pour l'accueil de femmes par rapport aux hommes, bien que le nombre de patients hommes à placer soit supérieur.

Du point de vue du patient : présentation du patient à la famille choisie. Si le patient est d'accord, nous lui proposons des périodes d'essais dans cette famille. A l'issue de ces temps d'observation qui peuvent être plus ou moins longs, nous faisons une évaluation afin de concrétiser cet accueil.

4) Notre rôle de suivi

En tant qu'Assistants sociaux psychiatriques nous faisons partie intégrante de l'équipe soignante pluridisciplinaire. Nous nous positionnons en tant qu'Assistants Sociaux des patients, et notre travail s'oriente vers le suivi de ces derniers : maintien dans la famille, mais également projet d'orientation vers d'autres structures. Nous ne sommes en aucun cas Assistants Sociaux des familles, car dès le recrutement par notre établissement ces dernières sont nos partenaires dans un travail de reconstruction de la vie du patient vers l'extérieur, resocialisation... Nous restons à l'écoute du questionnement des familles, et essayons de permettre la liaison et la communication de ces dernières avec notre Administration. Nous faisons également le lien entre l'équipe soignante et la famille, les tuteurs et les différents interlocuteurs sociaux.

Bien qu'étant en partenariat avec la famille d'accueil, nous restons vigilant sur la qualité de vie du patient sur le plan matériel et relationnel. Ce contrôle doit s'inscrire dans une dynamique et tendre vers une évolution favorable du patient.

5) Conclusion

Chaque secteur et équipe a son fonctionnement propre, sa façon d'intervenir. La présentation que nous venons de vous faire n'est pas exhaustive. Nous sommes bien conscients que le travail est difficile pour tous, que nous avons eu parfois des écueils, mais globalement l'accueil familial est très positif tant au niveau des échanges que des résultats. Nous constatons après de nombreuses années de pratique que l'accueil familial thérapeutique est un réel outil de travail qui contribue au mieux être de ces patients. Pour certains l'accueil familial thérapeutique peut être un lieu de vie au long court et par d'autre une passerelle vers un ailleurs possible.



JEAN PAUL : UN PARI POUR EXISTER

Dolorès BOISSINOT⁽¹⁾
Médecin Chef de Service
Secteur Marseille 3^{ème} arrondissement
(13 G 12)

Jean Paul est né en 1953.

L'équipe soignante du service le rencontre pour la 1^{ère} fois en 1979 pour une première hospitalisation. Jean Paul a un contact féminin, il est blond avec des yeux clairs, sa voix est très douce, gênée par un problème de prononciation. Il est d'aspect frêle. Dans le dossier il est noté à l'époque *« présentation de petit garçon »*. Il dit, alors, *« je suis un enfant »*. Pourtant Jean Paul a 26 ans.

Originaire de la région d'Avignon, 3^{ème} et dernier enfant, il n'a pas été désiré. Son père dira même lors d'un entretien des paroles très dures : *« je n'en voulais pas, il m'a été imposé par les médecins - c'est un accident sur toute la ligne »*. Jean Paul ressemble à sa mère, d'origine Polonaise. Même blondeur, même bleu des yeux. Soignée pendant de nombreuses années pour une psychose maniaco dépressive elle a peu vécu à la maison, étant la plupart du temps hospitalisée. Elle n'a pu élever Jean Paul et il a été placé en pensionnat. Elle se suicidera par noyade. Jean Paul avait 14 ans. Jean Paul est vécu comme **l'enfant en trop**. De plus il est né avec un bec de lièvre opéré rapidement, mais cette malformation a accentué le rejet du père. Et puis cette ressemblance troublante avec sa mère, alors que le père est très brun, le situe du côté maternel, du côté de la maladie...

Jean Paul sur le plan scolaire puis professionnel va aller d'échec en échec. De nombreux stages sont entrepris puis abandonnés. Orienté à la Calade, au Vigan, au Peyron, à plusieurs reprises, il revient chaque fois dans l'institution avec un sentiment d'échec et d'incapacité. Il dira : *« la société est pourrie, elle est dangereuse, elle n'offre pas d'intérêt pour moi »*.

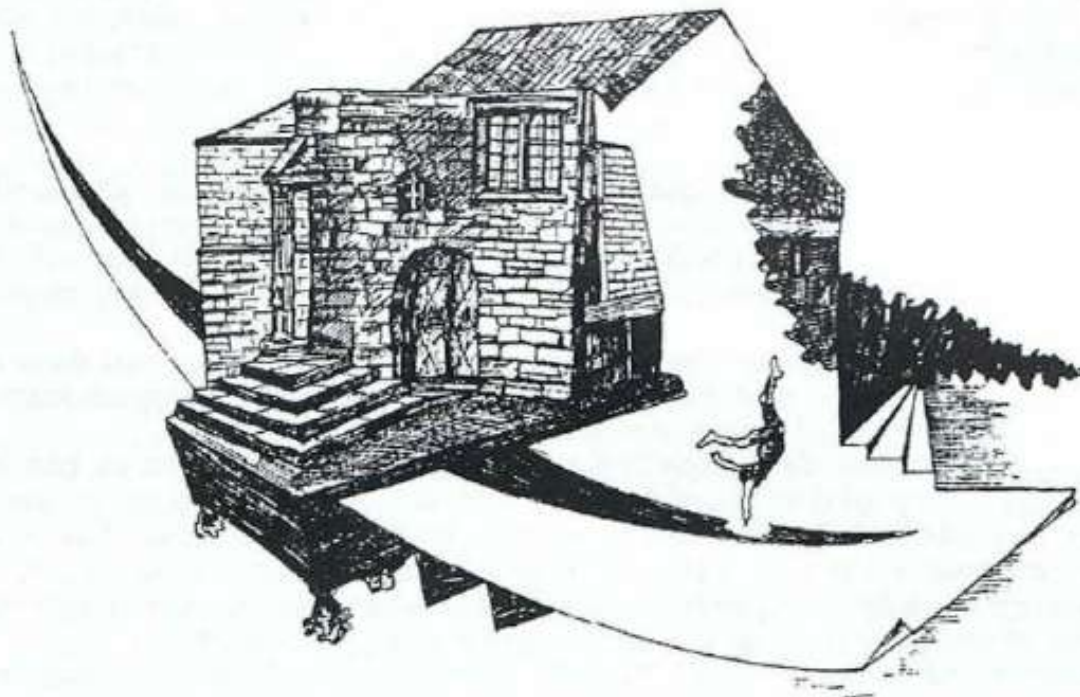
Jean Paul a effectué deux tentatives de suicide à l'âge de 17 et 20 ans. La pathologie qu'il présente associe des thèmes délirants mystiques, un vécu corporel semblable à celui d'une mécanique, une évolution déficitaire avec apragmatisme, repli sur soi et détachement. Mais aussi des troubles de l'humeur et une angoisse majeure l'amenant à une demande de réassurance et de protection qu'il trouve dans l'hôpital. Le repli de Jean Paul s'accroît et l'équipe après 6 ans de prise en charge et de projets de soin se sent impuissante. Le pronostic paraît sombre et les possibilités de sortie de l'hôpital s'amenuisent. L'idée d'un A.F.T. prend alors forme.

L'équipe pense à une famille d'accueil composée d'une femme célibataire, d'un certain âge, originaire de l'Est de la France. Elle a déjà travaillé avec des services de psychiatrie. Elle vit dans un petit village et la maison se situe à l'écart, dans la campagne, assez isolée. Elle fait partie d'un groupe religieux et a beaucoup de contacts avec les USA où une grande partie de la communauté vit. L'été, elle reçoit dans sa grande maison de nombreux membres de cette communauté américaine.

⁽¹⁾ Centre Hospitalier Edouard Toulouse, 118 chemin de Mimet 13917 Marseille Cedex 15, Tél 04.91.96.98.00

L'A.F.T. s'est mis en place en 1985. Il se poursuit à l'heure actuelle. Jean Paul a remarquablement évolué pendant 12 ans. Une seule réhospitalisation, au début, de 10 jours a été nécessaire. Il s'est transformé peu à peu, reprenant confiance en lui. Après des années de repli à la campagne, il peut maintenant venir à Marseille seul pour des courses, se rendre au C.M.P. pour des entretiens. Il fait de la photo et photographie la nature au milieu de laquelle il vit. Il s'est apaisé et sa souffrance ne l'empêche plus de rentrer en contact avec l'autre. Peu à peu il a repris goût à la vie, a pu renouer avec son père, ses frères et sœur.

Que s'est-il passé pour lui?



Avec l'équipe au cours de notre réflexion, nous avons dégagé plusieurs axes :

- tout d'abord la **rencontre** : elle se situe dans un cadre symbolique celui d'un accueil familial réalisé par un service de soin, médiateur entre une famille représentée par « *une femme* » et un patient qui se présente comme « *un enfant* ». Mais cet imaginaire là ne va pas envahir la relation même s'il la nourrit. Car Madame M. ne se situe pas en tant que « *Une mère* » mais comme un personnage qui le soutient, l'entoure, lui ouvre sa maison, lui reconnaît une place, non pas celle d'un fils, celui qu'elle n'a pas eu, mais celle d'un patient qu'elle va aider.

Cette distinction a son importance : il eut été catastrophique que Jean Paul trouve une mère et Madame M. un fils. Dans ce cas l'imaginaire et ses projections ambivalentes seraient seuls à l'oeuvre répondant aux phantasmes de chacun. Non il ne s'agit pas de cela, mais plutôt d'une rencontre dans un registre symbolique, c'est à dire un personnage qui même s'il est maternant, est repéré comme famille d'accueil dans un cadre bien précis ; et c'est notamment l'équipe soignante qui, de par sa fonction, et ce grâce à la triangulation famille d'accueil - patient - équipe soignante, permet d'éviter ce télescope imaginaire.

Au contraire, le travail des identifications va prendre appui sur cet imaginaire mère-fils, et va aider le patient à accéder au registre symbolique au sens analytique du terme. L'équipe soignante vient donc en position de tiers, facilitant les échanges entre les 3 pôles, évitant une relation duelle Famille-Patient, prisonnière de leurs projections respectives. C'est pour cette raison, entre autres, qu'il était si important de donner un véritable statut aux familles d'accueil pour leur permettre d'occuper une place bien repérée dans le registre symbolique, assujettie à la Loi et aux Lois et non au bon vouloir et à la toute puissance de l'un d'entre eux, relation que malheureusement beaucoup de patients psychotiques ont subi dans leur enfance.

Jean Paul a enfin une place et à partir de ce « *contenant* » il va peu à peu réélaborer des pensées, des affects qui l'amèneront à se positionner en tant que sujet de sa propre histoire. Il va prendre du recul par rapport à lui-même et à sa trajectoire douloureuse ; à ce moment là il pourra se tourner à nouveau vers son père, non plus écrasé par cet autre rejetant, qu'a toujours été ce personnage paternel tyrannique et autoritaire, mais vers son père tel qu'il est avec ses multiples facettes et notamment sa fragilité.

A cette notion de contenant que représente la famille d'accueil, essentielle, s'articule celle des *limites* : le cadre de vie, les règles de fonctionnement qui scandent le quotidien, tous ces repères très proches du rythme de la nature et des saisons représentent des règles symboliques qui « *bornent* » au sens de la limite, le vécu dissocié de Jean Paul.

Limite au niveau de l'espace : ce patient rappelons le n'a jamais vécu dans un contexte familial. Il a été élevé en pensionnat puis est allé de stages en apprentissages, sans un espace chaleureux où il puisse se retrouver.

Le rejet de la Société, dans laquelle il se sent perdu, n'en comprenant pas les règles, son refuge à l'hôpital dans lequel il se sent sécurisé, indigent, et ses propos le confirmaient, un sentiment de déréliction et un vécu de dépersonnalisation, son corps devenant une mécanique. Prenant appui sur l'espace familial composé de la maison, du jardin, de leurs rythmes devenus familiers, Jean Paul va reconstruire une *enveloppe* une représentation de son corps qui n'est plus un ressenti chaotique et mécanique.

Ce contenant et ses limites viennent faire « *butée* » au vécu dissocié de sa pensée et de son corps. Leurs effets se traduisent également dans le registre de la pensée et de la relation.

Jean Paul bien que replié au début, voit s'ouvrir devant lui un *espace transitionnel* bien délimité par les rythmes de la vie familiale évoqués plus haut, un espace *entre-deux*, où les échanges sont possibles, où avancer n'est pas vécu comme dangereux, où chacun apporte quelque chose qui se construit dans une relation privilégiée, où la confiance se tisse au fil des jours. Il ne s'agit pas d'un maternage, nous l'avons vu, mais d'une *co-présence*, au sens de « *l'Etre avec* » au quotidien où le respect de l'autre donne une dimension contenante à la relation.

Sa prise de recul sur le monde qui l'entoure va se cristalliser autour de son intérêt pour la photo : il va avec un véritable talent photographier la nature au fil des différentes saisons, la vie des animaux familiers, la maison qui change selon les périodes de l'année. La photo est un témoin, preuve que tout cela existe, et il en est l'acteur, ne subissant plus les événements chaotiques de sa vie. Il accède au registre du plaisir de créer, à un domaine artistique car il y a de la recherche dans ses clichés, ils ne sont pas que reflet mais message d'un sens qu'il leur donne.

Enfin *l'autonomie* : ce terme comme celui de projet thérapeutique, à force d'être employé devient vide de sens. Le projet était-il que Jean Paul devienne autonome, ou plus autonome?

Non : le projet se situait plutôt pour lui du côté de pouvoir exister de façon « *pacifiée* » ailleurs que dans la vision d'un monde persécutoire et violent face auquel seul un repli autistique pouvait garantir d'être hors d'atteinte.

L'autonomie est une conséquence dans un processus évolutif qui l'englobe. Le fait de parvenir à exister en tant que sujet, amène de fait le patient à conquérir une plus grande autonomie. Il s'agit là d'une dynamique qui s'appuie sur les échanges avec le monde qui entoure le patient, qui lui offre une place, des interactions, un espace, où exister est possible. L'autonomie accompagne ce processus et vient témoigner de la reconstruction du sujet.

Je conclurai sur la question de la *séparation* : elle sera forcément un jour douloureuse, remettant en cause l'équilibre de vie que Jean Paul a construit grâce à sa famille d'accueil. Mais nous pensons qu'il est devenu suffisamment « *fort* » au sens de solide à présent pour y faire face, il travaille d'ailleurs cette question de l'*après* dans les entretiens. L'équipe, de toute façon sera là pour le soutenir et l'aider dans cette nouvelle épreuve à aborder une autre étape de sa vie. Il prépare et anticipe cet « *après* » de l'Accueil Familial en mettant de l'argent de côté, en prévoyant de louer un appartement où il pourrait vivre seul. Son rêve, à un moment donné, a été d'acheter une parcelle de terrain et d'aménager un cabanon existant en studio. Ce rêve témoigne de l'acceptation de se séparer un jour, même si cela sera difficile, tout en restant là, tout près, dans ce cadre si beau dans lequel il a pu naître.

Il nous semble primordial de mettre au travail avec le patient cette question essentielle, qui se pose toujours à un moment où à un autre, de la *séparation d'avec sa famille d'accueil*. Cette anticipation vient rompre l'immobilisme d'un temps figé et suspendu, à l'écart de la réalité du monde extérieur où la question de la séparation avec l'autre interpelle chacun d'entre nous à un moment donné de notre vie et bouleverse notre système de défenses.

Ainsi, il est tout aussi important de **savoir mettre en place un Accueil Familial Thérapeutique, l'accompagner dans son évolution et envisager à un moment donné de pouvoir y mettre un terme.**

Nous pensons que Jean Paul est prêt à présent pour devoir un jour rencontrer cette remise en question fondamentale d'une partie de son existence...



LA PRATIQUE INFIRMIERE DE L'A.F.T.

Monique KARCENTY ⁽¹⁾
Cadre infirmier
Secteur Marseille 3 ème
(13 G 12)

Marie-France TURCHI ⁽¹⁾
Infirmière
Secteur Marseille 3 ème
(13 G 12)

Travailler au sein d'une équipe d'accueil familial thérapeutique confère une certaine expérience. Quelles réflexions, cette pratique suscite-t-elle de notre part?

Qu'engendre la collaboration entre le personnel infirmier et la famille d'accueil?

1) Une relation permanente

Les modalités de la prise en charge impliquent une relation permanente et sinon continue, du moins régulière, allant de la recherche de la famille d'accueil, puis de la présentation du patient à la famille retenue, au suivi du patient via des visites mensuelles, en règle générale, (plus espacées - trimestrielles- lorsque la famille d'accueil est éloignée).

2) De la disponibilité

L'accueil en milieu familial suppose une disponibilité d'autant plus grande que l'infirmière devra se rendre chez la famille pour gérer les difficultés signalées par les unités d'accueil.

3) Une confiance mutuelle

Cette collaboration avec la famille est nécessaire et contribue à renforcer les liens de confiance qui doivent présider aux relations entre patient, famille d'accueil, équipe soignante, indispensables à la poursuite du projet de soins individualisé.

4) Une interaction entre les savoirs des uns et des autres

Ce partenariat peut être considéré comme l'alliance entre le savoir psychiatrique et le savoir-faire de la famille d'accueil. L'objectif étant que cette interaction équivaille à un soin capable de permettre au patient d'évoluer et de favoriser son insertion familiale, en prévision plus tard d'une insertion sociale.

5) La notion de référent

L'intervention de l'infirmière peut être perçue comme celle d'une personne référente, dépositaire de l'histoire personnelle, voire institutionnelle du patient, devant utiliser ces paramètres pour en faire des outils de travail essentiels dans ce type de soins.

6) Une position de médiateur

Lors d'un état de crise, l'infirmière aura un rôle de médiateur, arbitrant, dédramatisant le mal-être ou le conflit du moment dans l'unité d'accueil familial, en se référant à la loi, à l'institution soignante, comme notion structurante. Car si pour nous, le lieu de travail est l'unité psychiatrique, pour la famille d'accueil, le cadre institutionnel est la fois cadre de vie, lieu d'habitation et lieu d'être.

⁽¹⁾ C.M.P. de la Belle de Mai, 2 Bd Cabasson, 13003 Marseille, Tél 04.91.50.20.37

7) Le relais dynamisant et mobilisateur d'une équipe pluri-disciplinaire

Enrichir la réflexion:

- par la conscience de l'institution fait prendre des risques à la famille en lui confiant parfois des patients en difficultés,
- par la recherche d'une maîtrise des situations,
- par l'utilisation optimale des moyens dont l'équipe pluri-disciplinaire de l'A.F.T. dispose et par la mobilisation de l'ensemble des acteurs (médecins, assistantes sociales et agents administratifs).

CONCLUSION

L'A.F.T. temporaire ou au long cours, fait partie d'un projet thérapeutique individuel, qui s'adresse aux patients dont les repères dans la vie de tous les jours sont précaires et d'autonomie faible. Ainsi, le passage de l'hôpital à l'univers social, la rupture avec le milieu familial d'origine peut trouver dans ce mode de prise en charge un support important.

Au sein de l'équipe pluri-disciplinaire de l'unité d'A.F.T., l'infirmière psychiatrique est confrontée à la fois, au patient, à la famille d'accueil, aux autres membres de l'équipe thérapeutique. Là, son rôle essentiel de pivot nous apparaît, tour à tour, nécessiter de sa part :

- d'être en relation permanente avec patient et famille d'accueil,
- de faire preuve de disponibilité,
- d'entretenir une confiance mutuelle,
- d'apporter son savoir à celui de la famille d'accueil,
- de servir de référent,
- d'agir en médiateur, de dédramatiser,
- de relais dynamisant et mobilisateur de l'équipe pluri-disciplinaire dans sa relation avec le patient et la famille d'accueil.



LES PRISES EN CHARGE CONJOINTES A L'ACCUEIL FAMILIAL THERAPEUTIQUE

Intérêts et modalités

Cécile GROUT⁽¹⁾
Sophie CARRIER (1)
Médecins Assistants
Jean Jacques ASTRUC (1)
Praticien Hospitalier
Secteur Allauch et Marseille 12 ème
(13 G 08)

INTRODUCTION

Dès la mise en place de notre unité d'accueil familial thérapeutique en 1991, nous avons organisé un suivi rapproché des placements familiaux, sous forme d'entretiens hebdomadaires. Nous alternons visites à domicile et rencontres plus formelles à l'hôpital Valvert où nous recevons famille et patient séparément avant une réunion commune. Parallèlement à cette prise en charge, quelques patients sont suivis de manière individuelle par un thérapeute du secteur. Malgré l'attention portée à l'accompagnement des familles et des patients, deux placements nous ont posé un problème similaire. Les projets se sont mis à stagner et les symptômes ont envahi la scène tant dans le cadre du placement que dans celui du suivi individuel. Notre soutien ne semblait pas suffire à dénouer les problèmes si bien que nous avons eu l'idée d'orienter ces patients vers une prise en charge individuelle, extérieure au service et parallèle à celle de l'équipe d'accueil familial. Nous avons constaté par la suite une amélioration spectaculaire des symptômes et de l'autonomie.

Nous proposons ici une petite halte clinique autour de ces deux cas. Quelles ont été les raisons de la crise ? Quelles sont les causes en jeu dans l'enlisement de la prise en charge ? Quels processus thérapeutiques ont-ils conduit à l'amélioration secondaire ? Autant de points que nous allons nous efforcer d'éclaircir. Ceci avant de discuter l'intérêt de telles prises en charges conjointes à l'accueil familial thérapeutique et de réfléchir à leurs modalités et indications.

EXPOSE DES CAS

A son arrivée dans sa famille d'accueil, Monsieur A., âgé de 53 ans, présentait des **symptômes obsessionnels très invalidants**. Malgré plusieurs années passées entre hôpital et maison de repos, nous comptons sur le fait que ce patient avait gardé très longtemps une autonomie correcte et une activité professionnelle stable. Dès le début du placement, considérant qu'il bénéficiait d'un potentiel d'élaboration exploitable, nous l'avons encouragé, en plus du suivi propre au placement, à s'engager dans un travail psychothérapique individuel, auprès d'un praticien du secteur. Mais lors des rencontres avec l'équipe d'accueil familial, il envahissait les entretiens de ses symptômes obsessionnels, si bien que tout travail autour de l'accueil familial devenait

⁽¹⁾ Centre Hospitalier Valvert, Boulevard des Libérateurs 13391 Marseille Cédex 11

difficile. D'autre part, la prise en charge individuelle avec le médecin du secteur s'avérait mal investie et peu différenciée du suivi en Accueil Familial Thérapeutique (AFT). Un peu comme si Monsieur A. ne parvenait pas à situer correctement les différents intervenants, à les distinguer quant à leur place et leur fonction. Nous continuions d'insister sur l'intérêt d'un suivi parallèle au nôtre, sur la distinction travail individuel/travail centré sur le placement. C'est la famille d'accueil qui indiqua alors au patient un thérapeute privé de leur connaissance. Assez rapidement, Monsieur A. investit fortement les entretiens rapprochés que lui proposa son nouveau thérapeute. D'un autre côté, les rencontres avec l'équipe d'accueil familial permirent de se centrer davantage sur les interactions famille d'accueil/patient/famille naturelle, le patient verbalisant clairement qu'il préférerait traiter certaines de ses difficultés personnelles avec son psychiatre. Monsieur A. présenta alors un épisode d'allure conversif après lequel les symptômes obsessionnels jusqu'alors très invalidants s'estompèrent en quelques semaines. Monsieur A. qui hésitait auparavant plusieurs heures avant de poster une lettre, démarrer sa voiture, reculait sans cesse tout projet de visite chez sa mère, se mit à voyager, seul ou en compagnie de son amie qu'il ne contactait plus que par téléphone depuis quatre ans.

Avant son placement en famille d'accueil, Monsieur B. était bien connu du secteur. On notait surtout une incapacité à mener les projets d'autonomisation proposés par le patient lui-même, puis abandonnés toujours au moment le plus favorable, dans la précipitation et la confusion. Les hospitalisations étaient fréquentes. Les symptômes aigus prenaient l'allure curieuse d'épisodes pseudo-confusionnels avec anxiété majeure et parfois manifestations somatiques de type lipothymie. Son autonomie avait fini par se réduire et les projets de sorties se limitaient à des orientations en maison de post-cure.

Dans son cas, le placement en famille d'accueil induit des phénomènes de transfert et de répétition spectaculaires. Il réveilla sans doute une histoire infantile douloureuse marquée par un climat à la fois abandonnique et incestueux. D'emblée, nous avons encouragé la poursuite d'un suivi individuel engagé auprès d'un psychiatre du secteur. Il paraissait préférable que le traitement médicamenteux et certaines difficultés personnelles restent traitées en dehors du placement. Mais Monsieur B. s'est vite montré incapable de situer clairement les différents intervenants dans sa prise en charge et s'est mis à introduire une certaine confusion. Il organisait par exemple des rencontres montées de toutes pièces entre son thérapeute et sa famille d'accueil. Il induisait aussi par ses propos des discussions entre les différents médecins impliqués dans son suivi. Famille d'accueil et équipe de suivi semblaient pour lui former un bloc confus auquel le thérapeute individuel était également assimilé. Le moindre projet d'autonomisation conduisait notre patient à des passages à l'acte-répétition difficile à élaborer verbalement avec lui et qui mettaient le placement en péril. Il nous apparaissait plus que jamais indispensable que Monsieur B. puisse bénéficier d'un lieu d'écoute différencié. Le lieu de vie se situant assez loin de notre secteur, l'idée d'un suivi proche du domicile semblait être une solution. Encouragé par la famille d'accueil qui l'aida à entreprendre cette démarche, Monsieur B. prit contact avec l'équipe de secteur proche de son nouveau domicile. C'est ainsi qu'indépendamment de notre travail en accueil familial, il fut pris en charge en CATTP. Il y investit rapidement activités et soins. Ce nouveau lieu de soins axé sur la sociothérapie servit de médiateur pour permettre à Monsieur B. de s'investir dans un travail à temps partiel dans un centre équestre. Cette activité lui a permis de s'autonomiser un peu par rapport à sa famille d'accueil. Monsieur B. a aussi repéré plus précisément les différents intervenants dans sa prise en charge. Le travail autour de l'accueil familial s'est de ce fait dynamisé.

Ce placement a désormais pris fin après une tentative d'autonomisation progressive difficile. Le suivi est à nouveau assuré par le secteur (prise en charge en

hôpital de jour et suivi individuel). Monsieur B. a gardé des liens étroits avec son ancienne famille d'accueil qu'il investit comme sa deuxième famille. Il ne travaille plus mais vit en appartement individuel dans des conditions correctes.



TENTATIVE D'INTERPRETATION

Les processus à l'oeuvre

L'accueil familial thérapeutique est *une scène où se rejouent pour le patient les premières relations* parfois douloureuses à ses propres parents. Pour l'équipe d'AFT, l'essentiel du travail consiste à contenir psychiquement famille et patient afin dans l'idéal de conduire ce dernier à une élaboration (1). Les « *presque riens* » (2) qui émaillent la vie quotidienne en famille d'accueil constituent le matériel principal de travail. La réussite de cette entreprise implique surtout que l'équipe tienne une position tierce par rapport au patient et sa famille d'accueil. P. SANS voit en effet « *l'institution comme une référence tierce, organisatrice du champ inter subjectif* » (3). Nous avons constaté à nos dépens que le cap demeure parfois difficile à tenir.

Les entretiens individuels initialement proposés ont été peu à peu désertés par nos deux patients, en même temps que le suivi en accueil familial s'essouffait. Cette évolution particulière nous est apparue liée à une *difficulté pour les patients à différencier les divers intervenants*. Dans le cas de Monsieur A., il y a eu confusion entre suivi dans le cadre du placement et suivi individuel, confusion qui engluait le travail de l'équipe d'accueil familial thérapeutique. Monsieur B., en associant tous les intervenants de sa prise en charge dans un bloc unique et confus, ne disposait d'aucun lieu d'élaboration privilégié. Il ne pouvait s'exprimer que par des passages à l'acte répétitifs et mortifères.

La mise à disposition d'un lieu d'écoute « *ailleurs* », auprès d'un thérapeute extérieur à la structure initiatrice du placement, pourrait correspondre à l'introduction d'un tiers alors même que les intervenants étaient perçus de manière confuse. Ceci a certainement relancé les processus de symbolisation.

Dans les deux exemples cités, les accueillants ont participé activement à la mise en place des prises en charge extérieures à l'accueil familial thérapeutique. Ils ont guidé et encouragé leur patient dans les démarches de prise de contact et dans la poursuite du suivi. Nous pensons que *le caractère contenant et rassurant du placement familial* a joué un rôle essentiel dans l'investissement du ou des nouveaux thérapeutes. Cela a même permis pour un des patients que s'engage un véritable travail d'élaboration jusqu'alors jamais possible.

En retour l'engagement dans ce travail personnel d'élaboration a permis de redynamiser le travail propre en accueil familial. *L'introduction d'un tiers extérieur* nous a permis de nous recentrer sur les processus psychiques en jeu au sein de l'accueil familial. Dans le cas de Monsieur B., la prise en charge en CATTP puis en sociothérapie a aussi soulagé directement la famille d'accueil qui a vu là un début d'autonomisation du patient.

Les circonstances

Dans le cas de notre équipe d'accueil familial, le statut double du médecin responsable et de certains intervenants en accueil familial thérapeutique (qui interviennent aussi dans l'unité de crise) a pu favoriser la confusion. Les deux patients cités avaient été longuement hospitalisés dans l'unité de crise avant leur placement. Monsieur B. avait été suivi aussi dans de nombreuses structures du secteur. L'outil de référence du service, la psychothérapie institutionnelle qui implique une articulation serrée entre les diverses structures de soins, a certainement favorisé la confusion. Le montage particulier de notre unité d'AFT peut donc expliquer cette difficulté à nous situer en tiers.

La pathologie des patients a certainement accentué cette tendance. Les défenses obsessionnelles de Monsieur A. ont bien évidemment contribué à bloquer les rouages de l'élaboration. Quant à Monsieur B., le repérage flou des images parentales a probablement quelque chose à voir avec la confusion des places et rôles de chacun des intervenants dans sa prise en charge.

Enfin, certains *accueillants* parviennent mal à se dégager d'un rôle de *parents* et à se situer davantage en *soignants*. Ce manque de recul peut gêner à l'élaboration psychique qui doit se faire à partir du matériel issu de l'accueil familial.

Indications et modalités possibles du suivi extérieur

Lorsque l'équipe d'AFT ne parvient plus à se situer en tiers médiateur et lorsque ces difficultés entravent le processus d'élaboration et de symbolisation nécessaires à la bonne évolution d'un placement, une prise en charge « *ailleurs* » peut être la solution. Les circonstances qui pourraient avoir favorisé de telles difficultés restent difficile à repérer a priori. Serait-il alors utile de systématiser le « *double suivi* » ? Si la multiplicité des intervenants peut elle aussi conduire à la confusion, cette organisation du suivi nous paraît intéressante à double titre. La prise en charge extérieure permet en effet de se recentrer sur le patient quand le suivi en accueil familial se noie parfois dans des phénomènes d'interaction. Cet ailleurs peut également soulager famille et patient sinon de relations fusionnelles, en tout cas d'un collage parfois étouffant.

La prise en charge extérieure à l'accueil familial thérapeutique peut revêtir différentes formes. Le premier patient, Monsieur A., présente une structure névrotique qui lui permet de bénéficier pleinement d'une psychothérapie individuelle. Monsieur B., psychotique, a été pris en charge selon un mode institutionnel en CATTP et sociothérapie.

Le point capital nous semble être le caractère extérieur et indépendant de ce suivi parallèle par rapport celui du placement.

CONCLUSIONS

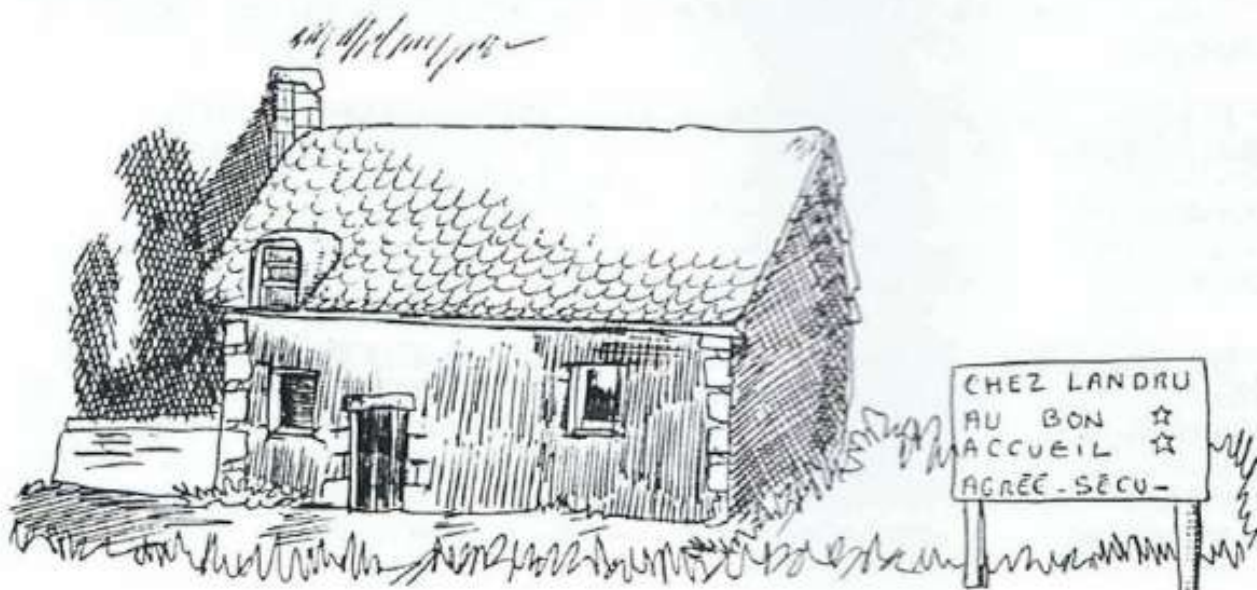
Dans le cadre de la prise en charge en accueil familial thérapeutique, notre expérience a montré l'intérêt d'associer au suivi par l'équipe d'accueil familial thérapeutique, un suivi individuel ou institutionnel parallèle et autonome. De telles prises en charge conjointes paraissent particulièrement pertinentes lorsque l'équipe d'AFT ne parvient plus à jouer son rôle de tiers symbolisateur. Une unité d'AFT trop intriquée aux autres structures du secteur semble faciliter cette dérive.

L'attitude trop parentale de certains accueillants peut gêner l'équipe à se positionner. Certaines pathologies favorisent aussi une confusion des rôles. Ces exemples mettent en relief la difficulté à mettre en route un AFT : pour la sélection des familles, le choix des indications concernant les patients jusqu'au montage même de l'unité fonctionnelle !

Recherche et concertation restent indispensables à l'amélioration de notre pratique. Les prises en charges conjointes semblent intéressantes mais toute conclusion sérieuse nécessite **son expérimentation** à plus grande échelle. Hélas, la législation actuelle n'encourage pas de telles initiatives. De fait, pour beaucoup, l'accueil familial thérapeutique reste équivalent administrativement à une hospitalisation à temps plein (4,5). Si bien que dans certains établissements, le règlement intérieur du service d'accueil familial thérapeutique stipule « l'obligation pour le CHS de fournir aux patients accueillis les soins médicaux spécialisés en psychiatrie ». Doit-on travailler dans l'illégalité pour garantir à nos patients des soins de qualité optimale ? D'autres expériences corroborant nos observations permettront, nous l'espérons, de sensibiliser davantage les autorités à ce problème.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - CEBULA J.C. Famille et institution.
In : « Les placements familiaux thérapeutiques », sous la direction de P. SANS.
Fleurus, Paris, 1987.
- 2 - SANS P. « Soins et placement en famille d'accueil ».
Presses Universitaires de Nancy, 1991
- 3 - SANS P. « Placement familial : Transfert et institution ».
Nervure, 1989, tome II (4), 12-18.
- 4 - CEBULA J.C. et HOREL C. : « L'accueil familial organisé par l'hôpital : Etude Nationale ».
IFREP, 1993.
- 5 - BRUNIER J. « L'accueil familial thérapeutique » (conclusion du colloque).
In : Rôle et statut des familles d'accueil, actes du colloque de Strasbourg, 1992
(20-21 mars), édité par l'Association Contadour, 131-133.



**MARIE DANS LE PARADOXE
OU
COMMENT LIRE L'ECHEC D'UN PLACEMENT FAMILIAL
THERAPEUTIQUE**

Sophie NORBERT
Assistant des Hôpitaux ⁽¹⁾
Secteur Aix Est, Trets
(13 G 17)

Stéphane BOURCET
Assistant des Hôpitaux ⁽²⁾
Intersecteur Aix, Pertuis, Trets,
Gardanne, Vitrolles, Berre
(13 I 06)

1 - Introduction

L'institution soignante et son patient se retrouvent souvent pris dans un paradoxe, cette situation pouvant contribuer à faire échouer des projets thérapeutiques.

A partir d'un cas clinique concernant l'échec d'un placement familial thérapeutique, nous allons étayer cette notion et tenter de dégager des pistes de réflexion.

2 - Le cas clinique de Marie

Marie est une patiente âgée de 56 ans, suivie par le Centre Hospitalier Spécialisé depuis 1960. Elle présente une schizophrénie paranoïde chronique évoluant sur un fond de débilité mentale.

Elle est la deuxième enfant d'une fratrie de trois filles. Les premiers troubles psychiatriques débutent à l'âge de 14 ans. Elle ne poursuivra pas sa scolarité, n'exercera aucune activité professionnelle, vivant au domicile parental, aidant sa mère à effectuer les tâches ménagères.

A l'âge de 20 ans elle est hospitalisée pour la première fois à l'hôpital psychiatrique devant une décompensation psychotique associant des thèmes délirants mégalomaniques, de filiation, de mécanisme imaginatif et hallucinatoire, ainsi qu'une symptomatologie dissociative intense. Elle présente également depuis quelques mois des troubles du comportement à son domicile, associant un apragmatisme, une clinophilie, une hétéro-agressivité envers les membres de sa famille. Un traitement neuroleptique sera mis en place, ainsi qu'un suivi psychiatrique régulier. Au fil des années le tableau clinique va peu à peu s'aggraver, nécessitant des hospitalisations de plus en plus fréquentes.

Les parents de Marie décèdent brutalement en 1980, depuis Marie sera hospitalisée en permanence au C.H..

Le tableau clinique associe une alternance de troubles du comportement de type maniaque, avec une exaltation de l'humeur, une sub-excitation psychomotrice, Marie chante à tue-tête dans le service, présente un tableau de désinhibition sexuelle, s'exhibe nue dans le service. Le discours est diffluent, émaillé de coqs-à-l'âne... L'exubérance du tableau clinique nécessite le recours fréquent aux séjours en chambre d'isolement afin de calmer l'agitation.

⁽¹⁾ Secteur 17, Centre Hospitalier Montperrin, 13617 Aix en Provence Cedex 1

⁽²⁾ Intersecteur 6 de Pédiopsychiatrie, Centre Hospitalier Montperrin, 13617 Aix en Provence Cedex 1

Tél 04.42.16.16.43

De même Marie présente de longues périodes de régression, durant lesquelles elle se nourrit de ses excréments, fuyant tout contact, associées à des moments impulsifs d'hétéro-agressivité. Lors des séjours en chambre d'isolement elle suce son pouce, parle un langage enfantin, refuse de s'alimenter: *« Je suis un bébé, je n'ai pas de dents, je ne peux pas manger »*.

La thématique du délire est centrée sur la sexualité et la maternité : elle se prétend enceinte de plusieurs bébés, exhibant son ventre aux soignants. Elle annonce son accouchement prochain, mime dans le service avec exubérance la perte des eaux et son accouchement. Elle évoque fréquemment ses soit-disant relations sexuelles avec les soignants et les autres patients, et s'introduit régulièrement dans le vagin divers objets (aliments tels que morceaux de fromages, fruits ou bouts d'éponge...) Dans son discours on relève fréquemment des phrases telles que : *« Je fais l'amour avec l'équipe... »* Elle développera un délire érotomaniac centré sur un infirmier du service, particulièrement investi par Marie.

La thématique de la mort et de la séparation est également très fréquente dans son discours, réactivée par le décès de ses parents : *« Mon père n'est pas mort, je l'ai ressuscité sur son lit de mort... »*

Suite au décès de ses parents, Marie hérite avec ses deux soeurs de la maison familiale. Or l'équipe apprendra plus tard qu'une des soeurs de Marie va habiter cette maison, et refusera de payer un loyer à sa soeur hospitalisée, malgré les diverses sollicitations des soignants et de la tutrice. Actuellement Marie n'a plus qu'un contact très irrégulier avec son autre soeur. On relève à plusieurs reprises dans son discours : *« Je n'ai plus de famille, c'est vous ma famille »* en s'adressant à l'équipe soignante.

Malgré l'intensité du tableau clinique Marie est une patiente chaleureuse et attachante, très investie par l'équipe. Elle appelle ses deux infirmières référentes *« Maman »*, les embrasse avec exubérance plusieurs fois par jour. Elle se déplace dans le service avec un sac en plastique contenant divers aliments ou cigarettes, qu'elle offre généreusement chaque jour aux membres de l'équipe.

En 1984 un traitement neuroleptique par LEPONEX est instauré, permettant un apaisement des troubles du comportement, malgré la persistance des idées délirantes. Devant l'amélioration clinique divers projets sont élaborés, tels que séjours en centre de post-cure, appartements thérapeutiques, mais ceux-ci échouent au bout de quelques mois, voire quelques semaines. Marie manifeste alors sa joie lors de son retour au pavillon, embrassant chaque soignant de manière démonstrative.

Un séjour en accueil familial thérapeutique est alors envisagé, afin de permettre à la patiente une vie à l'extérieur de l'hôpital, dans un milieu familial contenant et chaleureux. Après une longue période d'attente, la famille prête à accueillir Marie est rencontrée par l'équipe soignante. Celle-ci marque quelques réticences car la famille a un enfant en bas âge, âgé de deux ans. En effet Marie manifeste depuis plusieurs années sa jalousie envers les jeunes enfants. Néanmoins, après réflexion, Marie et l'équipe acceptent le projet. Durant les premiers temps le comportement de Marie est adapté, celle-ci semble se plaire dans son nouveau milieu de vie. Lors d'une visite à domicile de l'équipe, Marie manifeste sa joie lors des retrouvailles, mais son comportement va rapidement se modifier lors de l'annonce de leur départ : elle va alors présenter une crise d'agitation, comprenant qu'elle ne retourne pas avec eux à l'hôpital. Puis la famille d'accueil va manifester son inquiétude devant le comportement de Marie : celle-ci devient incurie, caractérielle, et opposante. Elle présentera alors un passage à l'acte hétéro-agressif envers l'enfant (menaçant de lancer un pot de fleurs sur son berceau). Le placement familial va ainsi être interrompu, après deux mois de tentative. Marie manifestera également sa joie lors de son retour au pavillon, exprimant : *« J'ai retrouvé le paradis, c'est vous ma famille... »*.

Actuellement Marie est toujours hospitalisée à temps plein, elle est autant investie par l'équipe soignante, malgré ses débordements affectifs et comportementaux bruyants. Elle est sur la liste d'attente d'un nouveau projet de placement familial thérapeutique, attendant qu'une nouvelle famille d'accueil soit disponible.

3 - Marie et les soignants dans le paradoxe institutionnel

Un système est un ensemble constitué par divers éléments qui sont en constante interaction inter-dynamique.

La famille est un ensemble d'individus soudés par des interactions spécifiques, qui leur confèrent un rôle et une fonction. C'est à ce titre que la famille peut être considérée comme un système auto-régulé qui est régi par diverses règles de fonctionnement : explicites mais aussi et surtout implicites. Ces dernières suivent en quelques sortes le mythe familial qui peut être considéré comme le moteur dynamique de la famille. (Le concept de mythe familial décrit le système de croyances partagées et intégrées par tous les membres de la famille, il représente un processus de cohésion et de protection du groupe familial).

La structure d'une famille biologique, comme celle d'une famille d'accueil dite thérapeutique, n'échappe en rien à ce qui vient d'être précédemment cité.

L'accueil d'un patient impliquera toute la famille dans l'éducation et les soins qui vont lui être apportés. La famille d'accueil mettra ses compétences au service du patient accueilli, comme elle le ferait pour un de ses propres enfants, et selon le mythe qui la gouverne.

Au même titre que la famille d'accueil thérapeutique, l'institution soignante peut-elle être considérée comme un système régi par des règles transcrivant un mythe? L'institution est formée d'un groupe de soignants devant répondre à des besoins spécifiques définis initialement. A cette fin elle possède un programme officiel qui permet de la définir au niveau de ses instances administratives, de ses patients et de leur famille. Ce programme officiel représente le mythe institutionnel, l'idéologie des soignants agissant tous en interaction pour le mener à bien pour le « bien-être » du patient. Les soignants, comme les patients, sont soumis aux règles intra-institutionnelles explicites, mais les règles implicites participent également à la régulation de l'institution.

L'institution peut ainsi se définir comme un système régi par des règles servant un mythe. Comme tout système, l'institution soignante tend à rester stabilisée dans un état homéostatique qui la préserve de toute déviation pouvant entraîner une crise.



Marie depuis 18 ans vit dans l'institution. On peut penser que cette dernière représente pour elle une famille d'accueil : sa première famille d'accueil ! (certaines infirmières sont appelées « Maman », « *je n'ai plus de famille, c'est vous ma famille...* »).

Marie est soumise aux règles de l'institution, nous pouvons donc supposer qu'au même titre que les soignants elle participe au maintien de l'homéostasie du système thérapeutique. Ce dernier se forge dans la circulation qui existe entre le niveau mythique et phénoménologique de l'institution. Le niveau mythique représente l'image que l'institution se donne d'elle-même : « *je donne des soins donc de la force, de la vitalité, de la santé, je suis une bonne mère nourricière* ». Le niveau phénoménologique représente les interactions quotidiennes des soignants et des patients, au travers du traitement (les soins de manière générale). Marie doit donc se conformer aux prestations médicales de son institution afin que les soignants, les premiers membres de sa famille d'accueil soient confirmés dans leur fonction et donc dans leur rôle.

Marie est donc prise dans le paradoxe suivant : si elle veut changer, évoluer, quitter les soignants qu'elle considère comme étant des membres de sa première famille d'accueil pour se diriger vers une autre famille, elle doit renoncer à participer à l'homéostasie de son institution, en échappant de ce fait au niveau mythique et phénoménologique de celle-ci.

Cependant Marie est liée historiquement et mythiquement à son institution soignante d'accueil ce qui se manifeste par une indéfectible loyauté à son égard.

Les soignants sont aussi pris dans le paradoxe suivant, à leur insu : « *Marie constitue une patiente idéale qui, de par sa présence, justifie ce que nous sommes sur le plan mythique, en réponse à notre programme officiel* », en fait une institution nourricière qui a la spécificité de soigner la maladie mentale.

Comment préparer et mener à bien le départ d'une telle patiente ? Comment l'institution soignante va-t-elle faire pour ne pas rentrer en rivalité avec la famille d'accueil thérapeutique qu'elle même propose ? Il nous semble que pour que ce placement « réussisse », ces questions doivent être préalablement analysées. Ainsi l'aide d'un tiers, d'un médiateur externe à l'institution et indépendant est indispensable pour maintenir la cohérence du projet par rapport au sens que chacun lui donne.

4 - Conclusion

Le placement familial thérapeutique pose dans toute sa dimension la problématique du travail de séparation (ou travail de deuil selon les théories psychanalytiques). L'équipe soignante doit surmonter la perte du patient, au même titre que la famille biologique la perte de son enfant.

Le patient doit arriver à quitter la famille idéale ou l'institution idéale et assumer la culpabilité de les avoir abandonnées.

La famille biologique et son enfant, la « famille institutionnelle » et son patient sont pris dans le paradoxe d'assumer le mythe qui les gouvernent tout en contribuant à leur évolution personnelle.

5 - Bibliographie

- 1 - CAILLE P. : Famille et thérapeute, ESF, 1985, p 1- p 192
- 2 - GEBEROWICZ B., CZERNICHOV S. : Les familles dysfonctionnelles, Psynergie, 1993, p 2 - p 5.
- 3 - MIERMONT J., STERNSCHUSS-ANGEL S., NEUBERGER R., SEGOND : Thérapies familiales, Paris, EMC Psychiatrie, 1, 1990.
- 4 - MINUCHIN S. : La guérison familiale, ESF, 1993, p 1 - p 284.
- 5 - NEUBERGER R. : Le mythe familial, ESF, 1995, p 1 - p 175.
- 6 - OXLEY J. : Le placement familial thérapeutique, Psynergie, 1993, p 17 - p 21.

L' A.F.T. ET SON HISTOIRE ADMINISTRATIVE AU CENTRE HOSPITALIER VALVERT

Claire AILLOUD
Attachée de Direction ⁽¹⁾
Centre Hospitalier Valvert
Marseille

L'arrêté du 14 mars 1986 mentionne l'accueil familial thérapeutique au titre des possibles modes d'accueil des malades mentaux comportant un hébergement. Au Centre Hospitalier VALVERT, l'intérêt pour des prises en charge de ce type s'est manifesté en 1988, à la suite d'une réflexion poursuivie par le corps médical et la direction sur le premier schéma directeur. Encouragé par la tutelle départementale qui avait manifesté l'intention de soutenir financièrement ce projet, le conseil d'administration a voté à l'unanimité le 31 octobre 1989 la création de 10 places d' A.F.T.. Ces places ont été ouvertes sur la capacité autorisée non exploitée qui subsistait alors au programme d'établissement, donc sans réduction corrélative d'autres modalités de prise en charge. Le principe d'un fonctionnement intersectoriel a été arrêté, sous la coordination d'un praticien hospitalier de l'établissement. L'hôpital s'engageait à assurer l'indemnisation des familles sur la ligne budgétaire 611.24 « *sous traitance à caractère médico-social : placements familiaux* ».

1990-1992 : l' A.T.F. construit son existence

Un groupe de travail médico-administratif s'est réuni les mois suivants pour élaborer **un règlement intérieur** de l' A.F.T., qui fut adopté par le conseil d'administration le 22 juin 1990. Parallèlement, l'établissement se voyait alloués 650.000 francs de crédits dédiés à ce projet.

Les principes généraux de l'A.F.T. sont posés par ce premier règlement :

En l'absence de réglementation spécifique (l'arrêté relatif à l'organisation et au fonctionnement des services d'accueil familial thérapeutique ne devait paraître que le 1er octobre 1990), l'option prise avait été de se calquer le plus possible sur le statut des assistantes maternelles, mais en donnant à la rémunération des familles d'accueil un **caractère indemnitaire**. Du fait du caractère indemnitaire de la rémunération versée à l'assistant familial, le règlement avait prévu que cette rémunération ne pouvait pas constituer l'unique source de revenus de la famille d'accueil.

Dans chaque secteur désireux de mettre en oeuvre l' A.F.T., **une équipe spécifique** doit être désignée. Elle comprend un médecin psychiatre, un assistant de service social, et deux infirmiers référents au minimum. Cette équipe est chargée, une fois l'indication médicale posée, d'élaborer un projet de placement individualisé en fonction de la pathologie et de l'histoire personnelle du patient. Elle rencontre la famille d'accueil pressentie, réalise une enquête sociale pour confirmer les capacités d'accueil de cette famille tant en terme de conditions matérielles d'hébergement que d'entourage affectif susceptible d'être offert au patient. Elle met en relation la famille et le patient avant de saisir la direction d'une demande de placement.

⁽¹⁾ Centre Hospitalier Valvert, Boulevard des Libérateurs, 13391 Marseille Cedex 11. Tél. 04.91.87.67.00



Camping
pour tentes



Camping
pour caravanes



Camping pour
tentilles et caravannes



Auberge de
jeunesse



Point de départ
d'excursions à pied



Emplacement
pique-nique



Le règlement intérieur prévoyait la possibilité de recruter des familles d'accueil dans le département des Bouches-du-Rhône et les départements limitrophes. Au démarrage, certaines familles ont été recrutées hors du département, mais rapidement la nécessité d'un suivi itératif en début de placement par des visites à domicile permettant de conforter le placement à ses débuts, oblige à resserrer *la recherche de familles dans le périmètre marseillais et sa périphérie proche*.

Ce règlement intérieur prévoyait aussi la possibilité d'utiliser l' A.F.T. de façon discontinue (placement de semaine ou uniquement de week-end par exemple) mais notre expérience nous a jusqu'alors orientés vers des placements en *continu*.

En revanche, la possibilité de *coupler* le placement familial thérapeutique avec d'autres modalités concomitantes de prises en charge a été préconisée et mise en oeuvre pour certains patients (séances d'hospitalisation de jour ou de C.A.T.T.P., suivi en C.M.P. en consultations et visites à domicile notamment).

Ce règlement disposait également que la même famille ne pouvait accueillir plus de deux patients, sous réserve que les conditions matérielles d'hébergement et d'encadrement des patients soient jugées suffisantes lors de l'enquête sociale réalisée. En fait, le placement des patients adultes *n'a jamais excédé un patient par famille*, et seule une famille s'étant spécialisée dans les personnes âgées prend en charge de façon régulière deux patients en même temps.

Le recrutement de l'accueillant faisait l'objet d'un *contrat* administratif relatant les droits et obligations générales des familles d'accueil et précisant les modalités de calcul de l'indemnisation mensuelle à verser à l'accueillant. Ce contrat était co-signé par le directeur et l'ensemble des membres majeurs de la famille hébergés sous le même toit.

A ce contrat était annexé le projet thérapeutique spécifique à chaque patient, co-signé par le directeur, l'accueillant, le médecin prescripteur et le patient (ou son représentant légal).

En terme d'**assurances** de responsabilité, l'hôpital a souscrit une extension de sa police de responsabilité civile couvrant le placement de 10 patients, et il est demandé aux familles d'accueil de fournir une attestation de leur assureur justifiant du fait qu'il est informé que l'assuré accueille une tierce personne à son domicile. Pour le transport des patients placés, l'assureur automobile de la famille d'accueil doit fournir une extension de garantie pour usage professionnel occasionnel du véhicule familial.

La fin du placement résulte normalement de l'aboutissement du projet thérapeutique : sur indication médicale, il est mis un terme au placement de façon à permettre au patient d'entamer un nouveau projet de vie et de soins. Certains placements ont été interrompus par le décès du patient (patients issus du service de géro-psycho-geriatrie), d'autres par la volonté de la famille d'accueil (démission), d'autres enfin pour inadéquation de l'entourage familial aux attentes du patient et de son équipe (cas d'une famille d'accueil ayant divorcé et n'offrant plus au patient un encadrement et un environnement affectif suffisamment stable). Pour l'instant, nous n'avons (heureusement) pas eu à faire jouer la clause du règlement intérieur prévoyant le retrait immédiat du malade pour faute grave ou situation de péril imminent.

1993-1997 : l'A.F.T. se consolide

Rapidement, le caractère indemnitaire de la rémunération des familles a laissé entrevoir ses limites : devions-nous interrompre un placement pour la seule raison que l'indemnisation versée à l'accueillant devenait la seule ressource d'un foyer alors même qu'il n'était pas souhaitable de modifier la prise en charge du patient ? Jusqu'où pousser les exigences de professionnalisme vis à vis des personnes simplement indemnisées ? Comment prévoir leur participation à des actions de formation continue ?

Par ailleurs, la réglementation avait évolué avec la parution de l'arrêté du 1er octobre 1990 relatif à l'organisation et au fonctionnement des services d'accueil familial thérapeutique, précisé par la note d'orientation du 27 décembre 1991 sur l'accueil familial des malades mentaux ; le 12 juillet 1992, une loi réformant le statut des assistantes maternelles avait également été promulguée ainsi qu'un décret le 27 novembre de la même année.

Au vu de ces différents textes et forts de notre expérience, le passage au salariat des familles d'accueil s'imposait et le règlement intérieur de l'A.F.T. fut donc révisé par le conseil d'administration le 19 février 1993. **Désormais les accueillants appelés « assistants familiaux » ont un statut d'agent contractuel de droit public** ; ils bénéficient de l'application des textes et de la jurisprudence applicables aux agents publics non titulaires compatibles avec la spécificité de leurs fonctions.

Leur salaire comprend :

- * une rémunération de base soit 61 SMIC horaires par mois
- * une majoration pour sujétions particulières (soutien et handicap) soit 23 SMIC horaires par mois ce qui représente un « fixe » mensuel de 114 SMIC auquel s'ajoute une indemnité représentative des frais d'entretien courant de la personne accueillie (loyer, repas, blanchissage et autres prestations à caractère hôtelier) qui est de 2.6 SMIC horaires par jour de présence effective du patient dans sa famille d'accueil.

Le fixe mensuel est versé sur le mois de paye en cours, alors que les indemnités d'entretien sont payées avec un mois de décalage.

Un véritable contrat de travail est passé entre le directeur et l'accueillant ; conclu pour une durée d'un an renouvelable par tacite reconduction et comprend une période d'essai de 2 mois pendant laquelle chaque partie peut le résilier sans préavis.

Les assistants familiaux ont droit aux congés annuels ; s'ils ne les prennent pas, une indemnité de congés payés leur est versée. La rémunération est en revanche suspendue si, en dehors des périodes de congés payés, l'accueillant demande à être déchargé de la prise en charge du patient.

Si un placement prend fin de façon définitive, l'accueillant peut prétendre au versement d'une indemnité d'attente égale à la moitié de sa rémunération mensuelle soit 57 SMIC horaires, et ce, pendant trois mois. A l'issue de cette période, le licenciement de l'assistant familial est engagé sauf si un nouveau patient a pu être entre temps confié à cette famille. Cette indemnité d'attente n'est due que si la fin du placement du patient marque l'arrêt de placement de tout patient ; elle n'est donc pas due à l'assistant familial qui accueillait deux patients si seul un des deux placements est définitivement arrêté.

Si la situation des accueillants a été améliorée par ce passage au statut de salarié, *cette opération a majoré le coût des A.F.T* en terme de charges patronales et a nécessité la réduction de 10 à 6 des places d'A.F.T., le budget alloué à cette prise en charge n'ayant pas pu être augmenté à due concurrence des charges nouvelles pesant sur l'hôpital employeur.

Globalement, cette activité est allée en s'accroissant : en 1993, elle représentait 987 journées soit un taux d'occupation de 45%, en 1994 1415 journées (TO : 65%), en 1995 1611 journées (TO : 74%) et en 1996 1778 journées (TO : 81%). La gestion intersectorielle de ces places permet la plus grande souplesse dans l'attribution d'une place vacante à un des secteurs de psychiatrie, en fonction des indications médicales posées dans les secteurs et du degré d'urgence des placements à effectuer. Enfin, signalons que dans le silence des textes, le paiement du forfait journalier n'est pas appliqué aux A.F.T. au Centre Hospitalier VALVERT, ce qui permet de ne pas amputer les ressources des patients et de prévoir un « après-A.F.T. », la question de la réinsertion des patients en fin de placement posant toujours le problème des moyens dont nos malades peuvent disposer dans cette perspective.



QUELQUES DONNEES A PROPOS DE L'A.F.T.
TEL QU'IL EST PRATIQUE DEPUIS QUELQUES ANNEES
AU CENTRE HOSPITALIER DE DIGNE

Claudine THIOT⁽¹⁾
Psychologue clinicienne
Secteur Manosque

*« Par rapport à l'espoir suscité,
espoir sans doute illusoire
et un peu régressif, la réalité
se montre austère et nécessairement
décevante ».*

D. SCHURMANS in « Les interactions en accueil familial »

I - Le cadre de travail

La *référence* pour le fonctionnement des AFT est la commission intersectorielle qui se réunit une fois par mois, avec des représentants des unités de soin dites de long séjour, des équipes de secteur, les assistantes sociales, la référente médicale : Rachel AIT-CHIKH, une psychologue : Claudine THIOT, parfois un représentant de l'administration chargé de la « *Gestion des malades* » et qui est aussi l'interlocuteur administratif pour les familles d'accueil. Réunion ouverte à tout autre soignant désireux de venir y poser une question.

La décision de recrutement des familles est prise en commission, après enquête sociale, visite de l'équipe de secteur concernée, entretien avec le médecin référent et la psychologue, et accord de la Direction des Ressources Humaines.

Le recrutement des patients se fait sur prescription du psychiatre référent du patient.

L'adéquation famille-patient est le plus souvent discutée en commission et plus particulièrement si plusieurs secteurs sont concernés.

La préparation à l'A.F.T. se fait par des visites et des entretiens quadripartites : famille/équipe référente/équipe de secteur (qui deviendra l'équipe référente)/patient. Le placement est effectif dès le début : il n'y a pas « *d'essai* ».

Le contrat administratif d'AFT est passé entre le Centre Hospitalier, représenté par l'assistante sociale, la famille et le patient. Depuis peu, on ajoute, à ce contrat administratif *un contrat thérapeutique* élaboré entre l'équipe référente et la famille.

Le suivi est assuré par l'équipe de secteur de résidence de la famille.

⁽¹⁾ Secteur Sud, Centre Hospitalier de Digne, Quartier St Christophe 04300 Digne, Tél 04.92.30.15.50

Il comprend au minimum :

- des visites régulières dans la famille par les infirmiers de secteur et l'assistante sociale,
 - des consultations psychiatriques pour le patient,
- et selon les besoins :
- d'autres actes ambulatoires pour le patient
 - des entretiens de régulation pour la famille, avec le psychologue et/ou la psychiatre
 - des synthèses entre la famille d'accueil et l'ensemble de l'équipe référente.

Une fois par an, nous organisons une journée de rencontre avec toutes les familles d'accueil. En cette année 97, la journée, qui a comporté des groupes de parole par thèmes : la séparation, les relations affectives, va déboucher sur une proposition pour 98 de réunions plus fréquentes en petits groupes et à thèmes.

Par ailleurs, et de plus en plus, nous nous efforçons de travailler avec la notion que ***l'AFT ne peut et ne doit pas être un placement de complet plein-temps*** (24 heures sur 24 et 365 jours sur 365) : participation des patients à des activités dans le cadre des C.A.P.⁽¹⁾, C.J.⁽²⁾, C.A.T.⁽³⁾ ; arrêts momentanés du placement : pour des « vacances » dans une autre famille, ou pour un retour temporaire à l'hôpital. Nous tendons à systématiser la notion que la famille prenne des vacances chaque année avec placement du patient dans une autre famille, famille-relais.

II - Objectifs, questions et perspectives

* Les objectifs

L'accueil dans une famille est conçu comme une ***alternative à l'hospitalisation***. Notre démarche s'inscrit dans une recherche d'une meilleure adéquation à la fois thérapeutique et gestionnaire : ouverture de l'hôpital vers l'extérieur et réduction du nombre de lits d'hospitalisation à plein temps.

L'AFT est ***une des alternatives possibles*** parmi d'autres. Et cette alternative à l'hospitalisation plein temps n'exclut pas, mais ***nécessite*** au contraire ***l'intervention d'une équipe soignante***. L'alternative n'est pas dans le tout ou rien : tout-famille ou tout-institution mais soutient l'idée de séparer l'hébergement et le soin pour éviter que, comme à une certaine époque et encore actuellement, l'hôpital devienne lieu de vie, résidence pseudo-familiale, et aliène ainsi un peu plus des personnes déjà aliénées par leur souffrance, leur handicap. Etablissement d'une relation triangulaire où la fonction tierce va tourner de l'institution à la famille, de la famille à l'équipe de secteur, où va circuler la parole.

Jean Maisondieu dit, à propos des AFT, « *habitué à être un psychotique ordinaire d'hôpital psychiatrique, blindé contre les interprétations et sachant ce que l'institution attend de lui pour qu'il soit un bon malade, il découvre de nouvelles attentes et une nouvelle définition de lui* ». Dans cet entre-deux système, entre deux attentes (de la famille et de l'institution), il a une chance de s'inventer une conduite personnelle, à condition que le travail se poursuive des deux côtés et ensemble, qualité de l'accueil et de l'écoute dans la famille, soutien et actes thérapeutiques assurés par l'équipe soignante.

A souligner l'évolution des termes qui signe bien cette orientation ; on ne parle plus de « placement » mais de « *d'accueil familial thérapeutique* ».

⁽¹⁾ C.A.P. : Centre d'Aide Psychologique, c'est-à-dire un centre de consultation et de psychothérapie avec présence de groupes de relaxation, une activité dessin-peinture. Le travail social se fait au centre médico-social de la commune.

⁽²⁾ C.J. : Centre de Jour.

⁽³⁾ C.A.T. : Centre d'Aide par le Travail.

* Les questions

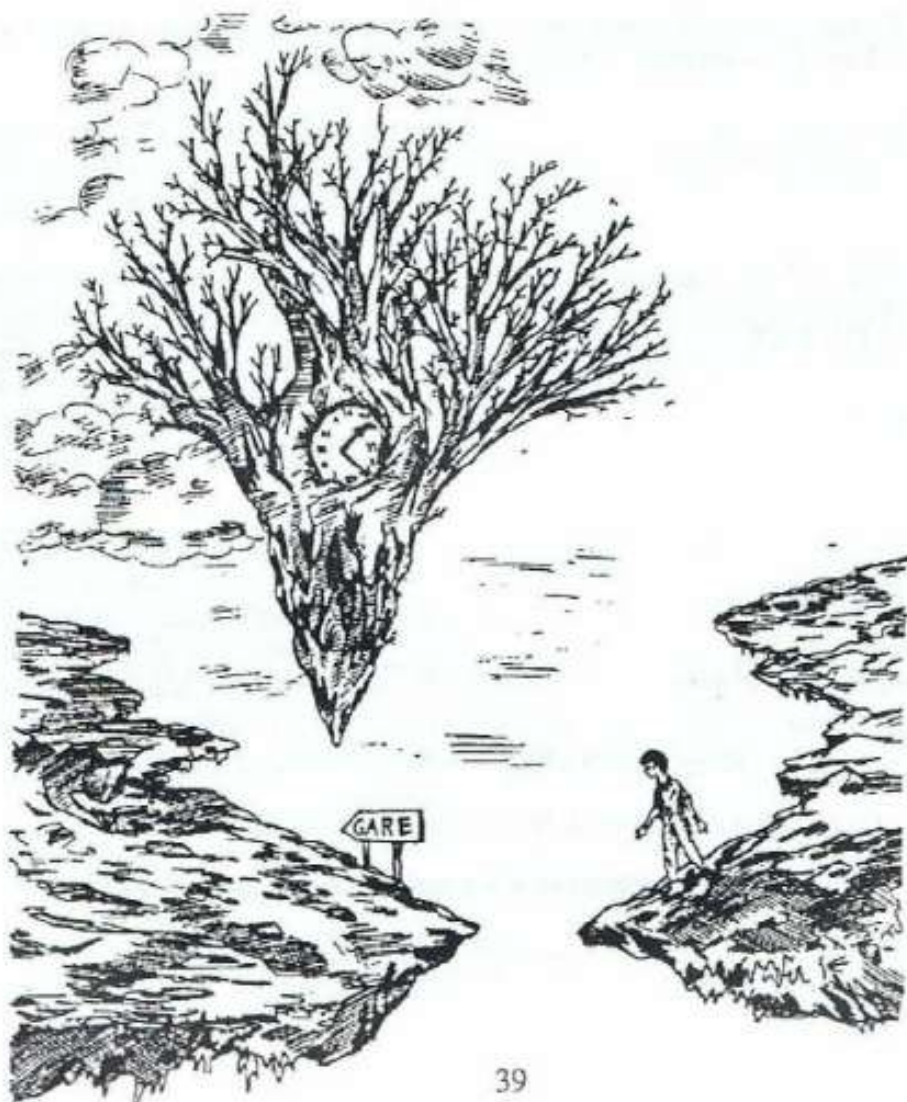
Il y en a beaucoup, bien sûr.

La première, et en suivant toujours Jean Maisondieu, porte sur ce terme d'accueil familial thérapeutique car ce qui peut-être thérapeutique ici n'est pas l'accueil familial en lui-même mais l'ensemble du dispositif, c'est-à-dire la collaboration entre une famille d'accueil et une équipe soignante. Et l'une des difficultés rencontrées par et avec les familles d'accueil peut résider dans cette ambiguïté à propos de leur fonction : « *prendre soin* » du patient que l'hôpital leur confie ou le « *soigner* ». A cette ambiguïté, s'accroche aussi bien la question de la rivalité (car si tout le monde soigne, la question arrive vite de : qui soigne le mieux?) et de la revendication pour l'accueillant d'être reconnu comme soignant, alors qu'il est recruté et payé pour être accueillant.

Et puis, cette ambiguïté pose aussi la question de la position du désigné patient, qui risque de n'être jamais qu'une position de « *patient* » alors que ce dispositif de l'AFT propose justement une alternative à cette position de patient, de malade à soigner. Question à travailler sans cesse, entre nous et avec les familles.

Autre question, celle de la maîtrise : accepter de part et d'autre (famille et équipe) que beaucoup de choses nous échappent, à commencer par le patient lui-même, dont la présence énigmatique nous invite toujours plus à travailler la question du lien et de la séparation.

Allons de
« *de la compétition dans l'individualisme* »
« *à la coopération dans l'individualité* ».
Colette MAGNY



EXEMPLE DE CONTRAT THERAPEUTIQUE
REGISSANT LE PLACEMENT FAMILIAL THERAPEUTIQUE
DE MONSIEUR A. CHEZ MONSIEUR ET MADAME B.

- Monsieur A et la Famille d'Accueil accepteront de recevoir des visites à domicile dont le rythme sera :

- une fois par semaine le premier mois,
- une fois tous les quinze jours par la suite

Lors de ces visites, il sera aménagé :

- un temps tous ensemble,
- un temps avec Monsieur A. seul,
- un temps avec la Famille, si besoin.

- Monsieur A. continuera à suivre un traitement chimiothérapique qui sera prescrit par le Docteur C., lors des consultations (une fois par mois), au Centre Médico-Social de MANOSQUE.
- Une synthèse sera effectuée en fin de premier mois de placement, avec les infirmiers de secteur référents de ce placement et Madame T., psychologue.
- Des activités au Centre de Jour de MANOSQUE pourront être proposées à Monsieur A..
- Tous les déplacements pour activités, consultations ou autres modalités de prise en charge seront à la charge de la famille d'accueil.
- Monsieur A. participera aux tâches ménagères et sera initié au maniement des appareils ménagers qu'il ne connaît pas (machine à laver par exemple). Il participera aux repas familiaux, ainsi qu'aux activités sociales et des loisirs de la Famille d'Accueil.
- Monsieur A. peut bénéficier de permissions (sorties non accompagnées), en accord avec la Famille d'Accueil. Il doit prévenir de son départ et de l'heure probable de son retour.
- En accord avec la Famille d'Accueil, Monsieur A. pourra partir en vacances en Espagne au mois d'Août 1997 (avec la Famille d'Accueil).

Fait à, le,

La Famille
d'Accueil

L'intéressé

L'équipe de
Secteur

L'équipe intra
hospitalière

Le Médecin
Réfèrent

BIBLIOGRAPHIE

- « Les interactions en accueil familial », sous la direction de Maryvonne WETCH-BENQUE - Ed. ERES 93 et coll
- « L'accueil familial spécialisé », N° spécial de « Soins en Psychiatrie », N°150, Févr. 94
- « L'accueil familial thérapeutique », N° spécial de « Santé Mentale », N°18, Sept.97
- « L'accueil familial thérapeutique : une chance pour les malades mentaux ? » Jean MAISONDIEU, In « Vie sociale et traitement », N° 36 et 94
- « Les placements familiaux thérapeutiques », Pierre SANS, Ed. Fleurus.

LE PROJET THERAPEUTIQUE D'ACCUEIL FAMILIAL REFLEXION DANS LE CADRE DE LA PRISE EN CHARGE INFIRMIERE

Jean-Jacques CARDINALI ⁽¹⁾

Françoise KERGUELEN ⁽¹⁾

Christine PLATON⁽¹⁾

Infirmier(e)s

Secteur Marseille 16^{ème} arrondissement
partie du 15^{ème}, Pennes Mirabeau
(13 G 15)

Dans le travail d'information et de formation des familles d'accueil et des équipes de soin, il nous incombe, à nous soignants, d'expliciter le projet thérapeutique de manière à mettre en place, pour et avec les différents partenaires, un cadre de repérage afin de favoriser la qualité du soin et en assurer sa continuité.

Dans un premier temps nous vous proposons donc une perception du concept de projet thérapeutique émanant de notre réflexion et de notre expérience. Nous tenterons alors d'établir une grille de lecture permettant de visualiser comment le projet d'accueil vient s'inscrire dans le projet de soin du patient, et quel en doit être son contenu. Chaque projet doit être adapté à la personnalité, à l'histoire et au vécu singulier du patient.

A - Eclairage sémantique

Parmi les différentes définitions que nous avons trouvées concernant les termes de projet et de thérapeutique, nous avons préféré les adapter pour apporter un éclairage à la conception de notre pratique.

- **Le projet**, dans un sens large, serait constitué par un ou des objectifs personnalisés qu'un individu se fixe ⁽²⁾. Celui-ci va alors mettre en oeuvre des idées et des moyens pour tenter de les atteindre ou de s'en approcher. Un projet n'est jamais figé, il est constamment en évolution. C'est ainsi que les réussites, les difficultés ou les contraintes rencontrées vont sans cesse faire l'objet d'un réajustement (évaluation), et modifier si besoin le projet initial, voire modeler un nouveau projet (régulation).
- **La thérapeutique**, en grec « thérapeutikos », signifie soin. Si soigner stricto sensu est le fait de traiter et de guérir la maladie, la notion de soin peut être abordée dans un sens plus large. Selon Marie-France COLLIERE, le soin c'est « Assurer le maintien et la continuité de la vie dans une dimension temporelle... Soigner est un acte de vie » ⁽³⁾. Nous pourrions aussi compléter en disant que le soin est : « Apporter une réponse adaptée et personnalisée aux besoins physiques, psychologiques, socioculturels... par un groupe de personnes compétentes et responsables. » ⁽⁴⁾.

⁽¹⁾ Secteur 15, C.M.P. du Parc, 3 route nationale de la Viste, 13015 Marseille, Tél 04.91.03.09.95

⁽²⁾ Petit Larousse Edition 1993

⁽³⁾ M.F. COLLIERE in « Univers de la profession infirmière ».

⁽⁴⁾ Définition des soins in « Projet de soins infirmiers des hôpitaux sud ».

B - Conceptualisation du projet thérapeutique

Après avoir défini ces deux notions séparément, se profile à la lumière de ce que nous en percevons, le concept de projet thérapeutique.

Ce serait un ensemble d'objectifs qui visent à améliorer la santé et le bien être d'une personne. Ils tiennent compte de l'historicité, des référentiels, de la singularité et des possibilités de celle-ci. Ces objectifs et leur mise en oeuvre doivent à tout moment faire l'objet d'évaluation, et éventuellement de réajustement en fonction de l'évolution de la personne. Non plus que de se centrer sur le symptôme ou la maladie, simple traduction de la souffrance, le projet thérapeutique doit prendre en compte le patient en interaction avec son environnement et la complexité de ces interrelations. La dimension temporelle, psychosociale et culturelle attachée à la notion de soin donne alors toute sa richesse à la prise en charge en santé mentale. (cf tableaux 1, 2 et 3).

Tableau 1

REFLEXION PREALABLE A L'ELABORATION DU PROJET THERAPEUTIQUE

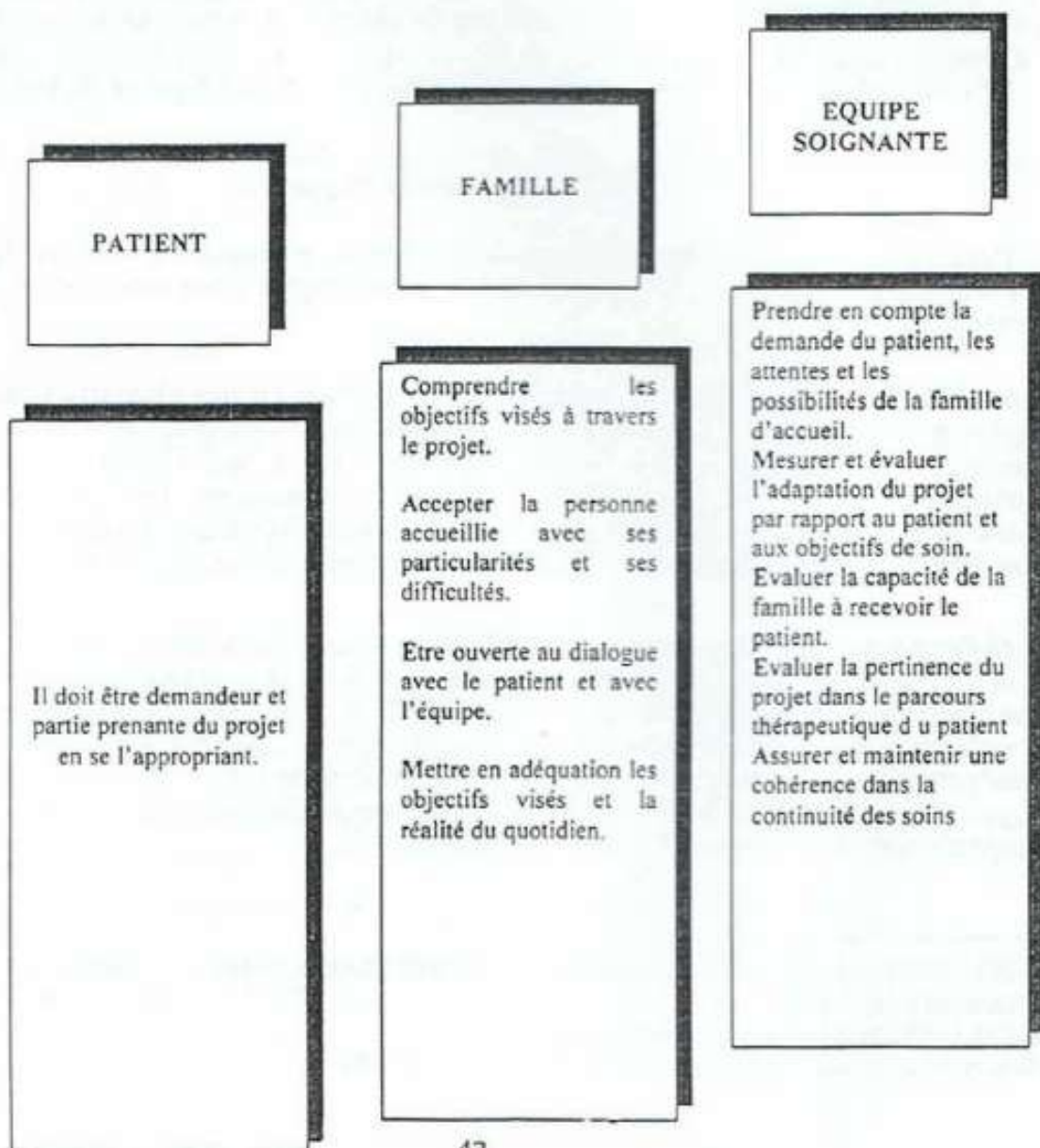
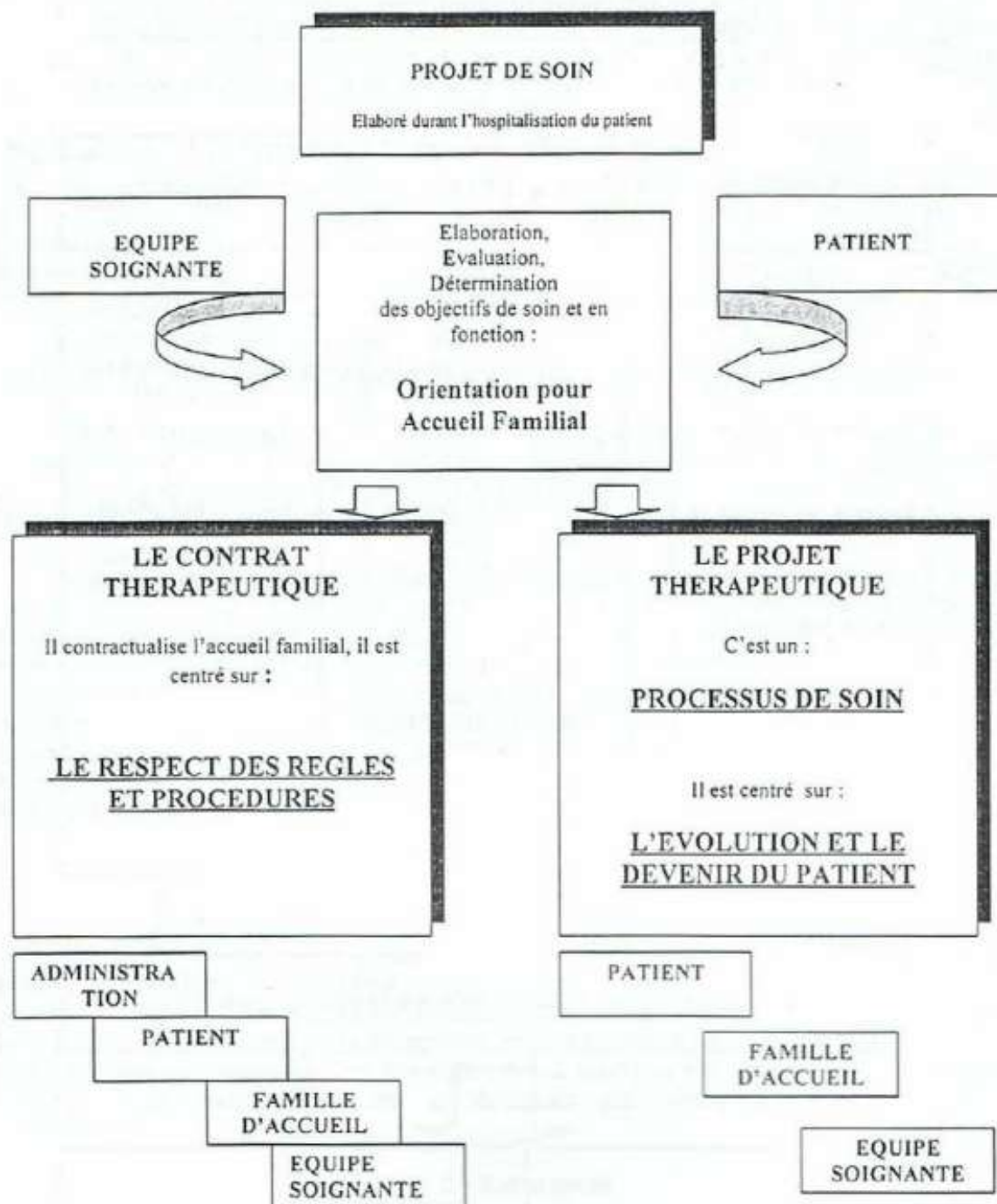


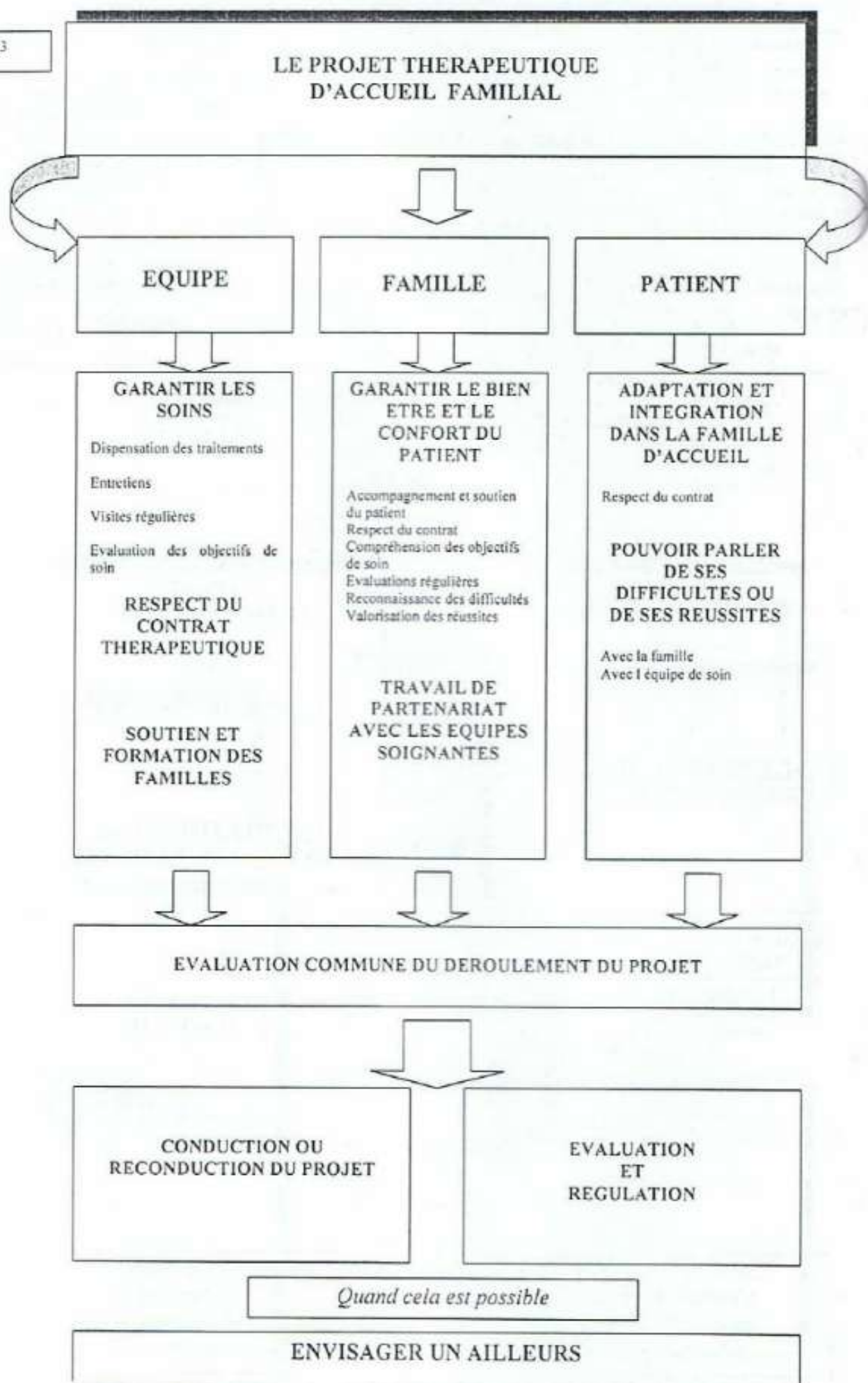
Tableau 2

INSCRIPTION DU PROJET THERAPEUTIQUE D'ACCUEIL FAMILIAL DANS LE PROJET DE SOIN



Synthétiser la procédure d'élaboration d'un projet thérapeutique permet d'établir un cadre de référence pour les familles et les équipes soignantes. La mise en forme de ce cadre par deux tableaux offre une visualisation rapide des grandes étapes du projet, et des points importants qui s'y rattachent.

Tableau 3



C - Le projet : « une démarche participatrice »

L'évaluation constitue un des outils privilégiés pour élaborer et porter tout projet. Le rôle des équipes soignantes dans l'accompagnement du patient au travers du projet implique forcément l'idée de contrôle. Cependant face à la complexité d'un tel projet, il est impossible de se situer seulement dans une position normative et procédurale. *Il convient donc de glisser du contrôle normatif vers l'évaluation.*

- Il s'agit alors d'un processus et non plus d'un ensemble de procédures⁽³⁾.
- Le processus est lui-même immanent à un vécu, à une expérience dont il a pour objet de rendre compte d'une certaine manière, qu'il tend vers l'auto-évaluation. Elle représente un des moyens les plus efficaces dont dispose un groupe, lorsqu'il désire prendre en mains la marche générale de son activité et s'assurer la maîtrise des différents phénomènes qui constituent la vie du groupe.⁽⁴⁾
- Le processus est pensé, sinon vécu comme continu dans le temps.⁽⁴⁾
- L'évaluation a un caractère biologique ou vital, existentiel, donc antimécaniste.⁽⁴⁾

Cette évaluation du projet d'accueil familial s'inscrit naturellement dans le projet de soin global du patient. Cette démarche garantit la prise en compte du référentiel du patient et de la famille, de leurs valeurs, des difficultés qu'ils rencontrent, et celui de l'institution pour les soignants (cf : tableau 3).

Toute démarche de projet étant une « *démarche participatrice* », nous en viendrons donc à parler de régulation. Elle va permettre aux soignants comme aux soignés de travailler ensemble sur le projet thérapeutique d'accueil et le projet de soin global, mais aussi sur les processus mis en oeuvre tout au long de ce projet. Il convient que l'équipe soignante ait le souci d'adapter les moyens aux possibilités des patients, de pouvoir expliciter son référentiel, de se questionner sur les objectifs visés et de définir des critères de réalisation. La reconnaissance des erreurs, des difficultés rencontrées, mais aussi la valorisation des réussites contribuent alors à donner et à rechercher du sens à la démarche soignante et à l'évolution comportementale du patient dans le cadre du projet.

D- Conclusion

La démarche de projet thérapeutique d'accueil familial paraît essentielle car elle permet aux patients de bénéficier dans un cadre chaleureux et structurant de soins adaptés. En tant qu'alternative à l'hospitalisation, elle se révèle un outil de soin efficace. Cependant, son élaboration et sa réalisation ne peuvent se faire qu'au prix d'un travail collectif entre les patients, les familles et les équipes au travers « *d'un ensemble de valeurs intellectuelles, affectives, et éthiques qui s'inscrivent dans la tradition humaniste* ». ⁽⁵⁾

E - Références

- Edition Petit Larousse 1993
- ARDOINO Jacques : « Au filigrane d'un discours : la question du contrôle et de l'évaluation », 1976 (corpus du texte 1994/1995).
- COLLIÈRE Marie France : « Univers de la profession infirmière », Ed Presse de Lutèce, Paris, 1991.
- HORASSIUS Michel : « Le lien commun pour un lieu commun : le soin », 7^{ème} session d'enseignement et de formation, Larnage, Mars 1993.
- Projet de soins du Centre Régional et Universitaire de Marseille 1992/1994.

⁽³⁾ J. Ardoino in « Au filigrane d'un discours ».

⁽⁴⁾ M. HORASSIUS (citation)

L'ACCUEIL FAMILIAL : REFLEXION A PARTIR D'UNE PRATIQUE DANS LE SECTEUR 6 DU VAUCLUSE

Alain MOMESSO
Cadre Infirmier⁽¹⁾
Secteur Orange
(84 G 02)

I - Introduction

« *Accueil familial* », deux mots qui ont traversé l'histoire. De l'antiquité où les peuples égyptiens et assyriens pratiquaient « l'élevage » d'enfants par des familles substitutives, au moyen-âge où l'on confiait l'enfant à un maître dans une profession ou à des orphelinats et des nourrices pour les plus défavorisés, l'enfant grâce à St Vincent de Paul retrouvera le droit à une vie décente qu'il avait perdue à partir du XVI^e siècle. La Révolution Française a **accueilli** les enfants trouvés et abandonnés et les a **placés** sous la tutelle de l'administration.

Au XIX^e siècle, une tradition de **placement familial** s'instaure dans de nombreux villages pour désengorger les hôpitaux : Lierneux en Belgique ; Dun sur Auron, Ainay le Château en France. Le concept de **placement familial thérapeutique** apparaît avec KOLB en Allemagne au début du XX^e siècle pour disparaître avec l'arrivée du III^e Reich. En France en 1967 est créé le **placement psychothérapique pour adultes** par Ph. PAUMELLE et F. CHAMPION.

Du PFT on est arrivé à l'**Accueil Familial Thérapeutique** où les patients sont soignés dans une famille **qui les accueille**, rejoignant ainsi la parole du Christ dans l'Evangile selon Saint Mathieu :

« Qui nous accueille, c'est moi qu'il accueille, et qui m'accueille accueille Celui qui m'a envoyé. »

Qui accueille un prophète en qualité de prophète recevra un salaire de prophète, et qui accueille un juste recevra un salaire de juste, et quiconque donnera à boire, ne fut-ce qu'une coupe d'eau fraîche, à l'un de ces petits en qualité de disciple, en vérité je vous le dis : il ne perdra pas son salaire. »

II - Historique de l'AFT du 6^{ème} secteur de psychiatrie générale au Centre Hospitalier de Montfavet

L'expérience de l'accueil familial thérapeutique a existé bien avant les textes de 1990 dans les 6^{ème} et 8^{ème} secteurs, service du Docteur F. GRISONI. Une famille d'accueil a été en 1981 l'esquisse de l'AFT en accueillant une personne qui partageait la vie familiale en échange de menus travaux à la ferme. Deux patients furent placés chez Madame D. en 1986 après une enquête sociale malgré l'absence de textes et après consultation de la D.D.A.S.S. Le premier « *placement familial thérapeutique* » officiel

⁽¹⁾ Secteur 2, Centre Hospitalier, 84143 Montfavet Cedex, Tél 04.90.03.91.05
Ancien responsable de l'unité A.F.T. du secteur 84 G 06

(après la loi du 10.07.1989) a eu lieu en septembre 1989, le suivant en décembre 1989, le suivi étant effectué par les infirmiers du C.M.P. d'APT et une assistante sociale.

L'unité A.F.T. du 6^{ème} secteur a été créée en 1990 par le Docteur R. PANDELON avec une équipe spécifique composée d'un médecin responsable, d'une infirmière à 50%, de deux assistantes sociales à 50%.

L'A.F.T. est une unité inter-sectorielle qui regroupe les 1^{er}, 5^{ème} et 6^{ème} secteurs de psychiatrie générale du C.H. Montfavet.

III - Quelques chiffres

En 1998, le tarif des prestations pour l'accueil d'un adulte est fixé à 244, 75 F par jour, le tarif des prestations pour l'accueil d'un enfant est fixé à 470, 00F par jour. « *En 1996, le Centre Hospitalier de Montfavet a consacré à l'ensemble des placements familiaux sous sa responsabilité (adultes et enfants), 2,105 millions de francs au titre des salaires et charges et 556 000 francs pour les indemnités d'entretien et les loyers pour un budget global de 470 millions de francs* ⁽¹⁾ ».

Suivant les statistiques au bureau de la psychiatrie au Ministère de la santé, l'A.F.T. concernait en 1993 plus de 4 000 patients soit 1,5% de personnes prises en charge à temps complet. 40% des secteurs de psychiatrie générale utilisait l'A.F.T.. Les secteurs des anciens C.H.S. l'utilisent 3 ou 4 fois plus que ceux qui dépendent d'hôpitaux généraux.

IV - Définitions ⁽²⁾

Qu'est-ce que l'accueil familial thérapeutique? Trois notions importantes :

- **l'accueil** qui se différencie du placement (plus imposé, contre le gré de la personne),
- **familial** : fonction familiale à découvrir ou redécouvrir pour un patient,
- le **thérapeutique** : « *qui concerne le traitement de la maladie* ».

La définition de l'accueil familial thérapeutique ne peut se borner à la somme de ces trois notions « *une famille qui reçoit un patient pour le soigner* », mais prend sa réelle dimension d'A.F.T., de l'existence d'un TIERS garant du fonctionnement et du projet. Pas d'A.F.T. sans patient accueilli (de préférence demandeur), sans unité familiale demandeuse (et rémunérée) et son équipe soignante, extérieure, référente.



⁽¹⁾ In Action Sociale n°13, janvier 1997, Docteur PANDELON.

⁽²⁾ Définitions selon l'équipe d'A.F.T. du 6^{ème} secteur de psychiatrie générale du C.H. Montfavet ; Janvier 1997 ; R. PANDELON, M. GRASSET, H. PAULY, C. PERRIER.

V - Le soin en A.F.T. et théorisation ⁽³⁾

- Le temps,
- Le mouvement,
- Le thérapeutique.

Le temps : donner du sens au temps. Pour cela le contrat est un des moyens qui permet d'introduire un rythme dans l'accueil et dans le projet. Le temps n'est pas évoqué en termes de « limites » mais plutôt de « repères ». Un des objectifs du soin est de savoir que la séparation est possible et quelquefois inévitable, et ce dès le début de l'accueil, peut-être évitera-t-on une situation psychotisante.

Le mouvement : « *L'accueil familial s'arrête quand la situation est ingérable* » sous entendu qu'on n'arrête pas un accueil qui marche ! » L'échec est à mettre en relation avec la « rigidification » de la situation « *on cherche la faille dans la famille, on cherche le patient qui a la forme de la faille, on enfonce et on ne bouge plus !* ». Ce qui ne va pas est « *ce qui s'enraidit* » d'où l'importance du jeu des articulations, articulations faites grâce à la combinaison d'un oeil extérieur (l'équipe) et d'un oeil intérieur (la famille).

Ce qui serait thérapeutique serait alors de susciter (resusciter ou ressusciter) du décalage en permanence, éviter l'enraidissement, ménager du jeu et restaurer l'espace qui va amener à la créativité. Ainsi, certains « échecs » conduisent à des situations imprévues dans lesquelles les équipes constatent que l'arrêt de l'accueil permet d'envisager une autre passerelle.

Pour se protéger et rester pénétrables, les familles pourraient dégager leurs propres théories de travail grâce à la formation.

Le thérapeutique : Aucune définition commune ne semble permettre d'appréhender le thérapeutique en A.F.T. sinon qu'il s'agit d'un « acte de soin en famille ». La famille devient un « élément du dispositif de soin » comme l'équipe, le médecin... et c'est l'ensemble, l'entre-deux ou « l'entre-trois » qui devient thérapeutique, donc la rencontre à différents niveaux et dans les interactions que génèrent ces entités. Au supposé SAVOIR de l'équipe sera associé le supposé SAVOIR FAIRE de la famille. La rivalité qui existerait (!) entre la famille d'accueil et l'équipe placerait le patient en position d'otage, l'évacuation de ce problème de possession pourrait se dessiner dans cette phrase « *l'A.F.T. permet la synthèse dans la dissociation en interpellant en présence du patient l'ensemble des partenaires* ». Les termes de « triangulation » et de « tiers » sont évoqués comme pouvant permettre que les éléments vécus en famille d'accueil deviennent thérapeutiques. L'A.F.T. peut permettre de restituer au tissu social l'exclus.

V - Le travail infirmier en A.F.T. ⁽⁴⁾

Il est :

- De coordination avec
 - les services administratifs,
 - les autres membres de l'unité fonctionnelle,
 - les autres unités de soins.
- En partenariat avec les familles d'accueil.

⁽³⁾ Théorisation de Catherine HOREL, Serge VACHEYRAN et Alain MOMESSO, lors des deuxième rencontres des équipes d'A.F.T. à Montfavet les 23-24 Mai 1996.

⁽⁴⁾ D'après une théorisation de Christian PERRIER, équipe de l'A.F.T. du secteur 84 G 06.

L'infirmier est le garant du projet de soins du patient. L'infirmier connaît le passé du patient, il est en quelque sorte sa mémoire mais il va être le témoin de la suite de l'histoire de ce dernier grâce à la famille d'accueil. Le patient va trouver dans ce milieu, un public neuf qui va répondre aux différentes façons qu'il a pour exprimer son malaise, ses angoisses d'une manière toute à fait différente de l'institution hospitalière. L'infirmier a un rôle de médiateur des conflits en cas de crise, et doit trouver des solutions pour ne pas mettre en danger l'équilibre d'une famille, et préserver le patient. S'il y a réhospitalisation, l'infirmier assurera la réintégration, et fera le lien avec le service hospitalier.

Il effectue les soins infirmiers au domicile de la famille d'accueil, soit de son rôle propre, soit par délégation du médecin. Le traitement médicamenteux est donné par la famille d'accueil, après explication de la part de l'infirmier, son renouvellement est effectué par ce dernier sur prescription médicale.

L'infirmier participe à des journées de formation, encadre aussi les étudiants infirmiers en stage, et intervient dans les I.F.S.I..

VI - Conclusion

« Le but du soin infirmier en A.F.T. consistera en la possibilité d'une rencontre pour un patient et d'établir une liaison symbolique entre réel et imaginaire, à travers les situations de soins qui n'auront de vocation thérapeutique que si elles permettent une relation d'échange, d'étayage »⁽⁵⁾.

LEGISLATION

Textes de référence :

- Arrêté du 1/10/90 relatif à l'organisation et au fonctionnement des services d'accueil familial thérapeutique
- Décret n°91- 88 du 23.1.91 fixant les modalités de la loi n° 89-475 du 10.07.89.
- Décret n° 90 - 504 du 22.6.90 pris pour l'application de la loi n° 89 - 475 du 10.07.89.
- Décret n° 90 - 503 du 22.6.90 pris pour l'application de l'article 6 de la loi n°89 - 475.
- Note d'orientation DH/JB/91 n°72 du 27 décembre 1991 sur l'A.F.T. des malades mentaux.
- Note d'information sur l'accueil des personnes âgées ou handicapées adultes par des particuliers à leur domicile à titre onéreux. 11 fiches + annexes.
- Loi n°89 - 475 du 10.07.89 relative à l'accueil par des particuliers, à leur domicile, à titre onéreux, de personnes âgées ou handicapées adultes.



⁽⁵⁾ Alain MOMESSO, in mémoire cadre infirmier.

L'ACCUEIL FAMILIAL THERAPEUTIQUE EN GERONTOPSYCHIATRIE : L'EXPERIENCE DU CENTRE HOSPITALIER VALVERT

Marie-Christine COMMANDEUR⁽¹⁾
Praticien Hospitalier
Département de Gériopsychiatrie
Marseille 10^e, 11^e et 12^e
La Ciotat, Cassis, Aubagne, Allauch

INTRODUCTION

Quelle drôle d'idée de confier des vieilles personnes, aux capacités intellectuelles souvent amoindries, avec des troubles du comportement, que même leur propre famille ne supporte pas, à une famille sans aucune formation psychiatrique? Est-ce pour les chouchouter, adoucir leurs vieux jours, ... voire nous en débarrasser car n'ayant place ni chez elles, ni à l'hôpital, ni en maison de retraite?

Le flou sémantique entre placement et accueil familial thérapeutique rend compte de la réflexion autour de ce mode de soins. Je me propose de rendre compte de notre expérience en ce domaine, en gériopsychiatrie, et de l'ébauche théorique que nous avons commencé à faire.

I - HISTORIQUE

Suite à l'arrêté du 1^{er} octobre 1990, le Centre Hospitalier Valvert, sous l'impulsion de la direction - il faut le reconnaître - a initié cette nouvelle modalité de soins qu'il ne connaissait pas (l'hôpital avait à peine 20 ans).

La gériopsychiatrie, discipline neuve, incite les soignants à faire preuve de créativité. Mais n'ayant personnellement pas « fait d'accueil familial thérapeutique », sans référence bibliographique, je n'osais pas tenter cette aventure. Cependant, notre assistante sociale m'y poussait. Aussi, proposais-je au Docteur BOUCKSON, entourée de soignants curieux et dynamiques, de nous risquer à confier des patients âgés, suivis par notre équipe, à une famille d'accueil... qu'il fallait trouver ! En existait-il d'idéale? L'assistante sociale et moi-même nous déplaçâmes plusieurs fois, suite à des réponses aux petites annonces lancées par la direction. Nous nous fiâmes à notre subjectivité (et aux conditions concrètes d'accueil devant répondre à des critères stricts) pour retenir une famille, avec laquelle nous travaillons depuis 1991. Elle a déjà recueilli 8 patients, un autre vient d'y rentrer, et un autre projet est en préparation, la famille étant habilitée à accueillir deux patients en même temps. Reflet de la démographie, il n'y a eu que des femmes, dont l'âge va de 65 à 88 ans. A titre d'exemple, pour l'année 1997, nous avons effectué 35 visites à domiciles et 57 démarches (de plus de 10 minutes !).

⁽¹⁾ Centre Hospitalier Valvert, Boulevard des Libérateurs, 13391 Marseille Cedex 11, Tél 04.91.87.67.00

Malgré les résultats surprenants, nous n'avons pu étendre ce type de soins. Pour deux raisons :

- l'une tenant à l'autorisation et la budgétisation par la D.D.A.S.S. de six places seulement sur tout l'hôpital,
- l'autre au fait que la tâche de l'U.F. A.F.T. revient à l'équipe du Centre Médico-Psychologique... déjà restreinte pour la quantité de travail qui lui incombe.

Dans notre projet de service pour les années 1996-2000, il est souligné que nous souhaiterions étoffer l'équipe pour multiplier les accueils ; en effet, si apparemment, l'A.F.T. peut paraître économique en temps soignant, il n'en est rien... ceci est valable aussi en gériopsychiatrie. En effet, dès le départ, nous savions qu'il nous faudrait éviter la dérive vers un placement familial social, c'est à dire *ad vitam aeternam*, dérive induite à la fois par le patient, la famille d'accueil et parfois la famille naturelle (l'A.F.T. est assimilé à une hospitalisation temps plein... sans forfait journalier !). Curieusement, même si l'A.F.T. laissait supposer le bien fondé d'une orientation vers un placement familial social, celui-ci n'a jamais pu se réaliser : difficultés concrètes (services de la D.D.I.S.S. pas encore très expérimentés), investissement difficile d'une autre « bonne » famille, risques plus grands de rivalité avec la famille naturelle qui trouve alors une autre solution...

II - CONCEPTS DE LA GERONTOPSYCHIATRIE APPLIQUES A L'ACCUEIL FAMILIAL THERAPEUTIQUE

La gériopsychiatrie, comme aime à le rappeler le Professeur LEGER, est le **paradigme de la médecine, a fortiori de la psychiatrie** : une approche globale du sujet, dans ses dimensions biologique, psychologique et sociale. L'importance du milieu est considérable pour analyser la genèse des troubles mentaux chez la personne âgée ... et construire un projet thérapeutique. Aussi, devant des troubles liés, nous semblaient-ils, ou aggravés par des dysfonctionnements familiaux amputant le pronostic après hospitalisation lors d'une crise, avons-nous émis l'hypothèse que le patient évoluerait différemment dans un milieu familial neutre... encore que cette neutralité ne soit pas si claire... l'inconscient de la personne âgée existe et sait se rappeler des relations familiales anciennes, structurantes ou traumatisantes.

Dans notre discipline où la nosographie adulte est inadaptée, la **variabilité des troubles**, dans le temps et selon l'environnement mais aussi l'intrication du somatique et du psychique se vérifient tous les jours. L'observation par la famille d'accueil (notre interlocutrice privilégiée est Madame V.) de ces variations nous permet de donner sa juste place à la psychogenèse intra-psychique et/ou relationnelle de troubles psychiatriques, et à l'impact de la psyché sur les symptômes corporels « *psychosomatiques* » (céphalées, gastralgies, pollakiurie, dyspnée, diarrhée, vomissements, anorexie, troubles de la marche, de la vue... la liste est longue!). La qualité et la durée des échanges verbaux entre accueilli(e) et accueillants enrichit considérablement la connaissance de la biographie (souvent longue, par définition) de nos patients, et de la qualité des relations familiales, durant l'enfance, l'âge adulte et lors du vieillissement. La mère d'accueil nous aide aussi à analyser les désirs (exprimés verbalement ou non) de la personne âgée concernant son avenir : telle personne se permet de reconnaître que le retour à son domicile l'angoisse, telle autre multiplie les malaises, quand les permissions en famille se font plus fréquentes. Comportements régressifs, manifestations d'angoisse, bilan de vie, deuils difficiles s'expriment verbalement ou non, en tous cas sont recueillis et « *travaillés* » avec l'équipe de suivi lors des rencontres à domicile. Celle-ci peut plus

facilement différencier pathologies anciennes (névrose de caractère, paranoïa sensitive, névrose de guerre...) de celles liées au vieillissement, réactionnelles à des événements qui ont dépassé les défenses de la personne, et donnant lieu à une crise, psycho-pathologique et/ou relationnelle.

Même si une pathologie organique est présente (évolution démentielle, qu'elle soit dégénérative ou toxique), la surenchère affective des symptômes peut plus aisément s'apprécier avec ce changement de contexte et donc de règles relationnelles. A moins que l'étiologie dépressive des troubles cognitifs observés ne s'affirme quand le patient s'améliore spectaculairement, éloigné d'un contexte pathogène.



Ainsi, l'A.F.T. nous permet d'enrichir nos deux axes de lecture des symptômes : analyse diachronique et synchronique, avec élucidation des facteurs de rupture d'équilibre et meilleure appréciation des facteurs de changement.

Les objectifs généraux de l'A.F.T. sont donc ceux de tout mode de soins en gériopsychiatrie :

- respect de la personne, dans son histoire, sa culture, ses habitudes de vie, ses désirs,
- soins globaux, du corps (alimentation, soins d'hygiène, maintien de la marche) et du psychisme,
- maintien de l'autonomie, physique et psychique. Les patients que nous confions sont tous en état de dépendance psychologique plus ou moins assortie de dépendance instrumentale et physique. C'est donc une stratégie d'autonomisation globale, même si les objectifs sont modestes, qui est mise en place par l'accueillante,
- stimulation de l'élan vital, liée souvent au sentiment d'être reconnu et aimé. Les personnes âgées souffrent souvent de ne pas trouver dans le regard de leurs proches l'estime d'eux-mêmes qu'ils n'ont plus. L'attention et la présence chaleureuse de toute la famille contribue à restaurer ce narcissisme bien fragilisé. Le réveil de l'attention et de l'intérêt pour les petites choses de la vie quotidienne par les fréquents échanges et sollicitations de l'accueillante ravive l'ancrage de la personne âgée dans la réalité, dans ce qu'elle a de plaisant, de ce qui donne le goût à la vie,
- adaptation au milieu que ce soit en augmentant les défenses psychologiques du patient ou/et en diminuant les facteurs d'agression. Si possible, bien sûr, c'est vers la verbalisation des émotions, des difficultés et vers une anticipation positive que tend le travail psychothérapique. Mais il faut savoir respecter des défenses (névrotiques, somatisations, caractérielles) qui colmatent les brèches, que le patient ait été suicidaire ou ait régressé au point d'avoir présenté des symptômes psychotiques ou pseudo-démentiels.

Le facteur d'agression le plus sournois, le plus fréquent et bien souvent le moins reconnu, est le sentiment de solitude. Solitude? Isolement? Repli sur soi? Relâchement des liens familiaux et de voisinage? Les remarques, souvent pleines de bon sens de Mme V., nous aident à en déterminer les causes et l'intensité. Liés à la solitude apparaissent les carences alimentaires, l'appétence médicamenteuse, l'éthylisme... mais aussi l'escroquerie d'un proche, le deuil non fait d'un conjoint ou d'un voisin très investi...

L'approche psychothérapique se couple donc avec une investigation parfois « policière », grâce aux indices fournis par Mme V., sur les conditions de vie de nos patients, sur leurs possibilités financières, et débouchent sur des actions concrètes : mesure de protection des biens, revalorisation et adaptation du domicile, recherche d'une maison de retraite proche d'un enfant « retrouvé », mise en place de réels liens de coopération avec la famille naturelle.

Les mesures, tant psychothérapiques que sociales, aident à dénouer la crise qui a été à l'origine d'une demande de soins psychiatriques. Nous sommes donc là, avec la famille d'accueil, pour reconstruire un équilibre... dont nous savons qu'il devra se maintenir au-delà et en dehors de la famille d'accueil. C'est une des difficultés de l'A.F.T. en gérontopsychiatrie : la tentation, une fois le patient amélioré, est de penser qu'il ne peut être mieux que dans le milieu thérapeutique. Or, il n'y est que transitoirement, l'A.F.T. aide à le restaurer, mais pour un ailleurs. Le deuil anticipé, pour le patient et l'accueillante principale, est donc là dès la signature du contrat... et à l'équipe de suivi de rappeler que le nirvana fusionnel, phase inévitable - et positive! - n'est qu'une étape du projet de soins qui tend à autonomiser le patient par rapport à cette « bonne » famille. Travail tout en nuances et en paradoxes, où l'on incite le patient et famille d'accueil à s'investir mutuellement en même temps qu'on les prépare à la séparation !

Reconnaissons que Madame V. n'a eu vraiment le sentiment d'un travail bien fait et « jusqu'au bout » que lorsqu'elle a pu accompagner deux patientes (les plus âgées) dans leurs derniers moments. Mais au cours du temps, elle a pu accepter la frustration que d'autres prendront le relais et recueilleront les fruits de son travail.

III - LES PATHOLOGIES ACCUEILLIES ET LE DEVENIR DES PATIENTS

Notons au fur et à mesure, que l'importance des troubles démentiels a fait place à la prépondérance de troubles d'allure franchement psychiatrique, comme si nous avions pris confiance, à la fois dans nos capacités et dans celle de la famille d'accueil, à utiliser cette modalité de soin autrement que comme famille tolérante et chaleureuse, à savoir véritable outil de changement dans un projet de soins psychothérapique.

1) **Madame A.**, la première patiente confiée, a passé les dernières années de sa vie et est morte chez Mme V.. Posons a posteriori le diagnostic de **démence psychogène** ayant été hospitalisée pour des troubles du comportement à domicile.

Isolement familial total, histoire personnelle avec une grande carence affective durant l'enfance. Nous avons eu l'impression que la famille V. avait tenu lieu de famille réparatrice ; Madame A. a gagné en sociabilité (abandon des injures de poissonnière marseillaise par exemple!), se réfugiant douillettement dans cette atmosphère maternante qu'elle n'avait jamais connue. Elle est restée 4 ans, y a vécu, disait-elle, les meilleures années de sa vie, paisible mais ayant désinvesti la réalité extérieure autre que le bonheur de vivre choyée.

2) **Madame T.** 79 ans, présentait elle aussi des signes de détérioration. Le contexte familial reflétait aussi **un abandon** : un mari violent mais aimé, récemment décédé, décès qu'elle a mis longtemps à reconnaître.

Qu'a-t-elle voulu nous dire quand elle est morte accidentellement (une chute en arrière dans les escaliers?) Cela s'est passé la veille de son retour dans la famille d'accueil, partie un mois en vacances, ce qui avait nécessité un placement temporaire dans une maison de retraite.

3) **Madame CH** 89 ans, avait été hospitalisée dans l'unité plein temps de gériopsychiatrie pour « *état d'agitation avec hétéro-agressivité* » alors qu'elle était en maison de repos. Vivant seule (veuve depuis 20 ans, sans enfant), elle avait lassé son voisinage et la filleule de son mari par des comportements bizarres et caractériels sur fond de déclin des fonctions intellectuelles. Ayant évoqué l'hypothèse d'une **régression psychogène** (histoire possible d'escroquerie), l'équipe a proposé l'A.F.T. : effectivement, après une période de refus alimentaires, Mme CH a pris confiance et a pu se permettre d'évoquer des comportements indécents de la part de la filleule de son mari ... qui ne s'est d'ailleurs jamais manifestée. Choyée et appréciant les attentions de Mme V., elle a réussi à ne pas vivre la séparation annoncée due aux congés... elle est décédée à l'aube de l'avant-veille du départ en vacances de la famille d'accueil.

4) **Madame F.** , 81 ans présentait un tableau de **dépression pseudo démentielle**, déclenchée par le décès d'un voisin ami très investi depuis le décès de son mari trois ans auparavant. Elle aussi, n'avait pas d'enfants. Sa grande quête affective nous semblait nécessiter un lieu de soins relayant l'unité plein temps, mais plus intime qu'une maison de retraite. Au début de son séjour, son anxiété se manifestait par des symptômes digestifs variés inquiétant Mme V. mais s'estompant au fur et à mesure qu'elle reprenait confiance en elle-même. Finalement, elle a pu décider elle-même dans quelle maison de retraite finir ses jours. Elle a pu également rédiger un testament, démarche qui l'a beaucoup apaisée.

5) **Madame B.**, 73 ans, nous posait déjà depuis 18 mois un problème diagnostique : signalée par son aide-ménagère pour une incurie, la dilapidation de son argent, des troubles mnésiques, bref un tableau d'allure démentielle, elle s'était améliorée à l'hôpital de jour avec un traitement anti-dépresseur et une prise en soins quotidienne.

La famille se faisait toujours aussi discrète : un mari décédé quelques années auparavant (« une délivrance, il était alcoolique »), un fils mongolien à qui elle ne rendait plus visite depuis que, placé, il lui avait signifié qu'il n'avait plus envie de la voir, un autre fils en proie à des problèmes conjugaux, et une fille résidant à Barcelonnette, très occupée par son commerce.

Aussi, après une hospitalisation plein temps rendue nécessaire, l'A.F.T. a-t-il été proposé pour permettre à Madame B. et à sa famille de choisir un autre mode de vie que le retour à domicile. Madame B. ne supportant plus sa solitude et présentant des **troubles cognitifs, variables selon le contexte et les moments**.

Les trois mois de séjour en A.F.T. ont permis :

- au fils d'Aubagne d'oser dire à sa mère qu'il ne pouvait s'occuper d'elle,
- à Madame B. de reconnaître que la vie de son fils mongolien se passait désormais en institution,
- à sa fille de trouver un moyen terme à sa culpabilité par rapport à sa mère en lui trouvant une place dans une maison de retraite proche de chez elle.

Madame B. est décédée quelques mois plus tard... l'adaptation à la maison de retraite avait été très difficile, les complications somatiques de son H.T.A. et de son tabagisme ont concrétisé son désir de mort maintes fois exprimé.

6) **Je suivais Mme L.**, 69 ans, réfugiée vietnamienne d'origine Thaï, depuis plus de 10 ans, lors de ses premiers **accès délirants**, que j'avais rapprochés d'une pathologie culturellement admise dans son pays, les attaques de « *Lotha* » : il s'agit de grands accès d'agitation avec bris d'objets et actes de violence, dans un contexte confusionnel, chez des personnes en situation de soumission devenue intolérable. Madame L., en effet, vivait protégée chez une princesse Thaï, devenue française par son mariage avec un officier, et qui régnait sur une colonie de réfugiés dans une « *campagne* » proche de l'hôpital. Des relations maître-esclave existaient entre elles.

Nous avions émis l'hypothèse que, Madame L. vieillissant et étant moins productive, elle devenait une charge dont on ne savait comment se débarrasser. Ni sa seule fille retrouvée (elle avait eu cinq enfants), ni ses cousins, ni personne dans la communauté vietnamienne de Marseille n'en voulait. Et elle, refusait cet abandon général.

L'A.F.T. n'a fait que confirmer sa révolte... un essai de placement en maison de retraite s'est terminé tragiquement : Madame L. s'est pendue une nuit dans son placard où elle n'avait jamais accepté de ranger ses effets, laissés dans les valises.

7) **Madame FR.**, 75 ans est connue de notre service depuis 1992. Elle avait été hospitalisée en H.D.T. pour un épisode délirant de persécution, dans un contexte dépressif consécutif à sa mise à la retraite d'institutrice dans une école religieuse où elle avait enseigné jusqu'à l'âge de 68 ans. Veuve très jeune, elle avait vécu avec sa mère jusqu'à la mort de celle-ci, qui l'avait aidée à élever ses deux fils. L'un, professeur de gymnastique, s'est marié à 40 ans, a un petit garçon. L'autre vivait encore avec sa mère, « *posant des problèmes* » : le principal était son alcoolisme... toujours nié par Madame FR. ... elle-même, nous ne le découvrîmes que progressivement, ayant l'habitude de boire vin, bière et apéritifs.

Des troubles cognitifs, essentiellement mnésiques, sont apparus, et Madame FR. refusait toute aide pour tenir la maison qui se dégradait. Ses deux fils ont vite accepté le projet, Madame FR. y étant, elle, réticente.

La tempérance en famille d'accueil a amélioré les troubles mnésiques dont je ne sais encore s'ils sont à rattacher à un processus dégénératif ou toxique : d'énormes trous de mémoire avec réactions de panique difficiles à contenir, nous rapportait Madame V., persistaient. Le retour à domicile, souhaité par son deuxième fils, a pu s'organiser avec un soutien médico-social serré... mais l'intempérance a repris... ses deux fils sont convoqués... l'histoire n'est pas finie !

8) **Madame S.**, 70 ans, est elle aussi une habituée du service : depuis la mort de son mari en 1993, elle fait des tentatives de suicide à répétition, dans un contexte de conflit familial, essentiellement avec sa fille et son gendre, dont elle a aidé à élever la fille, née d'un deuxième lit.

L'A.F.T. s'est déroulé en deux temps :

- une « *lune de miel* » où patiente, famille d'accueil, fille (le fils avait clairement donné sa position : « *j'ai quitté mes parents à 18 ans, je ne veux plus m'occuper de ma mère* »), et équipe de suivi ne pouvaient que se féliciter de l'amélioration de la dépression de Madame S. Période de séduction...
- puis, **les manoeuvres perverses** de Madame S. se sont révélées diaboliques : adroite pour manipuler chacun des partenaires du projet de soin et les cliver, Madame S. a construit avec sa fille, à peine moins adroite que sa mère - ou moins fine ??? - un projet de retour dans la vie familiale ... dont, petit à petit, nous avons été exclus (arrêt sans cause de l'hôpital de jour, plus d'appels téléphoniques, rendez-vous sautés). A suivre...

9) **Nos deux projets actuels concernent :**

- une patiente de 72 ans, elle aussi alcoolique, vivant sous la coupe d'un frère prêtre à la retraite,

- une autre de 84 ans, à la personnalité paranoïaque sensitive (tableau de Krestshmer), ayant viré au délire de persécution centré sur la belle-fille, alimenté par la jalousie vis-à-vis d'un neveu (de 74 ans!) recueilli par son fils en même temps qu'elle!

Ainsi, avons-nous confié à la famille d'accueil des personnes âgées, souvent très âgées, présentant des tableaux psychiatriques variés, dont le point commun est la régression, qu'elle soit psychogène et/ou liée à l'évolution de troubles démentiels.



IV - MODALITES CONCRETES

Entre l'idée d'un A.F.T. pour un patient, et la signature du contrat s'écoulent plusieurs semaines :

- affiner le projet, le rédiger (c'est une pièce maîtresse du contrat, cosignée par le patient ou son représentant légal, la direction, la famille d'accueil et le responsable technique c'est à dire le médecin de l'équipe),
- préparer le patient à vivre dans une famille autre que la sienne, et pour une durée limitée, et en vue de préparer son avenir... qu'il ait 60 ou 90 ans,
- associer la famille naturelle aux soins sans qu'elle se sente disqualifiée,
- coordonner les interventions du médecin traitant habituel, de celui de la famille d'accueil, de l'infirmière pour les soins d'hygiène, du kinésithérapeute, éventuellement de l'hôpital de jour, du tuteur éventuel,
- s'occuper de l'évaluation de l'argent de poche possible, des modalités de contact avec la famille naturelle, de l'aménagement de la chambre de l'accueilli (objets personnels de culte, lit médicalisé, chaise percée...), préparation avec le patient de ses vêtements et effets personnels...

Une fois le contrat signé, l'arrivée du patient est toujours émaillée de réactions de sa part : anxiété, somatisations, régression. L'équipe de suivi assure donc des visites rapprochées (au moins deux la première semaine, puis une par semaine) sans compter les appels téléphoniques fréquents de la part de la famille d'accueil et de la famille naturelle.

Il faut parfois associer à ce climat de maternage, des soins en hôpital de jour pour favoriser la socialisation du patient et la verbalisation de ce qu'il vit dans ce contexte si particulier, modalité supplémentaire de soins souvent vécue comme rivalisant par la famille d'accueil.

La période des vacances (Mme V. est salariée de l'hôpital) représente une difficulté supplémentaire à laquelle nous préparons le patient deux mois à l'avance. Avec l'expérience, nous essayons de prévoir la fin de l'A.F.T. de telle sorte que le patient quitte la famille de manière définitive sans séparation intermédiaire.

V - QUELQUES REFLEXIONS THEORIQUES

* Partant de l'hypothèse de la permanence de la vie psychique chez la personne âgée, même si elle est démente, nous affirmons que des phénomènes psychopathologiques s'intriquent avec les troubles des fonctions supérieures chez un sujet dont le narcissisme est bien fragilisé. Nous sommes aussi convaincus qu'une relation psychothérapique peut toujours s'instaurer, et que la vie en famille d'accueil réveille des émotions infantiles révélant les identifications parentales.

* Nos observations nous amènent à relever la **succession de quatre phases** lors de l'A.F.T :

- l'aggravation du tableau d'allure démentielle,
- à l'acmé du tableau, la peur, qui s'insinue chez le patient, la famille d'accueil... et l'équipe qui se sent « *jouer à quitte ou double* »,
- l'issue de la crise se fait le plus souvent vers une sédation des troubles les plus bruyants, le passage par un vécu dépressif puis une certaine sérénité...
- la fin de l'A.F.T. : le patient fait son choix, nous semble-t-il, entre utiliser ses forces pour investir un autre lieu de vie (domicile, maison de retraite, famille naturelle) ou ... mourir. Cette dernière modalité réveille en nous, équipe de suivi, une culpabilité entretenue par le désir souvent répété de Mme V. de « *garder* » les patients.

* Accueil familial thérapeutique? placement familial social? **En quoi, l'A.F.T. est-il psychothérapique?**

Une approche plus systémique permet d'étudier ce qui « *bouge* » dans la relation entre les différents pôles du système thérapeutique :

- **couple patient-famille d'accueil** : la fragilisation, mutuelle, relève de la projection réciproque des imagos parentales. N'oublions pas que la famille d'accueil n'a pas de formation préalable... elle est « *suffisamment bonne* » mais reçoit de plein fouet l'ambivalence du patient à son égard.
- **couple patient-équipe de suivi** : rassuré par l'ambiance chaleureuse, voire maternante, chaque membre de l'équipe peut se permettre de « *bousculer* » le patient, aborder aussi la blessure narcissique liée aux pertes de mémoire, les deuils, les rancœurs accumulées, les espoirs déçus, la mort à la fois souhaitée et crainte.

Faciliter les processus de pensée, renarcissiser le patient, stimuler les capacités sensorielles et émotionnelles demande beaucoup d'implication du soignant... et de patience, car les oscillations de l'état psychique et physique du patient sont déroutantes, et il faut pouvoir les décoder en fonction de leur sens dans la relation patient-accueillante.

- **couple accueillante-équipe de suivi** : l'équipe travaille avec les représentations de Mme V. à propos de la vieillesse, de la folie, du bien, du mal. Elle informe, sécurise, veille à éviter fusion et/ou rejet, aide à prendre de la distance, rappelle la « *non toute-puissance* » de la famille d'accueil, prépare la séparation.

Relations 2 à 2, mais aussi triangulées :

- **patient-accueillante-reste de la famille** : l'ordre des générations est bousculé. Qui est l'enfant? Celui qui le fait?
- **patient-accueillante-direction de l'hôpital** : l'argent sert de vecteur à une demande de reconnaissance par l'accueillante, à un sentiment de dette (affective) de

la part de l'accueilli. La direction est le garant du respect du contrat, et sert donc de tiers dans cette relation.

- **famille naturelle-famille d'accueil** : la rivalité, vécue de part et d'autre, doit se transformer en complémentarité. Mais il faut accepter, tout en les relevant, les atteintes au cadre de soins dont l'intensité est à la hauteur de la souffrance de la famille naturelle.

* Quels sont les changements intrapsychiques observés?

L'alternance de moments de lucidité et de confusion rendent compte de l'efficacité de la « *facilitation maximale* » (Dr L.PLOTON) opérée par l'équipe de suivi et la famille d'accueil. Les traits d'humour qui apparaissent signent la prise de distance du patient tant avec sa perte d'estime de soi que du sentiment d'abandon. En effet, il expérimente qu'on a plaisir à parler, à vivre avec lui, et peut ainsi, même partiellement, s'accepter, vieillir et amoindrir, et même s'autoriser à réinvestir des objets extérieurs. Le partage de la vie d'une famille « *ordinaire* » avec ses moments forts et ses conflits aide à relativiser la colère contre sa famille et l'idéalisation d'une « *bonne* » famille. La surenchère revendicative, la quête affective se modèrent, et surtout peuvent se parler.

CONCLUSION

L'Accueil Familial Thérapeutique en gériopsychiatrie apparaît donc comme une modalité de soins nouvelle et pleine de promesses, même si bien difficile. Ses effets psychothérapiques sont indéniables : assurés par l'association d'une famille qui-ne-sait-pas-mais-qui-accueille, et d'une équipe qui-maintient-et-crée- la pensée tant auprès du patient que de l'accueillante, ils démontrent l'intrication des phénomènes régressifs et des troubles des fonctions supérieures chez les patients âgés. Ils posent par là la question de l'étiologie des tableaux d'allure démentielle, tant du point de vue psychodynamique que relationnelle et leur lien avec un soubassement organique.

L'A.F.T. requiert une équipe motivée, convaincue de son rôle d'acteur de changement, apte à résister aux clivages induits tant par le patient que par la famille d'accueil et la famille naturelle, et à s'interroger sur le sens et les limites de ses interventions.



BIBLIOGRAPHIE

Michèle ANICET
Médecin Chef de Service
Secteur Orange ⁽¹⁾

- 1 - BERGER M., JAOUL A., FARHI D., GLICENSTEIN M., CARTRY J., GRANDEARD F., PELLE A., MERAI M. : « Placement familial : de la séparation à la réparation ». *Journal des psychologues*, 1997, n° 150, p 21- 49.
- 2 - BIBAULT H., GAYDA M. : « Du placement familial au service d'accueil familial thérapeutique : les Annales médico-psychologiques voici 150 ans ». *Annales médico-psychologiques*, 1993, vol. 15, n°3, mars, p 289-292.
- 3 - BLOCH JM., VTSE F., GUITER B., COLLECTIF : « L'accueil familial spécialisé thérapeutique ». *Soins psychiatrie*, 1994, n°160, février, p 4-32.
- 4 - BORRI R. : « Les placements familiaux thérapeutiques dans le secteur XI des Bouches du Rhône ». Thèse de Doctorat, Marseille, 1989.
- 5 - BRUNIER J. : En France, in « Les interactions en accueil familial », direct. WETCH-BENQUE M., VIGTEVEEN W., MELIARENNE B., G.R.E.P.T.A., p 48-50.
- 6 - BRUNIER J. : « L'accueil familial thérapeutique » (conclusion du colloque) In « Rôle et statut des familles d'accueil », actes du colloque de Strasbourg, 1992 (20-21 mars), édité par l'Association Contadour, p 131-133.
- 7 - CABANEL L., ANASTASSIOU V. : « La félicitation : vers une modélisation de l'accueil familial thérapeutique ». *Thérapie familiale*, 1994, vol 15, n°3, p 289-305.
- 8 - CAILLE P. : « Famille et thérapeute », *ESF*, 1985, p 1-192.
- 9 - CEBULA J.C. : « Famille et institution ». In « Les placements familiaux thérapeutiques », sous la direction de P. SANS, Ed. Fleurus, Paris, 1987.
- 10 - CEBULA JC., DURAND B., SANS P., COLLECTIF. : « Le placement familial ». *Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale*, 1991, n°4.
- 11 - CEBULA JC., HOREL C. : « L'accueil familial organisé à l'hôpital ». *Paris/IFREP*, 1993, 45 p.
- 12 - COLLECTIF. Dossier : la fonction famille d'accueil. *Accueil familial en revue*, 1997, n°3, p 5-39.
- 13 - COLLECTIF : « Les familles d'accueil ». *Psychanalyse de l'enfant*, 1995, n° 16, p 5-220.
- 14 - COPPEL M., DUMARET AC. : « Que sont-ils devenus ? Les enfants placés à l'Oeuvre Grancher. Analyse d'un placement familial spécialisé ». *Ramonville Saint-Agne/Eres*, 1995, 192 p.
- 15 - CORBILLON M., ASSAILLY JP., DUYME M. : « Aide sociale à l'enfance : descendance et devenir adulte des sujets placés ». *Population* 1988, 2, p 473-479.
- 16 - DAVID M. : Table ronde des Entretiens de Bichat : placement familial thérapeutique (Introd.). *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.*, 1986, 34 , 433-459, Res, Eng, Spa, Ger.
- 17 - DAVID M. : « Le placement familial : de la pratique à la théorie ». *ESF*, Paris 1989, p 457.
- 18 - DELPECH S. : « Placement familial thérapeutique pour enfants » (Mémoire CES de psychiatrie). Paris VI, 1989.

⁽¹⁾ Secteur 2, Centre Hospitalier de Montfavet, B.P. 92 84143 Montfavet, Tél. 04.90.03.91.05

- 19 - DOLTO F., HAMAD N. : « Destins d'enfants, adoption, familles d'accueil, travail social ». Ed. Gallimard, Paris, 1995, 159 p.
- 20 - DUMARET AC., COPPEL BATSCH M. : « Evolution à l'âge adulte d'enfants placés en familles d'accueil ». *Psychiatrie de l'enfant*, 1996, vol. 39, n°2, p 613-671.
- 21 - FARGES F., FARGES S. : « Les familles d'accueil pour toxicomanes : une particularité thérapeutique française ». *Perspectives Psy*, 1997, vol 36, n°, p 68-72.
- 22 - GEBEROWICZB, CZERNICHOW S. : « Les familles dysfonctionnelles », *Psynergie*, 1993, p 2-5.
- 23 - INSTITUT DE FORMATION DE RECHERCHE ET D'EVALUATION DES PRATIQUES MEDICO-SOCIALES. La formation des familles d'accueil. RA-1995-IFR. 1995, Paris/IFREP, 54 p.
- 24 - JARDIN F, LECOURT E. : « Intervenir... et après. Evolution comparative de 25 enfants admis en placement familial ». *Informations sociales*, 1978, 11-78, p 90-94.
- 25 - JARDIN F. : « Violence et séparation ». In : Lecourt F, Echard et colls. La décision de séparation. Choix entre deux violences. Communication 2 à congrès AFIREM, Londres, 1981.
- 26 - LAFORESTRIE R., GROUSSARD, TREMBLAY RM. : « Familles d'accueil et enfants placés ». Paris/ESF, 1976, 127 p.
- 27 - LALLEMAND D. : « Accueil familial des personnes âgées : premier scanner ». *Actualités sociales hebdomadaires*, 1991, n°1736, p 7-8.
- 28 - « L'accueil familial des personnes âgées ou handicapées adultes ». *Actualités sociales hebdomadaires*, 1991, n°1726, p 11-20.
- 29 - « L'accueil familial thérapeutique ». *Actualités sociales hebdomadaires*, 1991, n° 1731, p 11-15.
- 30 - « La relation d'aide interparentale dans le cadre du placement familial ». Colloque international « Parents d'enfants sourds ». Paris, 1980, 4, 5, 6.
- 31 - Le placement familial : un outil thérapeutique ? S.1/Audit. 1990, 242 p
- 32 - LESOUEF H. : « Modes d'hébergement des malades mentaux stabilisés ». UNAFAM, 1990, n°1, p 14-19.
- 33 - « Les services d'accueil familial thérapeutique ». *Cahiers hospitaliers*, 1991, n°55, p 8-9.
- 34 - LEVETGAUTRAT M. : « Familles d'accueil pour personnes âgées ». *Gérontologie*, 1990, n°73, p1-4
- 35 - MAISONDIEU J. : « L'accueil familial thérapeutique : une chance pour les malades mentaux? ». In « Vie Sociale et Traitement », N°36 et 94.
- 36 - MIERMONT J., STERNSSCHUSS-ANGEL S., NEUBERGER R., SECOND : « Les thérapies familiales », Paris, EMC Psychiatrie, 1, 1990.
- 37 - MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'INTEGRATION. : Note sur l'accueil de personnes âgées ou handicapées adultes par des particuliers à leur domicile à titre onéreux. B.O. 91-94 Bis. 1991, Paris/Journal Officiel 79 p.
- 38 - MINUCHIN S. : « La guérison familiale », ESF, 1993, p 1- 284.
- 39 - MONOGRAPHIE, dossier documentaire centre Diderot. Paris. L'espace transitionnel des familles d'accueil en toxicomanie (études d'un stage). Centre Diderot. Paris. 1988 ; 102 p (tabl)
- 40 - NEUBERGER R. : « Le mythe familial ». ESF., 1993, p 1 - 284.
- 41 - OXLEY J. : « Des nourrices au placement familial, l'institution thérapeutique ». *Neuropsychiatrie Enfance Adolesc.*, 1986, 34, p 441-442
- 42 - OXLEY J. : « Le placement familial thérapeutique », *Psynergie*, 1993, p 17- 21.

- 43 - PRINCET P. : « Accueil familial thérapeutique pour adultes : protocole d'agrément des familles et modalités d'intégration d'un patient ». Actualités psychiatriques, 1993, n° 2-3, p 11-19.
 - 44 - ROUQUES D. : « Des enfants en familles d'accueil ». Ed. Fleurus, Paris, 1987, 152 p.
 - 45 - ROUYER M. : « Le placement familial ». In : Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. PUF, Paris, 1985, vol 3, pp 343-357 (bibliogr pp 357).
 - 46 - ROY J. , GORGUES RM., HADAMARD L., COLLECTIF. : « L'enfant handicapé en famille d'accueil : besoins des professionnels ». Accueil familial en revue, 1997, n°3, p 47-53.
 - 47 - ROY J. : « Handicap et attachement : l'abandon et l'adoption ». Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 1995, vol 43, n°10-11, p 444-448.
 - 48 - SANS P., DAVID M., C.R.E.A.I. PAYS DE LOIRE. : « Les placements familiaux spécialisés et thérapeutiques : originalité, spécificité et diversité, confrontations », Nantes-CREAI Pays de Loire, 1986, 238 p
 - 49 - SANS P. : « Famille d'accueil, un métier ». Ed. du Centurion, Paris, 1991, 265 p (bibliogr pp 257-262).
 - 50 - SANS P. : « Les placements familiaux thérapeutiques ». Ed Fleurus, Paris, 1987, 386 p (ill Tabl Bibliogr ; pp 355-381 et dissem)
 - 51 - SANS P. : « Accueil et placement familial, historique, diversité, difficultés, législation ». Ed. Fleurus, Paris, 1989.
 - 52 - SANS P. : « Soins et placement en famille d'accueil ». Presses Universitaires de Nancy, 1991.
 - 53 - SANS P. : « Placement familial : Transfert et institution ». Nervure, 1989, tome II (4), 12-18.
 - 54 - SHNEIDER B. : « Approche systémique de la sélection des familles d'accueil ».Thérapie familiale, 1990, n°1, p 55-77.
 - 55 - SIDOUN P.: « Schizophrénie chronique et familles d'accueil : aspects de l'expérience québécoise ». Nervure, 1991, vol. 4, n°9 p 24-27.
 - 56 - SIX V. , EDELSON V. , PERSON M. : « Importance des phénomènes de répétition lors des situations de crise des tous-petits : placements et déplacements ». Psychologie médicale, 1993, vol. 25, n°6, p 486-488.
 - 57 - SOULE M, NOEL J, BOUCHARA F. : « Le placement familial » ESF. Paris. 1969.
 - 58 - SOULE M, NOEL J. : « Le grand renfermement des enfants dits « cas sociaux » ou malaise dans la bienfaisance ». Psychiatr Enfant., 1971, 14, p 577 - 620.
 - 59 - VERDIER P. : « Les assistantes maternelles sont-elles soumises au secret professionnel ? » Accueil familial en revue, 1997, n° 3, p 40-43.
 - 60 - VIGNES M., BOSCREDON NOE J., FAY J., ABADIE I. : « Violences et placements familiaux ». Annales médico-psychologiques, 1997, vol 155, n° 1, p 54-57.
 - 61 - WETCH-BENQUE M., MEUARENNE B. : « Malades mentaux : situation et perspectives de l'accueil en familles ». Nervure, 1994, vol 7, n° 3, p 45-47.
- « L'accueil familial spécialisé », N° spécial de « Soins en Psychiatrie », N°150, Févr. 1994.
- « L'accueil familial thérapeutique », N° spécial de « Santé Mentale », N°18, Sept.1997.
- « Les interactions en accueil familial », sous la direction de Maryvonne WETCH-BENQUE, Ed. Eres, 93 et coll.

PSY- CAUSE II

MELANGE OFFERT A JEAN-LOUIS GAUTHIER

Cette seconde partie du numéro double regroupe divers textes qui nous sont parvenus au gré des centres d'intérêt de nos lecteurs. Elle illustre toute la diversité vivante de la psy dans notre inter-région, celle de tous ceux qui désirent témoigner de leur engagement pour « une cause ». L'équipe rédactionnelle de Psy-Cause a décidé d'offrir tous ces textes à notre ami Jean-Louis GAUTHIER trop tôt et tragiquement disparu.

. Le concept d'accueil est au centre de la pratique psychiatrique, c'est pourquoi ce premier article ne peut que lui donner toute sa dimension, en interface avec notre dossier sur l'accueil familial thérapeutique. Quatre psychiatres du Centre Hospitalier de Montfavet, l'articulent avec les différentes formes de prise en charge.

. L'une d'entre elles, qui a connu un important développement ces dernières années, est celle de l'Hospitalisation de Jour dont un Chef de Service du Centre Hospitalier de Montfavet, Henri BERNARD, analyse les points forts.

. Trois animateurs Avignonnais d'une consultation pluridisciplinaire d'évaluation du langage et de l'audition, une psychiatre, un pédiatre et une orthophoniste, font le bilan d'un travail de prévention auprès de jeunes enfants.

. La thérapie familiale est une composante reconnue de la prise en charge du patient au sein de son environnement affectif. Une unité intersectorielle de Thérapie familiale analytique propose ses services depuis plusieurs années au Centre Hospitalier de Montfavet. L'un des membres du groupe, Geneviève BADO, nous présente une formalisation rédigée avec les différents intervenants, du travail au sein de cette structure.

. Qu'est-ce qu'être une femme? Sylvie DUVAL, psychiatre au Centre Hospitalier de Montfavet, en pose le questionnement au travers d'un cas clinique, celui d'une jeune femme ayant un trouble de l'identité sexuelle sur le versant masculin.

. Avoir le phallus, selon Freud, c'est pour une femme d'être enceinte. Cette remarque nous permet donc d'introduire l'article proposé par des auteurs Béninois sur les environnements psycho-socio-culturels et les manifestations psychiatriques liées à la grossesse, dans leur pays. Ce texte s'inscrit dans les échanges que la revue Psy-Cause entretient avec le Bénin.

. Le nom, en particulier dans la Bible, est un élément essentiel de la dimension symbolique du phallus. Moïse BENADIBA, Chef de Service au Centre Hospitalier Valvert, en explore les liens langagiers avec l'Autre, selon qu'il s'agisse du père ou de la mère.

. Qu'est-ce qui motive la curiosité de Léonard de Vinci, l'homme qui nous a donné le sourire de La Joconde? Ce génie, conclut Marie-Claude GARDONE, psychiatre à Uzès, demeure une énigme... Voilà de quoi laisser insatisfaite comme il se doit, notre propre curiosité.

. Nous concluons ce mélange offert à Jean-Louis GAUTHIER, par un texte inédit de Michel SILVESTRE, proposé par Richard KOWALYSZIN, Infirmier à Alès, et publié avec l'aimable autorisation de Danièle SILVESTRE. Il s'agit d'un document de travail pour un répertoire des références probables de l'Hospitalisation à Domicile.

Jean-Paul BOSSUAT

DE QUELQUES TERMES DE L'ACCUEIL EN PSYCHIATRIE

Aneta SKULSKA
Médecin Assistant
Didier BOURGEOIS
Praticien Hospitalier

Patrick ANDRIANASOLO
Médecin Assistant⁽¹⁾
Karine FAYE-ALBERNHE
Praticien Hospitalier

Secteur Avignon Centre / Isle sur Sorgue⁽²⁾
(84 G 05)

Ce texte a été établi à partir d'une communication aux journées de l'association Thetis à Montfavet les 29 et 30 septembre 1994.

A l'heure où l'idéologie évaluative et consensuelle prend le pas sur la clinique, il nous a paru utile de réfléchir sur ce qui pourrait être l'ébauche d'un vocabulaire commun concernant l'une des pratiques les plus lourdes de sens en psychiatrie : l'accueil et ce qui se trouve toujours en arrière plan, l'hospitalisation. Etre accueilli sous forme d'une hospitalisation, c'est entrer de plein pied dans le champ de la psychothérapie institutionnelle, que celle-ci se déploie ouvertement, idéologiquement, comme à Saint-Alban dans les années 50, ou se situe en arrière plan de pratiques aujourd'hui plus flagrantes telles que la prescription de psychotrope. Ce qui est opérant, dans toute hospitalisation et fait rupture, c'est toujours l'immersion institutionnelle. C'est si vrai qu'en psychiatrie, à ce jour, à la différence des autres disciplines médicales, il ne peut se concevoir d'**hospitalisation à domicile**.

Nous verrons plus loin qu'à travers les prises en compte discontinues que constituent certaines modalités d'accueil, peuvent se mettre en place des processus de soins qui eux, s'inscrivent en rupture qualitative avec l'hospitalisation.

Nous allons décrire différents types d'hospitalisations à travers une graduation non hiérarchisée : Il n'est pas de bonnes ou mauvaises hospitalisations mais le sens et le contenu d'un séjour hospitalier peuvent cependant varier considérablement pour un même individu au cours de son parcours psychiatrique, et chez des individus différents, indépendamment de la durée de l'hospitalisation.

*
*
*

. Il est des **hospitalisations en point de suspension**, interminables, à la limite de l'inadéquation, qui signent et concrétisent l'arrêt de toute évolution psychosociale d'un être. Il y a confusion entre lieu de soins qui n'est plus vraiment soignant et lieu de vie qui n'est plus réellement vivant. Le patient peut alors rester hospitalisé jusqu'à sa mort et ne sortir que « *les pieds devant* » d'une existence déjà forclosée depuis longtemps, suspendue. Camille Claudel fut inhumée dans la fosse commune réservée aux malades mentaux de son asile où les croix ne portaient que des numéros pour pouvoir resservir, quelques années plus tard, au bornage d'une autre sépulture administrative (Tyrode).

⁽¹⁾ Etait en 1994 dans le secteur 5

⁽²⁾ Secteur 5, Centre Hospitalier, 84143 Montfavet Cedex, Tél 04.90.03.91.63

. Il est des Hospitalisations dont la dimension **contenante** prime. S'instaurent ainsi des modalités existentielles souvent cicatricielles de grands drames humains, familiaux et personnels. L'intrication lieu de soins/lieu de vie est patente et quelque soit le statut du lieu (sanitaire ou non), seront toujours nécessaires et complémentaires dans la prise en charge, les dimensions soignantes et substitutives éducationnelles. De grands patients polydéficitaires, encéphalopathes caractériels et violents, ne peuvent trouver asile (définitif ?) que dans ces pavillons peu montrés, vilipendés parfois (amendement Creton), où s'effectue au jour le jour un travail difficile, humain, d'accompagnement existentiel. Ce sont des hospitalisations qui contiennent une vie.

. **Les hospitalisations obligatoires en attente d'élément nouveau** contiennent elles, un symptôme : (exemple, Hospitalisation d'Office au titre de l'article 121-1 du Nouveau Code Pénal). Les Unités pour Malades Difficiles constituent une des variantes les plus claires de ce type d'accueil institutionnel. Il s'agit là de trouver une réponse institutionnelle à une problématique de soins compliquée par la nature des troubles : Malades dangereux. (par exemple, un délire paranoïaque imperméable à la réalité et inaccessible au traitement chimique). L'élément nouveau, c'est peut-être la fréquence de la sédation psychocomportementale obtenue au prix de la mise en place d'un paravers protecteur, contenant, rigide et lui aussi cicatriciel. « *En attendant Godot* », les troubles s'apaisent!

. **Hospitalisation substitutive** : L'été, il arrive encore que des personnes âgées ou psychiquement et physiquement dépendantes, grâce à l'inertie institutionnelle et au prix de quelques symptômes réels montés en épingle, résident quelques mois dans des lieux de soins que d'aucun ont pu comparer à un refuge de la SPA! Nous ne nous y attarderons pas.

. **Hospitalisation parenthèse** sans influence apparente sur la trajectoire vitale. Certains sujets psychotiques peuvent continuer leur existence extérieure au prix de quelques séjours rémittents, rassurants pour eux, ou l'important pour les soignants, est de ne pas chercher à changer quoique ce soit durant l'hospitalisation, afin de préparer les conditions d'un suivi ultérieur plus fructueux. Le *sameness* y est de rigueur.

. **L'hospitalisation de fin de mois**, en attente d'un versement d'AAH, de pension ou de RMI, en est une variante qui s'apparente aussi, par certaines implications matérielles à l'hospitalisation substitutive mais c'est le sujet lui même dans ce cas qui met en place les conditions de son hospitalisation ; demande de sevrage éthylique puis demande de sortie ou de permission, le jour de paye ; troubles divers du comportement se terminant après transit par les services d'urgence, par une hospitalisation vouée elle aussi à prendre fin à l'échéance de la prestation attendue.

. **Hospitalisation sous pression exogène** (entourage, social), refuge, sanctuaire. Cette mise au vert est fréquemment utilisée par certains toxicomanes en délicatesse avec la justice, leur dealer, ou leur famille ; le désir de continuer à faire comme avant au prix même d'une pseudo-tentative de sevrage l'emporte sur celui de s'arrêter et les structures d'accueil apprennent peu à peu à gérer ces demandes formulées dans le registre de l'urgentissime, selon les sujets, difficilement négociables car souvent savamment formulée à l'heure de fragilité institutionnelle maximale (à quelque minute de la fermeture du dispensaire, dans l'intervalle libre entre l'accueil régulier d'un service et la prise de fonction du médecin de garde, par définition extérieur à l'habitus du service recevant).

Le rôle de la salle d'attente dans la prise en charge des malades psychiques (psychothérapies analytiques) et plus encore des toxicomanes serait à travailler, car faire attendre quelqu'un, c'est déjà une manière de l'accueillir! Certains événements récents, à la limite du sport, des affaires, et de la politique ont illustré l'impact

considérable d'une hospitalisation en psychiatrie dite « *diplomatique* », pouvant être l'occasion d'une mise à distance du sujet vis à vis de la pression exogène, d'une temporisation bienvenue.

. Le gros de nos prises en charge demeure néanmoins fait d'**hospitalisations reconstructrices** du point de vue psychique ou psychosocial. Nous nous limiterons là au rôle ingrat des assistantes sociales en psychiatrie car la difficile reconstitution d'un parcours social chaotique, pulvérisé entre de multiples caisses, des emplois en discontinu et des hospitalisations itératives, relève d'une anamnèse parallèle qui contribue à restituer au patient un passé riche en déboires certes, mais donc un avenir. Accueillir un sujet c'est aussi prendre le temps de rebâtir le socle du passé, étape précédant toute velléité constructrice d'un projet de soins à long terme. C'est le temps des synthèses!

. **L'Hospitalisation pivot**, au contraire n'a pour but que d'influer sur la trajectoire vitale d'un sujet dont la vocation n'est pas de rester hospitalisé, pour quelconques raisons! Accueillir ainsi, c'est prévoir, quasiment dès l'entrée, la date et les modalités de sortie, le travail de reconstruction se faisant ailleurs (sur le secteur!)

. **L'Hospitalisation ponctuelle** s'apparente tantôt à la précédente, tantôt à l'hospitalisation parenthèse. Elle trouve son originalité par son caractère prévisible, planifiable et par le fait qu'elle n'a pas vocation à servir d'interface entre deux phases existentielles différenciées.



. **L'hospitalisation séquentielle ou rémittente par prescription** (exemple, un jour par semaine) constitutionnellement non liée au symptôme, reste un manière élégante d'ôter beaucoup de sens à la rechute et d'ainsi la prévenir.

Vignette clinique:

Simone, psychotique chronique a réussi le tour de force d'enchaîner sa famille à son symptôme principal, une anxiété massive, explosive et communicative qui lui confère tout pouvoir sur ses proches. Il y eut maintes tentatives de la part des nombreux psychiatres successifs, appelés au chevet de cette famille qui étonne par l'intensité de la souffrance collective qu'elle exprime et par l'impuissance de quiconque à perturber le dysfonctionnement familial, mais aucune ne put mettre la moindre distance entre les protagonistes et toutes se sont heurtées à leur formidable résistance au changement.

Quelques exemples: Simone a réussi à faire fermer par décision administrative le lieu rural de vie où on l'avait adressée passer un mois de vacances (rumeur d'actes sexuels collectifs!) tout en se montrant désolée de plus pouvoir y retourner l'année suivante. Elle réside, après des années d'efforts soignant, dans un petit appartement situé à quelques centaines de mètres du domicile parental mais comme elle leur téléphonait plusieurs fois chaque nuit, à cause de son angoisse!, et que ses parents ne voulaient débrancher leur ligne au cas où on veuille les joindre pour leur annoncer un décès, l'un ou l'autre se relaient pour dormir chez elle! En contrepoint, la famille disposait en permanence d'un certificat médical de leur médecin généraliste demandant l'hospitalisation dans l'urgence, en milieu psychiatrique de leur fille pour agressivité, crise de nerfs etc.; l'hospitalisation urgente se déclenchant généralement à plusieurs jours de distance de la rédaction du certificat, selon le bon vouloir de leur fille. Il a donc été décidé la mise en place d'une hospitalisation séquentielle de cinq jours dans la troisième semaine de chaque mois, que Simone présente ou non un symptôme! avec les conséquences espérées au moins sur l'ébranlement institutionnel que constituait chacune des hospitalisations d'urgences.

. **Hospitalisation convenue, médiate et Hospitalisation d'urgence non médiatisée** s'opposent par la latence structurellement accordée à la réponse institutionnelle dans le premier cas de figure. Celle-ci fonde un espace thérapeutique virtuel, actif par le fait notamment que le patient ne bénéficie d'aucun autre interlocuteur que son propre désir. Ce travail qui ne conviendrait, on s'en doute, qu'à des sujets « névrotiques », peut se comparer à celui à l'oeuvre dans l'intervalle entre deux séances psychanalytiques.

Mais de même qu'il est fréquent de constater la mise en place par les analysants d'un interlocuteur privilégié réceptionnant l'immédiate post-séance d'analyse qui constitue à la fois un prolongement du temps de l'analyse et une perversion au sens technique du contrat d'analyse, l'hospitalisation convenue laisse béante, par définition, la porte d'entrée par urgence (non médiate) dans l'institution.

Cette modalité paradoxale de prise en compte par non prise en charge ne peut convenir qu'à une minorité de sujets laissant à d'autres structures par avance disqualifiées et donc moins opérantes la charge de gérer le reste du problème. Dans cette perspective, et pour auto-caricaturer notre propos, ne pas accueillir un malade, serait aussi le traiter au prix d'une diminution d'efficacité des soins pour les autres malades.

La mise en fonction de lits d'accueil (unité fonctionnelle d'accueil) cumule les deux objectifs : répondre à l'urgence dans de bonnes conditions et pouvoir différer une admission. Cette modalité de prise en charge nécessite néanmoins une disponibilité quantitativement importante risquant, en nos temps de réduction drastique de temps soignants, de se construire aux dépens de la prévention et du travail de secteur.

Le même type de reproche a pu être fait à la mise en place de la filière urgentiste en psychiatrie. Un dispositif intersectoriel aurait l'avantage, en outre, de symboliser de façon plus radicale la non appartenance de cette unité spécifique au service appelé à recevoir, si besoin.



L'ACCUEIL EXPLORE LES
FONTANELLES INSTITUTIONNELLES

. Les prises en charge contenant et discontinues que constituent l'hospitalisation de jour et l'hospitalisation de nuit ont fait l'objet de nombreux travaux théoriques. Nous n'y reviendrons pas ainsi que sur certaines modalités actives d'accompagnement d'un patient, représentées par les placements en **appartement associatif, communautaire et thérapeutique** et par les placements en **famille d'accueil thérapeutique ou social** qui débordent du cadre de ce travail car généralement situées en aval du processus de soins.



De la prise en charge à la prise en compte

Le Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) se situe en marge de toutes ces modalités de soins, il est l'expression administrative récente de la constatation qu'il existait un trou, un espace de liberté, non balisé, dans les modèles évaluables de prise en charge des malades. Expression fourre-tout, rassurante car pouvant désormais être intégrée dans les logiciels évaluatifs, l'appellation contrôlée CATTP recouvre pourtant des pratiques diversifiées.

Prise en compte structurante, l'accueil thérapeutique à temps partiel a été formalisé en 1986 (arrêté du 14 Mars) sous l'appellation de CATTP et peut constituer une prise en charge en pointillé tout à fait originale, créant une solution de continuité de fait dans l'enveloppe soignante qui reste à la base de tout autre type d'hospitalisation, une porosité fonctionnelle qui rend naturels et redondants tous les dispositifs d'interpénétration société/société soignante que l'on a tant de mal, dans la pratique, à mettre en place dans les autres structures : Le CATTP se trouve ainsi, de fait, ouvert aux « *non malades* » ainsi placés en position fonctionnelle de co-thérapeutes, ce qui reste à la base de nombreuses polémiques :

- Artistes invités, rémunérés ou bénévoles avec ou sans mission, immédiatement soupçonnable par la rumeur de venir chercher là matériaux et inspiration, voire soutien psychologique personnel.

- Simples « *voisins du centre social* », passant faire un brin de causette.

- Anciens malades qui posent ainsi clairement la question de l'extinction d'un statut de malade psychiatrique faisant écho à ce que Freud appela en son temps la question de la fin de l'analyse. (*Analyse terminée, analyse interminable*). Sujets étiquetés malades ou soignants nouant ce que l'on a coutume de décrire comme des relations institutionnelles verticales (soignant-malade) ou horizontales (soignant-soignant, malade-malade).

Hypothèse : Pourraient être nommés « *anciens malades* » d'une structure de soins psychiatrique les sujets ayant développé autant de relations horizontales que de relations verticales (les relations verticales étant celles surdéterminées par le fonctionnement institutionnel). Cette définition pose à notre sens les limites de toute thérapie institutionnelle, qui ne peut que définir une coquille contenant trouvant sens et efficacité au prix du maintien absolu du cadre de soins. Tout gauchissement du cadre pouvant être rapidement mortel pour l'institution, mortifère pour le patient dès lors destiné à être éternellement patient : « *Etre malade dans (de) l'institution ou ne pas être* ».

La discontinuité fonctionnelle de la relation d'un patient à un CATTP laisse place, là aussi, à un travail sur ce qui existe entre les temps de prise en charge, et qui est destiné au mieux, à dévorer progressivement ces temps !

Dans un processus psychothérapique analytique, ce qui se passe entre les séances, tant du point de vue de l'élaboration psychique inconsciente, que consciemment, est fondamental, bien que souvent négligé. On a vu (cf. supra) le rôle des « *psychothérapeutes secondaires substitutifs* », ces intimes consentants, plus ou moins « *branchés psy* », chez qui se précipitent les analysants au sortir de leur séance et sur qui se déverse le trop plein émotionnel ou fantasmatique, se prolonge ou se dénoue la séance.

Par analogie à « *l'esprit de l'escalier* » pourraient se décrire ces « *insights* », ces fulgurances de l'escalier du psychanalyste, qui contribuent d'une part, à faire désirer la séance suivante, à la créer déjà, même si évidemment elle sera différente, dans un jeu anticipatoire mûrissant, et aussi produire du processus mental personnel, de l'imaginaire ; d'autre part, réalisant une sorte d'albédo fantasmatique de la séance, à en prolonger le travail. Ce « *jeu sur la séance* » est-il du registre de la perversion ou bien est-il indice de la mise en oeuvre de possibilité naissante du sujet à intervenir sur son existence, à se positionner donc ainsi en tant que sujet ?

Il est des sujets qui mènent une double analyse, avec deux analystes en parallèle, dans un travail parfois pervers, parfois fécond. Il est des patients qui mènent de front deux existences enchevêtrées : l'une immergée dans le champs social, l'autre encadrée dans la structure de soins. La mise en place de ponts entre ces deux existences est-elle de l'ordre d'un processus thérapeutique ? Nous ne sommes pas loin semble-t-il du produit final instauré par le tissage énergétique de deux temps existentiels alors structurants : Le temps partiel du soins et le temps partiel de l'immersion sociale.

Se dégagent alors des pistes qui purent mener dans les années 70 à l'anti-psychiatrie militante, voire à la politichiatrie Basaglienne. En nier le caractère mobilisateur serait sans doute contribuer à figer le soin psychiatrique dans sa tour d'ivoire actuelle, ses prétentions exclusivement scientifiques, désincarnées, réductrices à terme. La psychiatrie reste aussi un fait social.

Plus simplement se dessine la dimension thérapeutique d'une psychiatrie sociale authentique, c'est à dire ne niant pas la spécificité du temps d'immersion dans la parenthèse que constitue l'institution soignante (pouvant autoriser ou favoriser régression psychique et sociale), ne voulant pas faire de la socialisation artificielle en milieu soignant qui ne pourrait aboutir chez les patients sortis (nous ne pouvons alors les nommer « *sujets* ») qu'à une position permanente, chirale, régressive, d'étayage, d'assistanat affectif et social.

Le cas de communautés de vie non soignantes, à visée substitutive, (*Ematis*), à visée soignante totalisante (*le Patriarche*), à structuration parfois simplement sectaire, montre la difficulté à ménager pour les individus déjà phagocytés, une trajectoire menant de la bulle protectrice à une Non-bulle qui soit d'une autre matière que la bulle, lorsqu'il n'existe pas de porosité institutionnelle. La sortie réelle, dans ces cas, ne peut se faire que brutalement par mise à pied disciplinaire ou reniement, c'est-à-dire toujours en référence au cadre et le légitimant ainsi.

Dans d'autres circonstances, l'individu restera toujours relié par un fil d'Ariane (invisible mais d'autant plus puissant) à la structure-mère, ne serait ce que par la persistance du symptôme susceptible de lui rouvrir un jour les portes !

Pour sortir de cette inflation à but thérapeutique qui se devait de remplir chaque parcelle temporo-spatiale des individus assujettis (de l'ergothérapie occupationnelle au lavage de cerveau sectaire), s'est déployé tout un travail de réflexion sur la temporalité et la spatialisation d'une structure se voulant thérapeutique à temps partiel, sans être partiellement thérapeutique, qui a constitué pendant des décennies l'essentiel de la recherche institutionnelle.

La théorie des catastrophes (THÖMS) et les hypothèses les plus récentes sur l'évolution montrent bien le saut qualitatif énorme que pourrait constituer une véritable prise en compte discontinue du patient, établie pas seulement par défaut. L'articulation temporo-spatiale qu'engendre la fréquentation à temps partiel d'un dispositif de soins est seule susceptible de structurer les sujets de l'intérieur, de leur faire acquérir entre autre une horloge personnelle et non plus les assujettir au temps aliénant de toute institution totale (au sens de Goffmann).

Dans un CATTP, les sujets ne sont plus en retard à une activité, ils viennent ou ils ne viennent pas. L'activité a lieu avec eux, s'ils sont là, elle existera mais différemment s'ils ne sont pas là. Les activités collectives utilisant les compétences propres des sujets, ainsi surdéterminées (théâtre, chant polyphonique) ne peuvent vivre que si se sont ajustés ces liens horizontaux désaliénants. Le travail psychothérapeutique s'y fera, quoiqu'il arrive un peu comme dans la démarche psychanalytique car le sujet paiera à chaque fois un prix, symbolique mais puissant, celui de son intégration au groupe.

L'évolution naturelle de telles pratiques de soins spécifiques, constatée empiriquement mais encore faudrait-il les théoriser plus profondément, ne peut être alors que vers l'immersion dans une collectivité de moins en moins psychiatrique et de plus en plus naturelle à tel point que ne peut pas ne pas se poser, (et c'est bon signe), à un certain moment, la question de la limite : A partir de quel moment cesse-t-on d'être soignant? Réponse : A partir du moment où ce n'est plus nécessaire! Et c'est là où tout commence!

L'analogie avec la démarche éducative est flagrante: L'évolution naturelle et normale des pratiques transactionnelles endofamiliales est de devenir exofamiliales. A partir de quel moment cesse-t-on d'être parent? Réponse : Quand ce n'est plus nécessaire!...

Le drame de la psychose illustre cette difficulté!



En conclusion, nous avons ébauché ce qui pourrait constituer le vocabulaire d'une clinique de l'accueil. Chacun des termes utilisés garde sans doute, heureusement, un sens personnel et difficilement partageable et c'est ce qui rend si unique chacune des rencontres avec un patient. Nous parlons de **rencontre** car nous avons bien conscience qu'en fin de compte le patient nous accueille autant dans le cercle de ses interlocuteurs que nous, institution et/ intervenants représentant pour l'institution, ne l'accueillons.

Il pouvait paraître paradoxal, en outre, de parler ainsi, avec insistance, de la discontinuité puis de la fin de la prise en charge dans un travail portant sur l'accueil en psychiatrie, mais cette question des limites naturelles à la rencontre soignant /soigné apparaît essentielle.

Peut être faudra-t-il un jour organiser une journée d'étude sur le thème de la sortie ; nous pourrions alors vous y parler d'accueil!

LE TEMPS DES HOPITAUX DE JOUR

Henri BERNARD
Médecin Chef de Service⁽¹⁾
Secteur Avignon ouest/Isle sur Sorgue
(84 G 05)

Ce texte est celui d'une conférence donnée à Avignon le 11 mars 1993.

En réponse à l'invitation de traiter de quelque thème touchant à l'anticipation, j'ai souhaité vous parler des hôpitaux de jour. Pourquoi?

Parce que l'expérience de cet outil m'a toujours paru passionnante, et que cela contraste avec une dénomination plutôt plate, avec une littérature assez rébarbative (faite de monographies de secteur) et avec la lourdeur administrative que l'on prête aux institutions.

Parce que la pratique de cet outil met en jeu une série de phénomènes qui intéressent l'avenir des lieux de soin : je veux parler de l'intersectorialité d'une part, et de la coopération entre psychiatrie publique et psychiatrie libérale d'autre part.

Enfin parce qu'il y a une leçon à dégager de l'efficacité de cet outil quand les modes passent, quand les structures intermédiaires des années 70 ou les C.A.T.T.P. des années 90 (1), imposent leur modernité, quand la notion d'hôpital de jour peut se perdre dans la valse des institutions.

L'hôpital de jour donc.

Contentons-nous pour commencer de la **définition** française moyenne du genre : organisme de traitement, où les malades sont traités dans la journée pour regagner leur foyer chaque soir (2). C'est un établissement qui assure des soins polyvalents, individualisés et intensifs, prodigués dans la journée, le cas échéant à temps partiel (3). Le prix de journée est spécifique. On verra en fin d'exposé ce qui pour nous serre de plus près la définition de la formule.

Retenons que l'hôpital de jour se dénomme uniquement par une **question de temps**. Or, c'est du temps que je vais vous parler exclusivement. Mon propos est entièrement axé sur quelques phénomènes temporels perceptibles et utilisables dans l'hospitalisation de jour. D'où mon nouveau titre : le temps des hôpitaux de jour. Il est en psychiatrie un certain nombre d'idées qui s'appuient sur le temps. Citons l'après coup, le passage à l'acte, la compulsion de répétition, la période de latence, l'impulsion, la procrastination, la forclusion, le délire d'immortalité, la fuite des idées, l'écho de la pensée. Je me propose d'examiner l'hôpital de jour sous cet angle. Pour cela, j'ai dû choisir une mi-distance où s'émousse quelque peu la perception des problématiques individuelles. J'ai rassemblé toute une brassée de petits constats, d'observations et d'intuitions naïves, et cela s'est arrangé sous la forme d'une espèce d'histoire du temps, que je vous présente. Le temps dont il est question est le temps psychologique, la durée, ce dont la vie psychique est faite selon Bergson (4), la matière même de la subjectivité.

⁽¹⁾ Psychiatre, Secteur 5, Centre Hospitalier, 84143 Montfavet Cedex, Tél 04.90.03.91.62

I - L'ISOLEMENT

L'hospitalisation est dévolue à ceux que la psychiatrie a appelé aliénés, malades mentaux, psychotiques (ou les plus gravement atteints d'entre-eux). Les pères fondateurs de notre psychiatrie - fondateurs du cadre à la fois sémantique et institutionnel de la psychiatrie - l'ont dit et répété. Ils parlaient du temps plein sous la rubrique de l'*isolement*. Pinel, par exemple, estimait que l'isolement des aliénés est une maxime générale du traitement (5). Esquirol le qualifiait de condition préliminaire à tout traitement rationnel de l'aliénation mentale (6). Sur quels arguments se fondait cette règle générale? Lisons-les chez Esquirol. Il y a d'une part, l'acte d'isoler, c'est-à-dire l'évènement premier de retirer l'aliéné de son milieu, et il y a d'autre part, l'utilisation seconde de l'isolement, l'utilisation du nouveau milieu.



A - L'évènement d'isoler est recherche d'une double séparation :

1 - rompre par sécurité, sécurité du malade suicidant ou qui refuse tout traitement, sécurité de la famille persécutée, ordre public menacé. Cet argument n'est pas cité en premier par l'auteur, il consiste plutôt en l'éviction de gênes générales (l'argument n'était pas encore obsédant à l'époque) ;

2 - rompre par un souci plus psychopathologique, dirions-nous : séparer le malade d'un monde hostile, contrariant ou mystérieux - interrompre les cercles vicieux où les réactions de la famille entretiennent le délire - éloigner une cause éventuellement familiale de l'aliénation (tel chagrin domestique).

Dans l'évènement d'isoler, deux effets temporels sont d'ores et déjà en jeu :

- *l'isolement certes spatial mais aussi temporel*, l'éloignement par l'espace mais aussi par le temps des causes ou des stimulants de la maladie : « *faciliter l'oubli* », dit Georget (7),

- déjà, curieusement, un effet thérapeutique plus immédiat, plus direct : *la rémission par la surprise*. L'isolement rompt la série d'idées dont l'aliéné ne pouvait sortir, dit Esquirol.

L'évènement d'isoler cherche donc au total à éliminer des conditions négatives, des entraves. Accessoirement, il escompte l'effet de surprise. Fondamentalement, il espère promouvoir l'oubli du pathogène. Après cela, comment se gère l'isolement dans une visée thérapeutique?

B - Comment se concrétise l'espoir initial?

Rappelons la fameuse phrase d'Esquirol, qui motive tout le système de l'isolement : « une maison d'aliénés est un instrument de guérison ; entre les mains d'un médecin habile, c'est l'agent thérapeutique le plus puissant contre les maladies mentales »(8). L'habileté réside dans la structuration et le fonctionnement de l'institution, un des grands thèmes de l'oeuvre d'Esquirol. Pour assurer l'isolement strict, pour soumettre le malade au régime approprié, pour lui faire reprendre des habitudes intellectuelles et morales saines, il faut organiser le milieu, instaurer une vie régulière, édicter les règlements qui remplacent l'arbitraire, se servir de la cohabitation des aliénés comme un moyen de traitement, et placer une autorité médicale unique. Alors l'hôpital peut guérir.

Dans le propos d'Esquirol viennent des considérations abondantes sur l'espace et la marche de l'établissement, pas sur le temps. Comment met-on fin par exemple, à l'isolement? C'est difficile à systématiser, dit-il, mais il faut sûrement un grand tact et une grande prudence pour ne pas instiller trop tôt le monde extérieur sous forme de visites...

On reconnaîtra aisément dans ces analyses du siècle dernier des préoccupations actuelles. Tout près de nous, comment Bettelheim définit-il l'hospitalisation, sinon par la même obligation de base, par la même rigueur de la rupture, par la même construction d'un milieu positif. Ses formulations sont fortes : c'est d'un « milieu thérapeutique total »(9) qu'il s'agit, qui serve à changer radicalement l'environnement de ceux que l'existence a gravement perturbés, de ces enfants psychotiques reconnus pour incurables. D'un milieu qui serve ensuite à domestiquer progressivement l'angoisse devant le monde. L'hospitalisation temps-plein doit délivrer de la folie, et aussi quelque part guérir les soignants de leur peur de la folie avec son cortège d'impuissance thérapeutique. Et le temps dans tout ça? Eh bien, c'est le temps qu'il faut, c'est-à-dire une moyenne de cinq années...

Mais d'où vient-il que nous ne croyions pas tout à fait à ces hôpitaux parfaits et à ces hospitalisations guérisseuses? En fait, nous savons que l'outil de guérison devient aisément une prison bondée, que l'appareil légal de protection du malade demandé par Esquirol devient appareil de défense sociale, que l'internement n'est plus qu'exclusion, que l'établissement raisonnable devient un carcan standardisé, que le milieu thérapeutique *total* devient une institution *totalitaire*, au sens de Goffman. Le temps s'y transforme, il est à la fois dépersonnalisé, arraché à la vie du sujet, extériorisé, obsidional, aliéné. Goffman le qualifie de « temps mort et pesant » et « d'exil total, hors de la vie »(10).

Voici l'un des plus étranges résultats de l'histoire des institutions psychiatriques : on les veut soignantes, on les retrouve aliénantes, souvent. Comme si leur clôture avait entraîné des effets propres, sans rapport avec les intentions de clôturer. L'isolement suit sa propre logique de la réclusion, la différence initiale crée l'indifférenciation asilaire, l'isolement temporel installe l'éternité asilaire (11), les bonnes intentions sont débordées. Dès lors la folie peut même créer des superstructures en rapport avec ce temps, comme la forme pétrifiée des maladies. La chronique, au sens de l'éphéméride, devient la

chronicité, au sens de cette éternité. *Le temps plein induit curieusement le temps vide !...*



II - LE TEMPS PARTIEL

Les hôpitaux de jour apparaissent dans les années 1930-1940. Contrairement à tant de pratiques de la psychiatrie, ils n'ont pas d'antécédents lointains évidents. Ils naissent de bric et de broc, sans grande théorie, des aléas de la vie des institutions : en 1933 à l'hôpital psychiatrique de Moscou, chez Djagarov ; dix ans plus tard en Angleterre, au Canada, aux Etats-Unis ; trente ans plus tard en France (12). Cela se trame aux confins d'une hospitalisation temps-plein dont on déplore l'encombrement et la cherté. Cela se passe de préférence à proximité d'un grand hôpital dans une grande ville. Des patients attendent depuis des semaines leur admission, car il y a une liste d'attente ; d'autres viennent pour des soins ambulatoires ; certains fréquentent des ateliers. Les confins sont de plus en plus peuplés, et des effets favorables du regroupement se dégagent.

A - L'hôpital de jour est en quelque sorte l'officialisation de ce groupe de porte et de cet effet. Djagarov parle « d'organisation d'une semi-hospitalisation » (13).

La semi-hospitalisation vaut mieux que pas d'hospitalisation du tout. A partir de là, l'évolution est progressive, aussi bien favorisée par l'exploitation pragmatique des effets propres que par l'appui des théories de psychiatrie sociale et des politiques de santé. Ainsi on peut dire que l'hôpital de jour ne naît pas d'un reflux de la théorie de l'isolement, mais que, l'impliquant, il aide à son reflux. On s'aperçoit que tous les traitements peuvent être administrés en hospitalisation à temps partiel. On constate donc que temps de présence et temps de traitement ne se superposent pas, que le traitement n'est pas proportionnel à la présence, que l'hébergement est subsidiaire.

On s'aperçoit, à l'Allan Memorial Institute of Psychiatry de Montréal, que l'hôpital de jour ne peut valablement persister comme salle d'attente pour les patients entre leurs séances de thérapie individuelle. Après douze ans d'ouverture, on réforme le fonctionnement en recentrant sur le groupe et sur les activités communes. Ailleurs et un peu partout, la structure n'est plus réservée aux entrants en attente d'hospitalisation plein temps, elle s'ouvre aux sortants en convalescence, elle change de sens.

L'hôpital de jour, suivant la définition de Bierer prétend avec justesse concurrencer l'hôpital avec efficacité (14). A fractionner le temps, on n'a pas fractionné l'effet, bien au contraire. ***La semi-hospitalisation n'est pas semi-thérapeutique, elle est thérapeutique.*** Elle s'avère même un excellent remède contre l'éternité asilaire, où s'alliaient les tendances à l'éternité de l'institution totalitaire, du service public et du repli psychotique. Elle restitue le temporel.

B - Mais il n'y a pas seulement le temps partiel, il y a aussi le rythme circadien, cette alternance quotidienne du patient entre deux milieux : le lieu de la nuitée, de la famille, du chez-soi, et le lieu du soin diurne, lieu spécial, lieu du groupe. Cette alternance anime la situation, polarise des tensions, différencie. *« Le malade échappe ainsi pour une grande part à sa condition d'objet passif face aux tentatives thérapeutiques puisqu'il doit venir lui-même chaque jour comme « demandeur de soins ». Malgré la longueur éventuelle de la prise en charge, cette libre acceptation permanente diminue les tendances à la passivité et à la dépendance qui sont le fait de son organisation mais qui trouvait toutes les possibilités de leur déploiement en cas d'hospitalisation complète »,* écrit Azoulay (15).

Il y a beaucoup de gain thérapeutique dans l'alternance. Comme restituant le temporel, l'hôpital de jour sert à déchroniciser les anciens patients de l'hôpital. Plus largement, une confrontation s'opère entre les diverses structures de soin, qui va accentuer le succès des hôpitaux de jour. Dans les années 1960, des politiques de psychiatrie dans la communauté (National Health Service en Grande Bretagne, Politique de Secteur en France) favorisent une grande extension des hôpitaux de jour en instaurant les systèmes plus vastes à l'intérieur desquels l'hôpital de jour peut dialoguer et se compléter. Source d'autres oppositions, d'autres alternances.

III - LA TRANSITIVITE OU LE TEMPS QUI PASSE

Pour que le chronique regagne la chronique, **pour que la transitivité vive**, pour que le temps coule à nouveau, l'emploi du temps est fait de différences et de récurrences. C'est une affaire de pleins et de déliés, ou une affaire de portée musicale : il y a des temps forts et des temps faibles le long d'une ligne, des présences et des absences, des simultanités et des contre-temps. Il en résulte un rythme à plusieurs étages, d'heures, de jours, voire de semaines. A tel jour correspond telle activité, qui a donc sa périodicité. Il y a même des événements exceptionnels et des occupations imprévues. Les jours ne se ressemblent donc pas, les heures non plus au long de la journée. On peut nommer scansion cet ensemble varié avec retour régulier de repères, puisque scander, c'est analyser un vers en ses éléments métriques puis le déclamer selon la structure. **L'hôpital de jour est appareil à scander, métronome, boîte à rythme, synchroniseur externe.**

Le contenu du programme n'est pas indifférent. Il n'est pas indifférent que par ses horaires généraux, il imite déjà le rythme de la vie sociale, de 9h à 17h. Il n'est pas

indifférent qu'une activité soit individuelle ou groupale, qu'elle soit d'ergothérapie, de création ou de détente, qu'elle comporte un projet ou non. On peut souligner l'importance toujours redémontrée du moment d'accueil, du repas en commun, de la réunion générale. Il n'est pas indifférent qu'une activité soit corporelle, que la médiation emploie tel matériau, tel moment, tel soignant, tel lieu, mais ce n'est pas ici mon propos d'y insister. Il faut par contre souligner le mélange de souplesse et de cadre qui entretient la vie d'un hôpital de jour : à la structure du rythme doit s'allier **l'ondulation de la mélodie**.

Malgré tout, la transitivité peut faillir à nouveau et la chronicité reprendre, encore plus forte. Geissmann décrit cette impression d'« *insularité* »- qui s'installe alors. Les malades ne sont plus investis comme tels, ils ne sont plus qu'objets d'indifférence ou de passion, les horaires raccourcissent, le programme devient ennuyeux, « *l'air devient immobile, le temps n'a plus d'importance* ». Les formes se solidifient, les passages s'engourdissent. Là où l'intérêt brillait, le temps englué recouvre tout de sa grisaille (16).

Le risque n'est pas mince. L'histoire des hôpitaux de jour fourmille d'exemples de cet ensablement progressif. L'hôpital de jour est, de toutes les structures psychiatriques, la plus propice à la chronicité. En effet, on peut dire qu'il aménage la condition hospitalière, qu'il la débarrasse de bien des images choquantes de réclusion, de contention, de répression, de salissure. L'hôpital de jour opère un compromis beaucoup plus présentable entre le soin et le milieu, dès lors beaucoup plus confortable pour les différentes parties. Si rien ne vient alimenter sa dynamique, il a de bonnes chances d'offrir les plus stables équilibres et les plus radicales immobilisations.

Ce temps qui fige tout dans sa viscosité, Goffman renvoyait pour le décrire à la description de la mélancolie. Les phénoménologues disent d'ailleurs de la dépression qu'elle est maladie du temps : le passé ne passe pas, ne se dépasse pas, le présent se vide, l'avenir est annulé. Il y a une inversion temporelle du courant d'intentionnalité où le temps n'est plus qu'une sorte d'éternité du passé. Amputé de son avenir et de la dimension d'espoir qui s'y tient, le déprimé s'est retourné en désespoir, suspendant son existence (17). Tellenbach appelle rémanence cette tendance à « *rester en arrière de soi-même* », qui augure déjà de la mélancolie dans le typus mélancolicus (18). *L'ennui* pour Digo est une amorce dépressive puisque le décalage du temps vécu et du temps du monde, l'inhibition du devenir, l'incapacité de profiter du temps qui fuit s'y marquent déjà (19).

Le temps de la chronicité des institutions est alors authentiquement dépressif. Il enserre et étouffe les avenir déjà pusillanimes des patients, à la façon d'une tamponnade. Ajoutons qu'à l'inverse, le psychotique s'y entend pour freiner le temps ambiant(20).

IV - LA CADUCITE OU LE TEMPS MORTEL

L'histoire des hôpitaux de jour est émaillée de révisions pour pallier à ce risque.

D'autres procédures temporelles peuvent être mises en oeuvre devant le danger permanent de chronicité de l'institution. L'une consiste à ne pas simplement inscrire le patient au programme de l'hôpital de jour, mais à convenir d'un programme à lui dans le programme général. « *Le fractionnement du temps de présence est ici particulièrement utile pour permettre le jeu complexe d'adhésion et de retrait du groupe* »(21). Dans le « *jeu avec le temps* » dont parlent Dreyfuss et Hanon, c'est par exemple le mi-temps d'hôpital de jour, qui réserve des plages au travail ou à sa recherche. Le vrai mi-temps

thérapeutique auquel on a parfois recours, se place dans cette logique mixte. Ce mi-temps n'est pas moins thérapeutique que la semi-hospitalisation ne l'était (22). Il développe au fond la notion du pas-tout-à-fait, du pas-complètement, qui prolonge la leçon de la perte du plein-temps : il est bon de toujours laisser passer de l'air, **il ne faut pas remplir coûte que coûte** les programmes, **il ne faut pas bourrer**, il faut privilégier la fraction, ce qui a pour effet de rendre **de la liberté** et de reserrer paradoxalement les fonctionnements restants.

Une autre procédure consiste à jouer de la différence inévitable entre le temps de plusieurs institutions. S'il y a plusieurs hôpitaux de jour, il prennent des styles différents et des célérités différentes. Leur alternance peut offrir des possibilités pour les traitements au long cours.



Mais la principale procédure temporelle est sans conteste **le moment du contrat** (23). C'est le moment où l'équipe soignante et le patient se rencontrent pour convenir du programme et du projet du patient à l'hôpital de jour. Le moment est délicat et solennel. Pour qu'il y ait contrat, et non farce, il faut que ce soit véritablement **un** moment libre. Ce qui signifie que tout ne peut pas être décidé d'avance, qu'il y a **chance** pour la négociation, pour la contestation, pour le refus, pour la surprise. Cette notion de surprise, la nôtre, nous semble l'une des plus importantes dans toute la dynamique des hôpitaux de jour, avec celle de liberté. **Liberté**, ça veut par exemple dire que le patient qui prétend à l'hôpital de jour n'est plus hospitalisé en temps-plein, mais qu'il est sorti ; la règle est impérative. Liberté ne signifie pas de pures libertés en action qui contracteraient librement. La maladie mentale est pathologie de la liberté, disait Ey, et puis il y a les entourages, les pressions sociales, les statuts pleins d'obligations. En toute liberté, on ne voit pas pourquoi les deux parties seraient en présence et pourquoi elles conviendraient de quoi que ce soit. Pourtant elles sont là, autant permettre leur relation. Les pressions ne sont pas moins fortes sur l'équipe que sur le patient, ne nous y trompons pas : pression du service dont elle relève, pression sur sa promptitude, pression sur ses horaires, etc... **L'important est que le plus de liberté soit en jeu au moment de contracter.** Quitte à préparer ce moment, à faire visiter la structure ou à prévoir des entretiens préliminaires.

Le moment du contrat est tourné vers la médiation des activités. Il faut jouer à plein de ce prétexte, fût-il leurre. Le moment du contrat s'intéresse à la danse, au dessin, à la pétanque et ne focalise pas en effet sur l'analyse du patient et de sa problématique. La discussion du programme prime la sélection des pathologies.

Notre insistance sur le contrat implique bien sûr la discipline bipartite dans sa réalisation. Elle implique surtout *une pratique de la révision de contrat*, révision assez fréquente, appropriée, personnalisée, voire déplacée et une pratique corollaire de l'interruption de contrat. S'il n'y a pas en arrière-plan du contrat la possibilité plausible de sa dissolution au cas où les parties ne sont plus d'accord, au cas où l'objet du contrat n'est pas rempli, alors le contrat n'a aucune consistance. C'est précisément cela qui se joue d'une révision à l'autre, c'est la solidité du contrat. Elle se teste et se conforte à chaque fois, le plus souvent mine de rien. Si le contrat peut être déclaré nul, si les contractants peuvent se séparer, le contrat prend une étonnante force.

Le contrat place des *échéances solennelles* pour le patient, il dynamise au plus haut point le projet, il densifie le cours du temps. Rappelons que pour cette raison d'efficacité proprement thérapeutique (ou de parti-pris antithérapeutique de l'analysant), Freud fut amené à fixer un terme à la cure de l'Homme-aux-loups (24). Lequel n'y crut pas tout d'abord puis se convainquit de la fermeté de Freud à cet égard, à mesure que l'échéance approchait. Alors, sous « *la pression impitoyable* » dit Freud, sous le « *chantage* » dit Freud, l'analyse fit de rapides progrès. Il importe surtout de bien choisir son moment, ajoute-t-il (25).

Ainsi conçu, le contrat s'avère un accélérateur, un motivateur, un condensateur. Si on prend garde à son timing (ce choix des moments optimaux), le contrat devient une manière de cadenceur, qui rythme la durée, donne la pente, le tempo et rappelle de loin en loin la caducité des choses. Dans la machine à temporalité qu'est l'hôpital de jour, cette fonction est bien plus puissante que celle du métronome, plus rare aussi. Toutes ces façons enveloppent le temps du patient et l'entraînent, à l'inverse de la tamponnade. Elles postulent en quelque sorte la syntonie, non sans succès (20).

V - CONCLUSIONS

Recouvrer le temps, tel est le fil que nous avons suivi à partir du bon usage de l'outil-hôpital de jour. Cette institution nous a paru illustrer éminemment les temporisations et temporalités du soin, en particulier grâce au temps partiel, à la musique de la transitivity et à la cadence du contrat. Ils cernent une incroyable efficacité qui n'est sans doute pas l'exclusivité de cette structure.

Revenons par exemple, à l'isolement que défendait Esquirol. A côté de l'isolement dans une maison d'aliénés, à côté de l'isolement dans une maison particulière, il réservait une place **au voyage** comme isolement, de préférence avec des étrangers, en première intention ou en convalescence, avec ordonnance détaillée. Or, l'organisation d'un voyage comme un tour de France, à pied, s'apparente aux rythmes que nous avons mentionnés, avec des périodicités étagées, des étapes, de l'accompagnement, de la variété et un but (26).

L'hôpital tout court, le service hospitalier, avec son temps plein s'inspire lui aussi à l'évidence de plusieurs des ressorts mentionnés chemin faisant, ou peut s'en inspirer. Il n'est que de citer l'utilisation d'un programme quotidien (où le patient a une tâche, pas du temps mort). Ou bien l'usage du contrat, dans les hospitalisations convenues.

Si l'on revient sur les effets temporels de l'isolement chez Esquirol, on constate que plusieurs sont heureux, et que le problème consiste à n'exploiter que ces bénéfices sans tomber dans le temps des institutions totalitaires.

L'hôpital de jour n'a été décrit ici qu'en rapport à la temporalité. Il se définit au moins autant par la groupalité et par la taille modérée. En plus, il y a des soignants attentifs, des traitements individuels, des réunions de synthèse, l'articulation avec les thérapeutes des patients, des lignes de bus, le jeu des institutions, autant de points qui n'ont pas été abordés et n'en sont pas moins importants. La discussion nous permettra de préciser sans doute ces points, en particulier les difficultés de l'articulation et de ses conséquences sur le soin.

Permettez-moi enfin de vous livrer quelques conclusions en vrac :

* Premièrement, les institutions elles-mêmes sont caduques, **elles vivent, vieillissent et meurent**. Elles dépendent de la qualité des équipes qui elles-mêmes vieillissent, etc... La conscience de cette caducité-là me semble une condition pour être vraiment soignant. Nous ne sommes pas tout.

* Deuxièmement, **l'efficace de ces institutions**, que je ne me lasse pas de souligner, tant elle me paraît méconnue, **est très lié au temps**. Au début de ma carrière, le psychosociologue Abraham Moles, me disait que les psychiatres sont organisateurs d'espace ; aujourd'hui, je les crois plutôt permetteurs de temps.

* Troisièmement, cette action est assez mystérieuse dans son détail. De Verbizier, qui dirige le premier des hôpitaux de jour français, l'Elan à Paris, ne dit-il pas que « *nous pouvons, il est vrai, plus que nous ne comprenons* » (27). Quant à moi, je ne sais pas ce qui est clinique, ce qui est allégorie, dans cet essai de description du temps des institutions. Quel est ce temps qui se partage ? Quelle est cette denrée psychologique aux subtiles influences ? La discussion nous apportera sans doute quelques lumières.

* Quatrièmement, une chose dont je suis sûr et qui revient sans cesse sous la plume de ceux qui racontent leur expérience positive des hôpitaux de jour, c'est **la dépense d'énergie** qu'ils occasionnent pour les médecins et les soignants. Il faut beaucoup d'application et de souplesse à la fois pour qu'ils vivent et servent.

* Cinquièmement et dernièrement un fils d'Avignon a écrit de bien beaux paradoxes temporels, il s'agit de Pierre Boule dans « *Une nuit interminable* » (28). Pour éviter de verser dans pareille nuit, nous terminons à présent cet exposé.

NOTES

1 - CATTP = Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel. (arrêté ministériel Dufoix-Hervé du 14 mars 1986 « relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales »).

2 - Circulaire Chenot du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.

3 - Arrêté du 14 mars 1986, id. 4 - Henri Bergson, *L'Evolution créatrice* (1907), chap. 1, 1^{ère} partie.

5 - Philippe Pinel, *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, 2^{ème} éd. 1809, éd. Brosson Paris (4^e section : Police intérieure, chap. X, par. 231).

6 - Esquirol, *Des maladies mentales*, éd. Baillière 1838, en particulier 1^{er} mémoire (De la folie) et 20^{ème} mémoire (Sur l'isolement des aliénés).

- 7 - Etienne Georget, De la folie, Crevot 1820, 5^{ème} partie : Traitement cérébral direct, ou moral ou intellectuel.
- 8 - Esquirol, id., préambule de la 2^{ème} partie..
- 9 - Bruno Bettelheim, Un lieu où naître, éd. Laffont 1976.
(tr. fr. de : A home for the heart, éd. Knopf 1974).
- 10 - Erving Goffman, Asiles, Ed. de Minuit 1975, en particulier le chapitre intitulé : L'univers du reclus (tr. fr. de : Asylums, 1961, éd. Doubleday).
- 11 - Comme à chaque fois que nous l'emploierons, le mot d'éternité est à entendre avec guillemets, ou flanqué d'un point d'ironie. Il ne s'agit aucunement du non-temps, mais d'un simulacre d'éternité par le très long temps, par la perpétuité.
- 12 - G. Bleandonu et M. Despinoy, Hôpitaux et psychiatrie dans la communauté, Ed. Payot, Paris 1974, en particulier les 2 premiers chapitres de la 1^{ère} partie, documentaires.
- 13 - M.A. Dzhangarov, Expérience d'organisation d'une semi-hospitalisation pour malades mentaux (en russe), Zh Neuropat. psikhiat., 6, 137-147, 1937. (Article traduit et présenté par A. Skulska et H. Bernard, l'Evolution psychiatrique, 61, 2, 1996, 539-552).
- 14 - Nous tâchons de mentionner au passage quelques-uns des principaux initiateurs de l'hôpital de jour. A Montréal, ce fut Cameron en 1946. Quant à J. Bierer, il travailla à Londres : The Marlborough experiment, in Bellak, Handbook of community psychiatry, éd. Grune-Stratton 1964.
- 15 - J. Azoulay, L'hôpital de jour du centre de santé mentale du XIII^{ème} arrondissement (Paris), L'information psychiatrique, XLI, n°7, juillet 1965, pp 591-602.
- 16 - C. et Pierre Geissmann (Bordeaux), L'enfant et la psychose, Dunod éd. 1984, en particulier les chapitres sur l'asilation et la désaliénation.
- 17 - Lire par exemple en guise d'introduction le chapitre Analyse existentielle dans la 22^{ème} étude psychiatrique (mélancolie) de Henri Ey, éd. Desclée de Brouwer 1954 ou Jean Sutter, l'Anticipation, PUF 1990, chapitre 8.
- 18 - Hubertus Tellenbach, la mélancolie, PUF 1979 (tr. fr. de : Melancholie, éd. Springer 1961), chapitre sur la pathogénèse.
- 19 - En allemand, l'ennui se Langeweile, c'est-à-dire précisément long-temps.
- 20 - Le temps serait arrangé à la façon de l'oignon, par peaux concentriques?
- 21 - Azoulay, id.
- 22 - L. Dreyfuss et E. Hanon (Hôpital Esquirol à Saint-Maurice) : L'hôpital de jour, lieu de vie, in L'information Psychiatrique, janvier 1980, 17-28.
- 23 - H. Bernard, Hôpital de jour et contrat, in : Confrontation de l'expérience des hôpitaux de jour (2 juin 1992), polycopié CHS Montfavet.
- 24 - L'échéance, fixée à l'été 1914 se doublait d'autres échéances d'époque, comme l'éclatement de la guerre mondiale. Toujours les peaux?
- 25 - Sigmund Freud, A partir de l'histoire d'une névrose infantile, 1918, (tr. fr. dans Oeuvres complètes, tome XIII, Gallimard 1988), 1^{ère} partie : Remarques préliminaires, et : Analyse terminée et Analyse interminable, 1^{ère} partie, 1937 (tr. fr. in Revue fr. de psychanalyse, 1939, n°1).
- 26 - Esquirol, id., 1^{er} tome p 70 et 2^{ème} tome p 330.
Lire aussi : Un tour de France esquirolien, par J. Postel, in Psychiatrie française, n°5, déc. 1981.
- 27 - L'hôpital de jour de l'Elan, à Paris, fut fondé en 1962 par Sivadon. La même année que l'hôpital de jour de Parienté à Fleury-les-Aubrais. Ce furent les premières structures de ce genre en France, avec l'hôpital de jour pour épileptiques, de Vidart à Créteil.
- 28 - Une nuit interminable, in : Contes de l'absurde, éd. Julliard 1953

CONSULTATION SPECIALISEE D'EVALUATION DU LANGAGE ET DE L'AUDITION



Danielle RAOUX⁽¹⁾
Psychiatre
Norbert KUBRYK ⁽¹⁾
Pédiatre
Aurore CASANOVA⁽¹⁾
Orthophoniste
Consultation d'évaluation
du langage et de l'audition
Avignon

Le but de cet article est de montrer l'intérêt d'une consultation d'évaluation du langage et de l'audition telle qu'elle existe au Centre Hospitalier d'Avignon. L'analyse de son fonctionnement et de ses résultats font en effet apparaître qu'elle autorise à travers des bilans pluridisciplinaires, dépistages, diagnostics, orientations thérapeutiques souvent plus précoces de cas dont un grand nombre sont du ressort de la psychiatrie de l'enfant.

I - Historique

En 1989, la DDASS de Vaucluse met en place une consultation spécialisée dont le but est initialement d'évaluer les aspects médicaux et relationnels du diagnostic de surdité et de s'articuler avec les structures de prises en charges des malentendants. Au fil des années et des intervenants successifs, elle s'oriente vers l'évaluation du langage et de l'audition.

II - Fonctionnement actuel

Cette consultation est pluridisciplinaire, elle fonctionne avec un pédiatre spécialisé en phoniatrie, un médecin psychiatre, une orthophoniste, une assistante sociale, un médecin ORL, ces différents intervenants ayant des activités principales dans divers établissements.

L'observation globale de l'enfant et de ses parents, le bilan du langage ont lieu dans les locaux du CAMPS, le bilan auditif se fait au centre hospitalier d'Avignon.

⁽¹⁾ Consultation d'évaluation du langage et de l'audition, Chemin de Baigne-Pieds, 84902 Avignon Cedex 9
Tél 04.90.13.17.01

III - Déroulement de la consultation

La consultation se déroule en trois étapes :

A - Observation générale et bilan du langage

Elle se fait au CAMPS. L'assistante sociale assure le premier contact téléphonique avec la famille (prise de rendez-vous, renseignements administratifs, origine et motivation de la demande). Le pédiatre, le psychiatre et l'orthophoniste travaillent dans la même salle en présence des parents et de l'enfant.

Dans la pratique, trois pôles d'activités se constituent :

- Le pédiatre retrace avec les parents l'histoire de l'enfant (anténatale, obstétricale, et postnatale), le déroulement de l'éveil psychomoteur et de l'élaboration du langage. L'examen somatique se limite à l'observation de la motricité au cours de l'activité spontanée et à l'exploration discrète du voile du palais.
- Le deuxième pôle est celui de l'orthophoniste et de l'enfant. En même temps qu'elle pratique à l'aide du matériel classique le bilan orthophonique, elle évalue le langage spontané, les possibilités intellectuelles, comportementales de l'enfant et ses réactions auditives.
- Le troisième pôle est celui du psychiatre qui joue un rôle d'observateur du comportement de l'enfant et des parents, de la nature et de la qualité des interactions entre parents/enfants et enfants/milieu. Son rôle est double : déceler une pathologie psychiatrique latente ou manifeste de l'enfant et/ou de ses parents, mais aussi de constater et de faire constater les différences entre l'enfant réel et « l'enfant dans la tête » décrit par les parents.

La mise en commun des éléments recueillis fait l'objet d'une courte synthèse avant le bilan ORL. Parfois dépistage de pathologies somatiques ou neurologiques nécessitent des examens complémentaires appropriés. Parfois, premières conclusions qui permettent quelques conseils pour favoriser l'émergence du langage, conseils donnés aux parents à qui l'on montre les capacités parfois insoupçonnées par eux de l'enfant.

En fait à l'issue de cette première étape, il ne faut jamais conclure hâtivement, rassurer trop vite diriger systématiquement vers une prise en charge orthophonique. Même si l'on pense être en présence d'un retard de langage simple, un suivi de surveillance doit être proposé. Il s'agit souvent d'un deuxième rendez-vous 3 à 6 mois plus tard.

B - La deuxième étape est celle du bilan ORL

Elle se fait dans le service hospitalier et utilise toutes les ressources de l'audiométrie pédiatrique pour mettre en évidence les surdités profondes ou légères.

C - La troisième étape se situe idéalement quelques semaines plus tard

On termine ou affine, le bilan orthophonique, on aborde avec les parents les points laissés de côté ou mal précisés de l'anamnèse. On apprécie, l'évolution du langage de l'enfant. On connaît l'état de l'audition de l'enfant, ses possibilités audiophonatoires et communicationnelles. *On peut alors déterminer avec le maximum de certitude l'origine du retard de langage :*

- Handicap neurologique en insistant sur une IMC frustrée
- Handicap psychomoteur et intellectuel
- Troubles de l'audition
- Retard d'élaboration du langage par immaturité ou refus

- Mutisme extrafamilial
- Retard de langage s'inscrivant dans le cadre d'une pathologie psychiatrique de l'enfant.

La prise en charge appropriée en découle et l'enfant sera dirigé après concertation avec la famille et la personne qui adresse vers la structure, l'équipe, le ou les professionnels les mieux adaptés à son cas. Aucune prise en charge n'est faite par la consultation elle-même dont le rôle est de dépister, de faire le bilan et d'orienter. Mais elle ne doit pas se désintéresser du suivi : l'assistante sociale veille à la réalisation du projet et reste en contact avec la famille et les intervenants choisis. De nouvelles rencontres avec l'enfant et ses parents peuvent être réalisées afin de juger l'évolution et de réévaluer la prise en charge.

IV - Les résultats

Ce cheminement idéal n'est pas toujours possible dans le quotidien. En dehors des défauts de compliance dus aux parents, il arrive que le déroulement normal soit court-circuité le plus souvent lorsqu'une pathologie neurologique ou auditive est décelée. Les intervenants concernés considèrent qu'une prise en charge de la lésion est prioritaire par rapport à une observation plus globale de l'enfant.

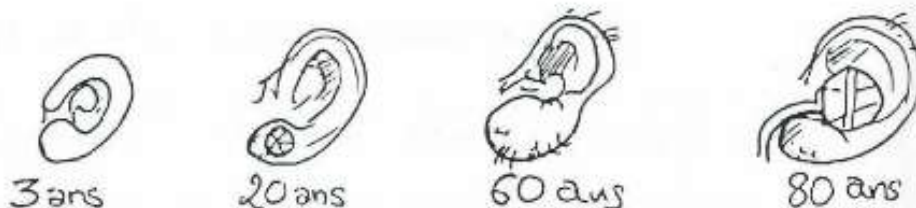
Ce point précisé et pour nous limité à l'année 1997, nous avons réalisé 39 consultations portant sur 36 enfants, pour une demi-journée de consultations par semaine. Ces chiffres doivent tenir compte des jours fériés et des congés du personnel, également de la durée d'un bilan qui demande en moyenne 1H 30. Sans entrer dans les détails statistiques, nous pouvons dégager quelques lignes de force :

1) *La totalité des enfants est adressée pour un trouble du langage,*

2) *L'origine de la demande est extrêmement variable* : la PMI scolaire nous a adressé 13 enfants, les médecins ORL 5 enfants dont 3 par l'ORL de la consultation, 4 enfants ont été adressés par des pédiatres dont 1 par le pédiatre vacataire d'une structure d'hébergement mère-enfant, 3 par des généralistes, 2 par des psychiatres, 1 par une orthophoniste. Les autres demandes se répartissent entre crèche (1), école (2), CMP (1), foyer pour autistes (1). Enfin pour 3 des cas il s'agissait de consultations spontanées.

3) *Age des enfants :*

- 2 à 3 ans : 5
- 3 à 4 ans : 9
- 4 à 5 ans : 10
- 5 à 6 ans : 5
- + de 6 ans : 7



4) *Le recrutement* n'est pas exclusivement départemental, puisque 10 enfants venaient des Bouches du Rhône et 2 du Gard.

5) *Sur les 36 enfants*, 6 se présentaient comme des retards de langage simple aucune anomalie associée n'ayant été pour le moment décelée. Trois étaient atteints d'une pathologie somatique et 4 d'un déficit auditif. Les 24 autres présentaient des troubles psychologiques et de la personnalité relevant de psychothérapies ou de prises en charge par des structures plus lourdes de psychiatrie de l'enfant.

Les perturbations relationnelles au sein de la diade ou de la triade sont ici prégnantes. Nous devons insister sur 4 syndromes autistiques. Mais il faut *se refuser à toute simplification étiologique*, l'intrication des causes étant fréquente. Une anomalie organique, une surdité, le trouble du langage par lui-même entraîne inévitablement des perturbations relationnelles. Seule une prise en compte globale, simultanée de tous les facteurs, permettra une prise en charge thérapeutique efficace.

6) Orientations proposées :

- Secteur de psychiatrie de l'enfant : 16
- Psychiatre libéral : 8
- Orthophonie : 11 dont 5 avec un rendez-vous à 6 mois pour juger de l'évolution, 1 associée à de la psychomotricité, et 5 associées à une prise en charge psychologique de l'enfant.
- 6 enfants en attente d'une deuxième consultation pour juger de l'évolution spontanée à 3 ou 6 mois.
- 3 avis neuropédiatriques avec une deuxième consultation.

V - Illustration clinique

Nous ne détaillerons pas le bilan de chacun des cas présentés, nous essayerons plutôt de montrer la démarche de la consultation d'évaluation du langage et de l'audition.

Marc, 3 ans et demi adressé par la PMI scolaire pour retard de langage.

Le milieu socio-économique est défavorisé. Fratrie de 4 enfants issus de 3 pères différents. Marc et son jumeau Noël sont les plus jeunes, leur père a quitté le domicile familial à l'annonce de la grossesse qui s'est mal déroulée. Le développement psychomoteur de l'enfant est marqué par un retard global et massif des acquisitions de façon précoce. La mère présente des signes de détresse psychologique.

Au cours de la consultation, Marc se présente comme un enfant en grande difficulté relationnelle. Il est collé à sa mère : grimpant sur ses genoux, fouillant dans son sac, manipulant ses vêtements ou ses mains, sans autre forme d'échange avec elle. Il a beaucoup de difficultés à entrer en communication avec un adulte nouveau : il n'accroche le regard que de brefs instants, et se replie complètement lorsqu'il est sollicité directement, en prenant alors une attitude figée. Il ne prend un objet qui lui est proposé que dans la main de sa mère, et utilise parfois cette main comme un « outil » pour sa manipulation. Il présente en permanence une attitude bucco-faciale hypotonique, avec bouche entrouverte, langue en avant, et pauvreté de la mimique. On note des mouvements de succion de langue.

Compte tenu de l'importance des troubles le bilan de langage n'a pu être réalisé. Parmi les différentes activités proposées, seuls les instruments de musique ont pu permettre quelques échanges et une première évaluation de ses réactions auditives. Marc réagit à chacun des instruments proposés en dehors de sa vue, il peut même discriminer, et tenter de reproduire certaines qualités de son (avec les maracas : quelques coups / coups nombreux ; avec la flûte : 1 son long / plusieurs sons courts). Par ailleurs il ne réagit que rarement à l'appel de son prénom, ni à la parole en général. Nous avons conclu à un retard d'émergence du langage dans le cadre d'un retard global s'inscrivant dans un tableau de syndrome autistique.

Nous avons demandé un complément de bilan neuropédiatrique et audiolinguistique et la mise en place d'une prise en charge pédopsychiatrique. Nous avons adressé l'enfant à l'équipe du secteur.

Sami, 2 ans et demi, adressé par la PMI scolaire pour retard du langage et de parole. L'enfant vient tout juste d'être scolarisé.

Le milieu socio-économique est satisfaisant. Sami a un frère de 5 ans qui ne présente pas de problème. Anamnèse sans particularité. Eveil psychomoteur normal.

Sami se présente comme un petit garçon bien en contact, et très communicant, qui apprécie beaucoup la situation de jeux et d'échange avec l'adulte. Il montre au cours du bilan de bonnes capacités d'attention. Il s'exprime dans un jargon très mélodique, mais inarticulé et inintelligible. A noter cependant la présence d'émissions verbales plus ou moins intelligibles, mais significatives pour Sami qui reviennent plusieurs fois dans son discours (« yaya » pour le « chat », « mamamamanmn !!! » pour la « voiture » : bruitage du moteur). Il présente un bon niveau de compréhension et de bonnes performances non verbales.

La relation mère-enfant semble de bonne qualité.

L'enfant ne nous paraissant pas inquiétant, nous avons proposé de le revoir après 6 mois de scolarisation, pour juger de son évolution spontanée. Le bilan auditif est prévu le jour de la prochaine consultation.

VI - Conclusion

Nous voudrions en manière de conclusion revenir sur les trois points qui nous paraissent essentiels :

- **Le dépistage d'un trouble du langage doit être précoce** à la période d'émergence, idéalement avant trois ans, période où le langage se met en place, et non au moment où apparaissent les difficultés scolaires généralement au moment du passage au CP. Ce qui implique que même lorsqu'on pense être en présence d'un retard simple, il ne faut pas se satisfaire d'un optimiste « *cela s'arrangera* », mais faire accepter un suivi de surveillance.

- **Ce dépistage doit se faire au sein d'une consultation pluridisciplinaire** où l'évaluation sera faite au niveau du langage et de l'audition, mais aussi en prenant en compte l'environnement affectif de l'enfant ainsi que ses capacités et difficultés comportementales et relationnelles. Car il nous semble avoir montré la prégnance de cette composante psychologique dans les retards de langage dont elle peut être à la fois une cause ou une conséquence mais mérite toujours une prise en charge adaptée à son degré de gravité.

- **La présence d'un psychiatre** au sein de l'équipe dès la première consultation est la condition d'une bonne réalisation de ce versant de l'évaluation. Elle aide à la mise en évidence d'une pathologie parfois lourde. Parallèlement, elle facilite le recours parfois indispensable à la pédopsychiatrie en la faisant intervenir d'emblée à l'occasion d'une consultation où les préventions qu'elle génère ne sont pas encore justifiées. Ainsi, elle pourra autoriser un dépistage précoce des troubles et par voie de conséquence prévenir l'évolution vers des pathologies de la personnalité plus lourdes.

Enfin dans les situations où la compréhension et l'acceptation de l'orientation préconisée nécessitent un cheminement des parents plusieurs consultations sont proposées pour **accompagner et soutenir la famille** dans ce travail, et préparer ainsi l'accès à la future prise en charge notamment lorsqu'on l'oriente vers des services de pédopsychiatrie dont la place vient d'être soulignée.

PRATIQUE DE LA THERAPIE FAMILIALE ANALYTIQUE AU CENTRE HOSPITALIER DE MONTFAVET

Geneviève BADOE
Psychologue ⁽¹⁾

Secteur Chateaufrenard, Saint Rémy de Provence
(13 G 27)
en liaison avec l'équipe

Comme beaucoup de soignants au C.H.M., nous connaissons les difficultés et les limites de la prise en charge individuelle des psychotiques et des pathologies lourdes, ainsi que la souffrance de leurs familles. C'est pourquoi, dès 1984, certains d'entre nous se sont orientés vers une approche familiale et groupale de ces pathologies.

Un groupe de réflexion théorique ouvert, centré sur les petits groupes puis sur l'institution s'est constitué. Des groupes thérapeutiques de patients ont fonctionné et fonctionnent encore dans certaines unités. Ils nous ont familiarisé avec l'écoute groupale. Notre formation et notre cheminement nous ont fait choisir le modèle théorique analytique développé par Didier ANZIEU et René KAES pour les groupes, et par André RUFFIOT pour les familles. Après une formation avec les thérapeutes familiaux de Lyon-Grenoble (centre universitaire de Grenoble, INFIPP), de petites équipes se sont constituées, avec l'accord de nos médecins chefs respectifs, pour proposer des thérapies familiales psychanalytiques, dans un cadre inter-sectoriel. Depuis 1985, dix à quinze familles par an ont pu s'inscrire dans cette démarche. Il nous paraît intéressant que les familles contribuent au soin de leur « patient » et soient ainsi revalorisées et déculpabilisées.

Une régulation de notre travail a pu s'effectuer sur plusieurs années, sous la forme de supervisions par des psychanalystes de diverses associations.

Monsieur le Directeur du C.H.M. a accepté de mettre à notre disposition un local (rez-de-chaussée à côté des « Pins A », poste 9766). Nous y pratiquons des thérapies familiales et des consultations familiales. Nous y tenons une réunion, le vendredi matin, de 9h à 10h 30, tous les quinze jours où il est possible de nous joindre. Cette réunion est ouverte à tout soignant, ou toute équipe, pouvant être à l'origine d'une indication, cette rencontre permettant une élaboration en commun de la demande. Nous recevons également en thérapie ou en consultation familiale des familles dans divers C.M.P., plus proches de leur domicile, ou plus faciles d'accès.



⁽¹⁾ Secteur 27, Centre Hospitalier de Montfavet, 84143 Montfavet Cedex, Tel 04.90.03.92.76, et Pins A, poste 9766 le vendredi matin 9h à 10h 30 tous les 15 jours.

Pour une indication, il est possible de joindre un de **ses membres** dans leur secteur de rattachement. Le groupe est composé actuellement de :

- Monsieur AUGEREAU Yves, psychologue - Secteur 4 - Intersecteur Nord
- Madame BADO Geneviève, psychologue - Secteur 27
- Madame BANCILLON-AUGEREAU Nicole, psychologue - Secteur 4
- Monsieur BROUARD Christian , psychologue - Intersecteur Nord
- Madame FREGNI Simone, psychologue - Intersecteur Nord
- Madame JOLIVET Anne-Rose, cadre assistant socio-éducatif - Intersecteur Nord
- Madame MARIN Aline, cadre-infirmier - Secteur 1
- Madame DE PICCOLI Hélène, psychologue - Secteur 5
- Madame POIROT Monique, psychologue - Secteur 3
- Monsieur VALLIER Jean-Pierre, psychologue - Secteur 4 - Secteur 3
- Madame VALETTE Marie-Claude, cadre - infirmier - Secteur 4
- Madame VIOTTY Danielle, infirmière - Secteur 4.

Introduction à la thérapie familiale analytique

La thérapie familiale analytique (T.F.A.) s'est développée depuis une quinzaine d'années, d'abord à Grenoble, sous l'impulsion d'André RUFFIOT, puis dans la plupart des régions de France. Devant l'engouement pour les thérapies familiales, dont les courants et les techniques se multiplient, dans un risque d'éparpillement et de confusion, RUFFIOT a défini un cadre thérapeutique et une technique adaptée à l'écoute et au traitement des familles en souffrance, tout en restant au plus près de la cure-type analytique. Il définit là la thérapie familiale psychanalytique comme « *une thérapie par le langage du groupe familial dans son ensemble, fondée sur la théorie psychanalytique des groupes. Elle vise, par la réactualisation, grâce au transfert, du mode de communication le plus primitif de la psyché, par le rétablissement de la circulation fantasmatique dans l'appareil psychique groupal familial, à l'autonomisation des psychismes individuels de chacun des membres de la famille* ».

Sur le plan théorique, RUFFIOT s'est inspiré de deux grands courants, qui ont apporté une aide précieuse à la compréhension des phénomènes familiaux et permis de concevoir un appareil psychique familial :

1 - le courant des psychanalystes qui se sont intéressés à la relation précoce mère-enfant. Beaucoup de psychanalystes qui ont observé et tenté de comprendre le développement psychique du nourrisson, ont décrit, chacun à leur façon, la préexistence au tout début de la vie, d'un « *moi psychique primaire* », qui n'intégrera que peu à peu le « *moi corporel* » (ou l'inverse). C'est un moi sans frontières corporelles, comme on le retrouve dans les psychoses, un « *moi flou* », un « *moi-non moi* » qui n'est pas séparé de celui de la mère, à tel point que certains, comme WINNICOT, se sont demandés si le bébé ne rêvait pas à partir de la rêverie maternelle. Cette psyché primaire, décrite par des auteurs comme BION, FEDERN, BLEGER, MELTZER, constituerait le lit de l'inconscient à plusieurs voix, que l'on observe dans les associations libres des membres de la famille en thérapie.

Dans le cadre thérapeutique, la famille régresserait à ce stade de fusion et de communication directe, en mettant en commun un « *appareil psychique familial* ».

2 - Le courant de la psychanalyse groupale.

Le concept d'appareil psychique familial a été élaboré par RUFFIOT, sur la base de travaux de la psychanalyse groupale, en particulier ceux de ANZIEU et KAES, qui a décrit un « *appareil psychique groupal* ». Il le décrit comme un espace intermédiaire,

médiateur, transitionnel entre la réalité interne et la réalité sociale externe. Ce serait un dénominateur commun, où les fantasmes des uns résonneraient avec ceux des autres. Pour ces auteurs, les phénomènes de groupe sont différents des phénomènes que l'on observe en thérapie individuelle.

Le groupe a ses lois propres, ses « *organisateurs* », tout comme la famille qui est un groupe, mais néanmoins un groupe particulier, avec une histoire, des fantasmes partagés et des mythes déjà organisés.

Le cadre

1 - Les fonctions du cadre

* une fonction de contenance. Le cadre (cf BLEGER) est le contenant des parties les plus primitives de la personnalité. C'est une « *peau psychique* ». Il est, en thérapie, un nouveau contenant, proposé à la famille, pour ce qui, au niveau les plus archaïques, n'a pu être contenu et élaboré par elle. L'introjection de ce contenant jouera un rôle fondamental dans l'instauration des échanges, et dans le développement. Par contre, tout changement, toute perturbation du cadre, est vécu comme une rupture du contenant, et suscite des angoisses de catastrophe, de morcellement. Une première tâche du thérapeute est d'être garant du cadre.

* une fonction limitative dans le temps et dans l'espace. La famille et les thérapeutes se rencontrent, à intervalles réguliers, en un même lieu, neutre.

* une fonction « conteneur », symboligène. Le cadre définit un espace transitionnel, espace d'élaboration psychique, qui va permettre de passer d'un état de fusion à un état d'individuation.

2 - Les règles

Un contrat de thérapie ne peut être conclu que si chacun des membres de la famille est d'accord. Tous sont invités à participer aux séances. La famille est reçue par un groupe de thérapeutes (2 ou 3). Un thérapeute principal, est le responsable de la thérapie. Il prend une part plus importante aux interprétations. Il y a un ou deux co-thérapeutes dont l'un prend des notes. Ces notes sont à la disposition de la famille, si elle le souhaite. Elles constituent une sorte de trace matérielle d'une mémoire du groupe ainsi constitué. L'absent, bien que signifié absent, est présent. Thérapeutes et membres de la famille, sont assis sur le même plan, en cercle.

La technique est fondée sur trois règles, dont deux proviennent du cadre analytique de la cure individuelle.

* Règle de libre association. Les membres de la famille sont invités à parler, à associer le plus librement possible. Cette règle est un aménagement de la règle de libre association en analyse individuelle (tout dire, ne rien omettre), car, en famille, tout n'est certainement pas à dire, et le droit au secret y est constitutif de l'individualité. Les membres de la famille sont aussi invités à parler de ces pensées un peu particulières, « *pensées de la nuit* », que sont les souvenirs de rêves. Ceci place d'emblée le processus thérapeutique dans sa dimension fantasmatique plutôt que dans la réalité.

* Règle d'abstinence. Il ne doit pas y avoir, entre les thérapeutes et la famille, d'autres relations que celles définies par le cadre. La fonction du patient est la parole. La fonction des thérapeutes est l'écoute, l'interprétation de l'inter-fantasmatisation et non l'apport de solutions dans la réalité, de conseils, ou d'injonctions. Cette règle de frustration crée le climat analytique, favorisant l'émergence fantasmatique.

* Règle de présence bi-générationnelle. La T.F.A. est une thérapie de groupe. Une séance ne peut avoir lieu si une seule personne est présente. Pour RUFFIOT, la présence en séance de représentants de 2 générations est une nécessité. Cette règle est l'objet d'aménagements chez certains auteurs et pour nous mêmes.

Le processus

La T.F.A. va s'élaborer selon les règles analytiques énoncées ci-dessus, et va s'étayer (comme dans une cure individuelle) sur la mise en place progressive du transfert groupal sur les thérapeutes. Celui-ci permettra principalement la mise en circulation fantasmatique, dans la famille, autour des fantasmes originaires (de castration, séduction, scène primitive), lesquels étaient totalement absents en début de thérapie. A. EIGUER définit le transfert en T.F.A. comme « *le commun dénominateur des fantasmes et des affects* » rattachés à l'appareil psychique familial et à un représentant du passé familial « *déplacés et projetés sur les thérapeutes* ».

Ce transfert va évoluer selon trois modalités :

- 1^{er} temps : dépôt sur le cadre analytique. La famille investit le cadre thérapeutique (attachement aux règles de présence, d'horaires, de cadre matériel de la pièce...) mais le groupe des thérapeutes est vécu comme indifférencié, à l'image de la famille elle-même. Les séances mettent en évidence les liens pathologiques -qui les unissent, liens imprégnés de pulsion de mort, de violence archaïque, et qui se déposent dans le cadre proposé. Cela se manifeste par des impressions de torpeur, de paralysie, de sidération. Les thérapeutes se sentent « *attaqués* » mais la famille ne peut fonctionner autrement. Les rêves amenés sont peu élaborés, anciens, répétitifs. Les thérapeutes, par leur capacité à contenir cette angoisse et à la transformer permettront à la famille de passer à l'étape suivante.

- 2^{ème} temps : transfert sur le processus, ou intériorisation du cadre. La famille investit le groupe thérapeutique et le lien qui l'unit à lui. Cela se manifeste de différentes manières, notamment :

- par une idéalisation du cadre (les thérapeutes sont « parfaits », tout-puissants, la thérapie a des vertus quasi-magiques).
- par la recherche d'un arbitrage (les thérapeutes sont mis en position de justicier en face des différents membres de la famille).
- par des tentatives de dénaturer leur rôle (en les faisant intervenir directement dans la vie institutionnelle du patient, par ex.).

Les rêves, dans ce 2^{ème} temps, mettent en scène des groupes, des lieux, connus de la famille. Le transfert est encore archaïque, mais face à cet investissement de plus en plus important du lien thérapeute(s)-famille, un mûrissement s'opère. Le groupe thérapeutique n'est plus vécu comme indifférencié. La famille commence à fantasmer sur les échanges entre thérapeutes et s'attarde sur le thérapeute principal.

- 3^{ème} temps : transfert objectal ou transfert sur le thérapeute. Ce dernier devient un objet de projection de plus en plus total, en particulier sur le plan trans-générationnel. Il peut être identifié à un ancêtre et, par là, va permettre à la famille de se situer dans le temps, c'est-à-dire de (re) trouver sa trame généalogique et de s'y inscrire. Ces

représentations étaient absentes au début de la thérapie, la famille, coupée de ses racines, de ses origines, se vivant alors comme auto-engendrée (nous nous sommes faits tout seuls!).

Dans cette 3^{ème} étape, à partir des évocations des objets trans-générationnels (ancêtres), les fantasmes originaires vont commencer à circuler (mise à jour des liens libidinaux dans la famille - images parentales organisatrices). Les rêves amenés, de plus en plus en plus riches, mettent en scène des personnages qui sont des figures du transfert. Seront alors mis à jour, soit des destins de tare héréditaire qui étaient restés secrets, soit des destins de deuil non accompli (ancêtre qui « hantait » la famille « fantôme », sans qu'il puisse être « repéré » ; ancêtre tellement idéalisé, qu'il continuait à occuper toute la place, même au présent).

La famille, dans cette dernière étape, prend possession de sa propre histoire (construction du mythe familial). Cela signe la fin de la thérapie. « *Le transfert excite ce qu'il y a de plus exemplaire, la dépendance à autrui, dont on ne dira jamais assez l'importance dans l'autonomie réussie* » (A. EIGUER).

Indications en thérapie familiale analytique

C'est au travers des entretiens préliminaires que va donc s'élaborer l'indication de thérapie familiale analytique, entretiens au cours desquels vont donc pouvoir s'apprécier le fonctionnement du groupe familial, mais aussi sa capacité à s'inscrire dans un cadre, un processus analytique de longue durée, ainsi que sa possible mobilisation. Traiter du problème des indications suppose en effet d'étudier leur relation avec le diagnostic groupal de la famille et le pronostic de la thérapie, ceux-ci infléchissant l'indication. C'est donc au fonctionnement familial que l'on s'intéressera puisqu'il s'agira de traiter la famille dans son ensemble, ce sera la famille qui sera le « patient ».

A cet effet, un certain nombre de **critères** vont retenir l'attention des thérapeutes :

- la symptomatologie, la souffrance et la demande de caractère groupal.
- la transaction paradoxale décrite par S. DECOBERT au sein de laquelle se repèrent :
 - la conflictualité permanente, répétitive dans la famille,
 - l'excitation individuelle, l'agitation facilement propagée au groupe,
 - la succession excitation - dépression du groupe,
 - l'évitement et la lutte contre la situation oedipienne,
 - la perturbation des relations extrafamiliales,
 - le déni de la différence des êtres : « *une seule psyché pour tous* ». Il n'y a pas de secret. Tout le monde connaît les pensées des autres.
 - le déni de la différence entre vivant et non vivant « *On va tous mourir ensemble* ».
 - le déni de la temporalité. Tout sera toujours pareil, il n'y a pas de présent, de passé, pas d'avenir.
 - le déni de la différence des générations : les enfants sont parentifiés .
 - le déni de la différence des sexes comme mécanisme de défense contre les fantasmes originaires. Les lits s'échangent comme si la famille vivait dans un seul grand lit familial. Agresser serait donc bien un des derniers recours pour s'assurer de la présence de l'autre. L'agression chronique peut être une façon de tenter de se séparer sans avoir à s'individualiser.
- la non-mentalisation commune à tous les membres du groupe avec le passage à l'acte se substituant à la mentalisation.
- les énonciations disqualifiantes et le caractère paradoxal dans la communication.
- l'érotisation des échanges sado-masochistes.
- l'amenuisement de l'espace psychique individuel au dépend de l'espace psychique groupal.

Tout ceci témoignant du recours à la position très archaïque narcissique paradoxale décrite par M. CAILLOT et DECHERF « *Vivre ensemble nous tue, nous séparer est mortel* ».

Ces dysfonctionnements familiaux se retrouvent dans les familles dont l'un ou plusieurs membres présentent des symptomatologies de type psychotique, anorexique, psychosomatique, psychopathique.

Ces critères repérés, s'ils ont une valeur diagnostique certaine concernant le fonctionnement familial, ne peuvent à eux seuls, permettre de fonder une indication de thérapie familiale analytique. L'entretien préliminaire ne peut se résumer à une sélection à plat de critères, *il s'agit d'une rencontre* entre le groupe familial et celui des thérapeutes, des débuts de la relation transférentielle. Elle préfigure déjà à minima le processus qui se déroulera en cours de thérapie. L'absence de changements émotionnels, la persistance de déni, des réactions d'opposition massive, infléchiront l'indication. Les modifications qui interviendront dans ce champ permettront aux thérapeutes de se représenter la manière dont la famille évoluera dans le processus, en tenant compte des aspects leur apparaissant comme plus mobilisable et ceux qui leur apparaissent comme moins dynamiques.



quand l'amour se fissure

A PROPOS D'UN TROUBLE DE L'IDENTITE SEXUELLE



Sylvie DUVAL
Psychiatre Assistant ⁽¹⁾
Secteur Hyères, Lavandou
(83 G 07)

I - Histoire de la patiente

A. est une jeune femme âgée de 20 ans, célibataire, qui vit indépendante. Elle a une soeur plus jeune qu'elle et voit régulièrement ses parents. Elle a une scolarité normale jusqu'au BAC. Elle fait un an de musicologie et rentre au Conservatoire National de M..

II - Observations

A. est adressée à la clinique de S. à la suite d'une tentative d'autolyse médicamenteuse. Le début des troubles dépressifs remonte à 1997 avec apparition d'idées suicidaires qui se chronicisent jusqu'à la tentative de suicide. A. expose dès l'entrée son mal être lié à la question existentielle sur *sa féminité qu'elle a toujours refusée* : elle souffre de multiples complexes en rapport avec son aspect corporel, elle se sent être un homme ; elle présente une fuite du regard, une timidité excessive ; elle est très pudique, n'aime pas son corps et ne peut pas se regarder nue. On note aussi des stigmates psychomoteurs tels que le clignement incessant des yeux, la manipulation des doigts des mains. Il n'y a pas d'hirsutisme mais une pilosité importante des jambes que la patiente cultive pour masculiniser son image.

Elle est réglée à l'âge de 15 ans mais présente une dysménorrhée. Ceci fait soupçonner la prise d'anabolisants et d'androgènes, mais les examens paracliniques infirmeront cette hypothèse.

Dès les premiers entretiens, A. exprime très clairement son envie d'en finir et répète ses *idées suicidaires*. Sa quête affective se manifeste par la recherche permanente d'une relation privilégiée et symbiotique montrée avec une certaine ostentation. Elle verbalise d'ailleurs clairement son attirance pour une stagiaire du service. Le contact est toujours fuyant et parasité de tics. Les idées suicidaires sont encore présentes : elle déclare plus tard qu'elle veut muscler son corps et faire du footing pour avoir un « *corps présentable* » quand elle se sera suicidée.

A. demande à être appelée et reconnue par les autres patientes et le personnel soignant comme une personne de sexe masculin ; elle refuse son prénom féminin A. et exige qu'on l'appelle par un prénom masculin qu'elle a choisi D.. La façon très masculine dont elle s'habille contribue à alimenter « l'erreur » et à la faire passer pour un homme.

⁽¹⁾ Secteur 7, Centre Hospitalier de Pierrefeu du Var 83393 Pierrefeu du Var - Tél 04.94.33.18.00

Nous apprenons par la suite que l'amie d'A., avec laquelle elle a une relation d'amitié tendre, est une femme plus âgée qu'elle, ayant quatre enfants, et étant la maîtresse de son professeur de musique. Ce professeur est le seul homme qu'elle accepte dans son entourage (elle rejette son père). A. possède une marmotte, sorte d'objet transitionnel offert par sa grand mère il y a 10 ans et qui symbolise son amie. A. dit avoir une ***vie affective homosexuelle mais sans sexualité accomplie*** avec cette femme ni aucune autre. Elle continue à vouloir tuer son corps et à dire qu'elle est un homme et ne s'accepte pas telle qu'elle est.

III - Au cours des différents entretiens psychothérapiques

A. exprime le désir de vivre et d'être traitée comme un homme : elle adopte des conduites et une présentation lui permettant de se faire passer pour l'autre sexe. Elle montre une souffrance intense et particulière par laquelle s'exprime l'homme qu'elle veut donner à voir au moyen de ce corps féminin qu'elle rejette et veut tuer. Elle parle de la peur de son père qu'elle présente comme un homme violent et culpabilisant, s'adressant à elle en la prenant, dit-elle, « *pour un con* ». Elle dévoile sans trop de gêne ses problèmes d'identité sexuelle, son envie de pénis, son ***désir d'avoir un phallus*** puisque, dit-elle, son « *désir vient de là* ».

A. parle de sa difficulté à « *ne pas être dans le bon corps* ». Cela entraîne chez elle une forte colère : sa voix devient rauque, elle se frappe la tête contre le bureau et se met à parler d'elle à la troisième personne, furieuse : « *A. m'emprisonne avec sa carapace, il faut la détruire, la tuer cette sale lesbienne, je m'appelle D.* ».

Les parents d'A. ne lui ont jamais parlé de sexualité, de sorte qu'elle pensait qu'il ne fallait jamais en parler, que c'était quelque chose de honteux. Lorsqu'elle a eu ses règles, elle s'est sentie salie, souillée, dégoûtée. Elle a toujours eu du mal à prononcer les mots se rapportant à l'amour et au sexe car c'est un vocabulaire qu'elle ne connaissait pas et des choses qu'elle ne comprenait pas.

A. s'aperçoit, au cours de cet entretien, que son amie (la femme mariée) et son professeur de musique représentent pour elle « *des parents de substitution* » : elle a l'impression qu'ils deviennent des parents parce qu'ils savent lui témoigner de la tendresse. La sexualité, jusqu'alors inconnue pour elle, devient un domaine qu'elle désire rencontrer et un plaisir qu'elle voudrait s'accorder. Elle dit : « *j'aimerais que quelqu'un m'apprenne à connaître mon corps mais je ne peux pas le faire seule, je veux être accompagnée* ». Il n'y a plus de rejet de son corps, mais ***tout à coup ouverture*** sur une demande d'approche, de connaissance de l'autre. Dans ses rêves, il est question d'obstacles qu'elle rencontre entre elle et son amie avec une barrière qui l'empêche de la caresser ; elle dit qu'elle aime son amie comme une mère et son professeur de musique comme un père, mais elle est jalouse de l'amour qu'ils partagent effectivement entre eux, ce qui renvoie à une situation oedipienne.

On constate dans le service une amélioration du comportement d'A., avec disparition de son autoagressivité, des échanges relationnels moins exhibitionnistes et plus réservés ; elle reste plus souvent seule et se remet à jouer de son instrument de musique. Elle est plus présente dans son regard, son attitude ; elle participe activement à l'atelier musical.

De temps en temps, on remarque cependant des rires immotivés et un contact lointain.

A. ne reparle plus, à la fin de son séjour, de son désir de changer de sexe ; elle finit au contraire par *accepter son corps de femme* en envisageant de rencontrer une femme qui pourrait l'aider à vivre une relation physique harmonieuse.

IV - Discussion

Face à cette observation, la discussion repose sur trois orientations diagnostiques et problématiques à envisager :

1 - *La question sur le transexualisme* que soulèvent l'apparence et le comportement délibérément virils adoptés par A. dès l'entrée : elle exprime le rejet et la haine de son corps de femme, allant jusqu'à vouloir le détruire ; elle a décidé de choisir un prénom masculin et de se faire nommer ainsi par les autres ; ce qui est plus significatif encore, est son désir de se faire opérer pour changer de sexe et son sentiment d'appartenance au sexe masculin avec l'impression d'inadéquation entre son corps réel et ce qu'elle ressent psychologiquement et sexuellement. Cependant, une fois passée une période de rébellion, de colère, de revendication face à la réalité de son corps, A. a pu, grâce aux entretiens avec la psychologue, accepter son corps et son identité féminine, et elle n'évoquait plus le besoin de changer de sexe, à la fin de son hospitalisation, ce qui donc aurait tendance à éliminer la notion de transexualisme « pur » en tout cas, en ce qui concerne A..

2- Quelques symptômes particuliers observés lors de son séjour, inciteraient à penser à la *possibilité d'une psychose schizophrénique*, tels : les rires immotivés, le regard fuyant, le contact distant ou au contraire trop proche, le comportement parfois discordant et théâtral, les tics psychomoteurs, la façon surtout dont elle parlait d'elle à la troisième personne en s'attribuant le prénom masculin D. et en se rejetant violemment elle-même comme si elle était une étrangère haïssable et dangereuse. Néanmoins, hormis les moments ponctuels où ces signes ont pu être constatés, le comportement d'A. a paru dans l'ensemble cohérent ; elle s'est bien adaptée à la clinique, à l'entourage et à l'ambiance, avec une bonne qualité relationnelle et un abord coopérant au fur et à mesure des entretiens. Le contact s'est amélioré au fil du temps et aucun symptôme psychotique n'a plus émergé dans les dernières semaines.

3 - La dernière hypothèse amène à *la problématique homosexuelle* qui domine le tableau de façon constante dans le discours, les attitudes, le désir de A.. Lors d'un entretien, A. dit que sa relation avec son père aurait entraîné « *un ressentiment, un dépit, une humiliation* » qui se symboliseraient autour d'une identité homosexuelle pour tenter de s'appropriier du père, les idéaux masculins lui permettant d'« *aimer* » sa mère plus que « *lui* » dit-elle. A reconnaît et finit par accepter son attirance et son désir d'avoir des relations sexuelles avec une femme. Elle l'affiche même, pendant son séjour, auprès d'une stagiaire, et montre beaucoup de facilité à « *séduire certaines pensionnaires* ».

Au terme de la prise en charge psychothérapique amorcée dans le service, A. admet son identité sexuelle féminine représentée par son corps de femme, le vivant cependant encore comme un rival de sa quête d'expériences amoureuses avec des femmes. Elle ne s'inscrit donc pas dans une négation imaginaire de la différence des sexes. Elle espère en une relation affective homosexuelle qui serait structurante pour elle et qui lui permettrait de s'épanouir et de se vivre comme une femme avec des fantasmes compensateurs de son « *manque* ».

ENVIRONNEMENTS PSYCHO-SOCIO-CULTURELS ET MANIFESTATIONS PSYCHIATRIQUES LIEES A LA GROSSESSE

Josiane EZIN-HOUNGBE
Prosper GANDAHO
Thérèse AGOSSOU
René Gualbert AHYI
Psychiatres ⁽¹⁾
Cotonou, Bénin

La femme enceinte est communément dans le monde considérée comme fragile. Les modifications physiologiques du fait de la grossesse transforment progressivement la ligne du corps. Sa psychologie changeant avec l'état de grossesse rend la future mère plus quémandeuse affectivement. Tout ce que chaque culture véhicule par rapport à cet état influe aussi sur la gestante. L'environnement culturel, les conditions socio-économiques sont donc autant de facteurs qui agissent sur la femme en état de grossesse. Dans des conditions défavorables, des manifestations psychiatriques surviennent lors de la gravido-puerpéralité et ce d'autant qu'existe un terrain prédisposé.

S'il est habituel de distinguer les troubles de la grossesse, du post-partum et du post-abortum nous nous proposons dans ce travail de ne nous intéresser qu'à **l'état de la femme durant sa grossesse**. S'il est classique d'envisager que plusieurs facteurs s'intriquent pour favoriser l'éclosion de la maladie, il nous est apparu que la situation actuelle de la gestante, dominée par le vécu de la grossesse, prend fréquemment le devant dans la genèse des troubles. Contrairement à ce qui est affirmé traditionnellement, les psychoses puerpérales ne sont pas une traduction symptomatique d'une quelconque montée du sang dans le cerveau.

L'importance et la valeur de l'enfant dans un foyer béninois n'est plus à démontrer quand on sait que **la stérilité de la femme est préjudiciable** à la survie du foyer. La femme stérile est détestée, haïe, dévalorisée surtout dans sa belle-famille. Dans l'attente de la conception de l'enfant, être cher, désire, l'angoisse peut générer des manifestations psychiatriques.

L'objectif de ce travail est :

- de décrire les divers aspects importants des troubles psychiatriques de la grossesse observés au CNHU de Cotonou,
- d'envisager l'étiopathogénie des psychoses puerpérales gravidiques.

Nous essaierons de faire le point sur ce qui nous apparaît comme les manifestations psychiatriques les plus fréquentes chez la gestante au Bénin. Ensuite, nous préciserons les causes possibles du fait de la multidimensionnalité des facteurs psycho-socio-culturels en psychiatrie. Cette étude qualitative est rétrospective. Elle utilise les résultats des travaux de thèses de doctorat réalisés à la fois dans les services de clinique universitaire de gynécologie obstétrique et de psychiatrie du Centre National Hospitalier Universitaire (CNHU) de Cotonou.

Quelles manifestations rencontre-t-on le plus souvent ?

⁽¹⁾ Ezin-Houngbe J. : Psychiatre Professeur Assistant CNHU de Cotonou 04 BP 0236 Cadjéhoun Cotonou (Bénin),
Gandaho P : Psychiatre Professeur Assistant CNHU de Cotonou 04 BP 0236 Cadjéhoun Cotonou (Bénin),
Ahyi R.G. : Psychiatre, Professeur, même adresse,
Agoussou Th. : Psychiatre, Professeur Agrégé, même adresse.



I - Manifestations psychiatriques de la grossesse observées à Cotonou (CNHU) :

Dans l'étude menée par Fandohan (3) 43,93% de son échantillon ont présenté des troubles névrotiques débutant par des signes mineurs comme *l'anxiété ou l'inquiétude* liées au déroulement et à l'issue de la grossesse :

- peur de ne pouvoir supporter les douleurs de l'accouchement,
- peur de perdre la vie au cours de la grossesse déclarée période délicate, dangereuse où la femme est dite « *avoir un pied dans la tombe, un pied au dehors* »,
- peur d'avoir un enfant mal formé ou anormal.

Cette angoisse se manifeste sous forme de :

- palpitation,
- douleur,
- vertige,
- insomnie d'endormissement et cauchemars,
- irritabilité traduisant une modification du caractère,
- instabilité de l'humeur,
- revendications affectives surtout envers le mari,
- quête d'affection et d'attention auprès du mari et de l'entourage,
- modification des habitudes alimentaires : « envies » ou boulimie,
- vomissements et nausées surviennent dans 71,50% des cas de grossesse (1) au cours du premier trimestre. Leurs persistance ou leurs survenues au-delà du 3^{ème} mois doivent faire rechercher un problème psychosocial (manque de support affectif, problèmes socio-économiques ou socio-culturels). Les vomissements de type incoercible peuvent prendre une allure d'extrême gravité et constituent des manifestations psychosomatiques très inquiétantes pour la vie de la mère et du fœtus.

On peut observer aussi des *manifestations névrotiques transitoires plus structurées* : des symptômes hystériques (comportement infantile, évitement de la sexualité, troubles du transit, vomissements incoercibles), des manifestations comportementales : hyperéactivité paradoxale, travail toujours intense, augmentation sans respect des conseils médicaux (possibilité d'accouchement prématuré).

La grossesse influe de façon variable sur les états anxieux et névrotiques préexistants : une amélioration, un statut quo ou une aggravation peuvent être notés surtout en début de grossesse.

Les états dépressifs névrotiques font partie des manifestations psychiatriques chez la gestante. Il représentent 18,18% des cas recensés à Cotonou par Fadohan (3) et sont passagers au cours du premier mois. Plusieurs symptômes sont évoqués :

- * les plaintes somatiques (algies diverses, asthénie)
- * les perturbations de l'humeur : les crises de larmes sont fréquentes et associées à une tristesse,
- * des idées d'indignité, de culpabilité, d'incapacité, de dépréciation chez les acculturées,
- * des idées de persécution chez la majorité des patients,
- * une quête affective,
- * un ralentissement idéique que la femme signale en disant « les idées me fuient »,
- * des troubles de la mémoire à type d'oublis marqués et fréquents.

Ces divers signes ne sont pas l'apanage d'un âge. Les tableaux et symptômes décrits peuvent s'observer chez soit :

- une très jeune (9 ans) (3),
- une femme à antécédent d'interruption volontaire de grossesse,
- une gestante à environnement défavorable (absence du mari, mépris de l'entourage, etc...)
- une femme sous stress (menace de mort par une rivale ou une tante etc...)

La peur de la sorcellerie colore l'évolution et le pronostic de ces états dépressifs.

Lors d'une nouvelle grossesse, l'angoisse due à la crainte d'une répétition des troubles aboutit aux mêmes difficultés obstétricales chez la gestante qui avait subi une césarienne ou l'application de forceps par exemple.

La grossesse joue un rôle protecteur vis-à-vis des états psychotiques majeurs (5, 7). Ces derniers sont rares chez la gestante à Cotonou.

Certaines résurgences anxio-délicantes peuvent cependant survenir sous bêtamimétique (Salbutamol et Ritodrine(Prépar)).

Pourquoi ces diverses manifestations?

Comment surviennent-elles et quelles en sont les facteurs favorisants?

II - Environnement psycho-socio-culturel

1°) Vécu anxieux de la grossesse par la gestante :

Les considérations étiopathogéniques des psychoses puerpérales de la grossesse conduisent à noter soit la rencontre entre une personnalité prédisposée et la grossesse, soit une attitude négative qui défie la position actuelle de la femme enceinte vis-à-vis des séquences : grossesse - accouchement - vie quotidienne socio-professionnelle et mort.

Cet état provoque des bouleversements physiques, endocriniens, affectifs, psychologiques et sociologiques. Les facteurs organiques, quand ils existent, n'ont qu'un rôle favorisant, ou aggravant. Les facteurs psychosociaux interviennent particulièrement dans la genèse des troubles psychiatriques de la grossesse en Afrique et ne peuvent être saisis et compris qu'en fonction de l'organisation sociale des croyances religieuses et autres que véhicule cette culture.

L'étiopsychopathologie est ici surtout dominée par les facteurs psychosociaux qui traduisent la situation actuelle de la femme enceinte. Le problème de la valeur et de la représentation traditionnelle de la grossesse reste central dans nos sociétés africaines. Dans les cultures négro-africaines, *l'une des fonctions essentielles qui valorisent la femme et la font exister, c'est la maternité*, contrairement à ce qui se passe dans certaines cultures où l'individu existe par lui-même et pour lui-même.

De plus, des coépouses, quand elles existent, sont vécues comme de réels dangers potentiels qui peuvent solliciter le concours d'un « Boconon » (initié jeteur de sort) pour entraver le cours normal d'une grossesse.

L'essentiel pour la femme n'est pas de faire l'expérience de la grossesse mais d'avoir des enfants, si possible des garçons, vivants et bien portants. Concernant la peur de la belle-famille, il peut être souligné que les stérilités, les avortements, les fausses couches et les décès répétés sont menace de l'arrivée d'une coépouse ou de la répudiation. Mais aussi avoir des enfants n'est pas une assurance. En effet, avoir des enfants étant aussi un bien supplémentaire, une richesse, la belle-famille (surtout les belles-soeurs) se sent en perte de vitesse derrière cette femme qui vient s'enrichir chez elle et s'unir davantage à leur fils et frère qu'elle risque de perdre progressivement.

Une jalousie et une intolérance inconsciente perçues par la gestante s'installent surtout à cette période où elle est devenue difforme et « inexploitable ». En cette période de laideur momentanée, elle se voit abandonnée par son mari qui va chercher au dehors auprès d'une coépouse sa jouissance sexuelle.



La grossesse est considérée comme une période au cours de laquelle elle est « ouverte », c'est-à-dire très vulnérable et fragile. Les attaques de sorciers et sorcières « antropophages » étant mortelles, la femme enceinte se considère comme ayant un pied dans la tombe et l'autre dehors. Elle est entre la vie et la mort durant toute la gestation et au cours de l'accouchement.

En plus des actions néfastes dont les hommes peuvent être les auteurs, les esprits malins sont aussi incriminés dans la survenue de certains troubles observés chez la femme ou son enfant et qui traduisent la rencontre avec un esprit dans certains lieux à certaines heures.

La primipare est particulièrement anxieuse du futur rôle qu'elle est appelée à jouer : celui de mère de famille devant élever son enfant, celui d'épouse ayant quitté ses parents pour intégrer un nouveau milieu auquel elle doit s'adapter. Elle est perturbée par le nouvel état que lui confère le double statut de mère de son enfant et d'enfant de sa famille génitrice. Suis-je mère ou fille?

Ce vécu anxieux de la grossesse par la gestante contraste avec le vécu qu'a l'entourage de la femme enceinte.

2°) Vécu de la femme enceinte par l'entourage

En effet, l'enfant étant pour une famille source de puissance, de fierté, de sécurité, et de réconfort, l'entourage assure la femme enceinte de sa protection sociale. La grossesse est considérée comme une bénédiction, un présent divin du fait de la valeur accordée à l'enfant qui est le garant de la solidité du lien conjugal. La gestante entourée comme un objet sacré fragile entraîne la déférence de tout le monde.

Si cette perception de sa personne est exagérée ou si elle n'est pas perçue comme telle, il peut naître un état conflictuel qui s'exprime par une aggravation des signes sympathiques de la grossesse.

Une anxiété forte sur un terrain prédisposé déclenche, en cas de grossesse, des manifestations psychiatriques.

Les conditions économiques défavorables, surtout quand la femme enceinte est abandonnée du mari ou du concubin, ont une part importante dans la survenue de certaines manifestations psychiatriques.

Nous assistons à des cas où des adolescentes collégiennes, espoir de leurs parents, tombent enceintes contre toute attente en pleine année scolaire. Certaines sont chassées de la famille par le père ou rarement par la mère, et jetées dans la rue, ou bien remises à la famille de « l'auteur de la grossesse ».

Conclusion

Il est aisé de reconnaître des manifestations psychiatriques chez une gestante mais il s'avère indispensable de rechercher les facteurs favorisants et de comprendre l'étiopathogénie de la gravido-puerpéralité en période de grossesse afin de mieux prendre en charge la femme enceinte.

Conclusion

Il est aisé de reconnaître des manifestations psychiatriques chez une gestante mais il s'avère indispensable de rechercher les facteurs favorisants et de comprendre l'étiopathogénie de la gravido-puerpéralité en période de grossesse afin de mieux prendre en charge la femme enceinte.

Il est préférable d'instituer une psychoprophylaxie précoce chez elle. L'entourage doit créer un climat affectif, éviter les abandons par la famille ou le mari. La préparation à l'accouchement s'impose à toute femme en état de grossesse. Il est souhaitable de la référer à un spécialiste dès que les troubles se déclenchent.

Les psychoses puerpérales sont l'occasion d'affirmer que les facteurs psychosociaux, économiques et culturels tiennent une place importante dans la genèse des affections psychiatriques.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 - ASSOUTO A.P. (1984) - Contribution à l'étude des vomissements gravidiques à propos de 791 observations recensées en milieu hospitalier. Thèse de Médecine, Cotonou, 189 p.
- 2 - EY H., BERNARD P., BRISS C. (1978) - Manuel de Psychiatrie, Ed. Masson, 5^{ème} édition, Laval, p 802-812.
- 3 - FANDOHAN V.A. (1986) - Contribution à l'étude des Psychoses Puerpérales au CNHU de Cotonou à propos de 132 cas recensés à la CUGO. Thèse méd., Cotonou, 139 p.
- 4 - GOUNONGBE M.C.M. (1983) - Contribution à l'étude de la ménopause en République Populaire du Bénin : aspects cliniques et psycho-socio-culturel. Thèse de Médecine, Cotonou, 162 p.
- 5 - GUELFY D.J., BOYER P., CONSOLI S., OLIVIER-MARTIN R. (1987) - Psychiatrie, PUF, Vendôme, p 611-614.
- 6 - MUTUMBO T. (1984) - Contribution à l'étude de la gravido-puerpéralité chez les femmes âgées de 40 ans et plus à propos de 150 cas recensés à la CUGO du CNHU de Cotonou en R.P.B., Thèse de Médecine, Cotonou, 120 p.
- 7 - ROUILLOU F. (1997) - Troubles psychiatriques de la grossesse et du post partum, Revue du Praticien, 1997, 47-14, p 1593-95.



AU SUJET DE LA TRANSMISSION : NOMINATION ET NOMS BIBLIQUES (ENFANTS DE JACOB)

Moïse BENADIBA
Psychanalyste
Médecin Chef de Secteur ⁽¹⁾
Intersecteur Marseille 10 ° et 12 ème
Cassis, Allauch, Plan de Cuques
(13 1 03)

Si les enfants d'Israël ont mérité de sortir d'Égypte, pays d'esclavage, c'est selon la Tradition juive, parce qu'ils ont su garder trois choses de leur identité : ils n'ont changé ni leur vêtement, ni leur langage, ni leur nom. Cette même Tradition signale qu'au niveau individuel chacun est porteur de trois noms : celui qui lui précède et que lui donnent père et mère, celui qu'il acquiert et enfin le nom qu'il laisse derrière lui. Sur le premier, il y a insistance dans la Bible, dans l'Ancien Testament notamment, au point que l'un des cinq Livres de la Torah, le deuxième, l'« Exode » comme on dit, s'intitule en fait les « Noms » (SHEMOT en hébreu). Noms qui, dans le texte biblique, impliquent celui qui les donne. C'est par l'attribution d'un nom qu'à chaque personnage biblique est conféré un trait qui le particularise dans la filiation et la génération. Nommer, dans la Bible, est un acte qui induit et suppose l'avènement d'un sujet inséparable de ce nom, qu'il porte et qui le porte, participant à ses prérogatives et à sa destinée : comme l'illustre le rite judaïque biblique, dit du « *Meshané Néféch* »^(a), fait pour changer, modifier le destin, la destinée. Ce « *Meshané Néféch* » consiste en ceci : Selon une ancienne tradition, quand il n'y a aucune chance de succès pour éviter qu'un mourant décède, aucune thérapeutique, aucun espoir médical de survie, on tente d'éloigner la mort. Le « *Méshané Néféch* », changement de destin et de destinée par le biais d'une modification du prénom, de dé-nomination, concerne dans la pratique surtout l'enfant en bas âge malade, le nouveau-né qui se meurt. On perçoit dans ce rite jusqu'à quel point le nom, le prénom, c'est la personne. On voit l'important pouvoir psychique attribué par la tradition juive biblique au prénom sur la destinée de l'être humain. Un prénom n'est jamais indifférent et nommer dans le judaïsme et la Bible c'est dans tous les cas appeler à la vie.

Autour de ce sujet de la nomination, des noms et de l'acte de nommer, il m'a paru pertinent, texte biblique à l'appui, de m'intéresser à un élément particulier de la question : celui des noms des enfants de Jacob, initiateurs des douze tribus qui feront le peuple d'Israël ; par leur intermédiaire et le récit biblique les concernant, il sera tenté de répondre aux questions : Qui nomme ? Qu'est-ce que nommer ? En quoi consiste la nomination ? Qu'est-ce qui, par elle, se transmet ?

Au préalable, quelques remarques :

- **Il n'y a pas**, dans ce contexte, à **distinguer entre nom et prénom**. Dans le texte biblique le nom correspond à ce que de nos jours on désigne par prénom : il n'y a qu'un nom unique, un prénom, qui comme son étymologie l'indique est le premier des noms ; premier dans l'ordre chronologique et premier en importance.

- Dans la Bible, les prénoms attribués sont des noms, mais des noms qui ne se transmettent pas dans la même lignée familiale : **les prénoms sont créés**, nouveaux, librement attribués par les géniteurs ; ils sont toujours une création, un acte de création :

⁽¹⁾ Psychiatre des Hôpitaux, psychanalyste, Centre Hospitalier Valvert, Boulevard des libérateurs, 13391 Marseille Cédex 11, Tél 04.91.87.67.93

^(a) « Changement d'âme » en hébreu

il s'agit toujours d'un nom inédit, d'une intervention créatrice parentale porteuse de sens et dont les motivations, influencées surtout et avant tout par l'expression des désirs parentaux concernant l'enfant, pouvaient l'être aussi par d'autres facteurs : un événement familial, conjugal, historique, les circonstances de l'accouchement, des caractéristiques corporelles de l'enfant, etc... Dans ce contexte, tous les noms bibliques ont originairement une signification ; leur choix, jamais arbitraire, est motivé, non répétitif, unique : Il y a un seul Abraham, un seul David, un seul Salomon, etc... le nom biblique, comme le fait remarquer Tesone (5) « *traçait une voie et pouvait aussi graviter dans le destin de l'enfant* » ; on perçoit pourquoi tant de soin semble avoir été pris à bien le choisir.

Voici, sujets de nos propos, les noms des enfants de Jacob, souche des douze tribus d'Israël : leur père, Jacob, aura deux épouses, les deux filles de Laban ⁽⁶⁾ : Léa et Rachel. Léa, l'aînée lui sera imposée : il ne l'aimera pas. Rachel, la cadette sera son seul et grand amour. Il va assurer la descendance de sa lignée et se trouver père de douze garçons porteur chacun de l'un des noms qui désigneront les futures tribus d'Israël. Autour de Jacob, le récit biblique de la Genèse parle essentiellement d'amour, d'amour conjugal, et de ses avatars. Il dit ceci : Si la ruse et la fourberie de Laban, la complicité de Rachel, l'obéissance de Léa, forcèrent la candeur de Jacob, le contraignant à épouser une femme qu'il n'aimait pas, rien ne réussit toutefois à lui faire éprouver un quelconque attachement affectif à l'égard d'elle, Léa. Selon le récit biblique, Léa persévère à vouloir aimer malgré tout (l'homme qu'elle a épousé grâce à son père) pour tenter de vaincre l'inertie de l'indifférence de son conjoint. Elle réussit partiellement en donnant à Jacob des enfants. Le texte dit à son sujet : « *L'Eternel considéra que Léa était dédaignée, et il rendit son sein fécond, tandis que Rachel fut stérile* » (Genèse XXIX, 31). Léa, en fait accoucha d'un enfant sept mois seulement après son union avec Jacob, alors qu'elle était biologiquement inapte à enfanter, stérile, elle aussi. Son premier-né, un garçon, Léa le nommant « Réouben », dit : « *Parce que l'Eternel a vu mon humiliation, de sorte qu'à présent mon époux m'aimera* » (Genèse XXIX, 32).



⁽⁶⁾ Etymologiquement, « Laban », signifie en hébreu « blanc », mais aussi et surtout « roublard » ; il trompera Jacob, lui imposant l'une de ses filles en mariage (« Léa », qui signifie littéralement « vache sauvage ») à la place de celle qu'il avait choisie, l'aimée (« Rachel », qui signifie « brebis »).

Ce qui est à souligner ici c'est que c'est la mère et elle seule qui nomme le nouveau-né et par cette nomination parle, exprime un désir, fait part de ce qui pour elle est essentiel. Selon le Zohar, par cette nomination, « Réouben », qui signifie littéralement « *regardez un fils* », cette mère fait part de sa joie à voir l'enfant parfaitement constitué même s'il avait été conçu dans la méprise en ce qui concerne le père. A chaque nouvelle naissance, avec tenacité, cette mère s'attendra à recevoir un signe d'attachement, de tendresse, venant de son mari ; cela ne se produira pas. Les noms de chacun des fils qui vont suivre révéleront la constance du désir de cette femme-mère : être aimée par le père de ses enfants malgré le silence total de celui-ci à chacune des naissances. Elle continuera à nommer seule tous les nouveaux-nés enfants, comme si cela ne regardait pas le père, comme si ces fils destinés à fonder les futures tribus d'Israël portaient dans le symbolisme de leurs noms la trace de l'impossibilité de provoquer l'amour et de l'éveiller et du désir qu'un jour il adienne cet amour attendu : Le premier nouveau-né elle l'appela « Réouben » (« *regardez un fils* ») ; le deuxième sera nommé « Siméon ». Elle dit « *Parce que l'Eternel a entendu que j'étais dédaignée, il m'a accordé aussi celui-là* » (Genèse XXIX, 23). « Siméon » est formé sur la racine du mot « écouter » (shamoah) et signifie « être écouté », « être exaucé ». Le troisième, elle le nomma « Lévy », car dit-elle : « *cette fois, mon mari me sera attaché, puisque je lui ai donné trois fils* » (Genèse XXIX, 34). « Lévy » signifie littéralement « accompagner » ou « attachement ». Le quatrième elle le nomma « Yehouda ». Elle dit : « *cette fois, je rends grâce à l'Eternel* » (Genèse XXIX, 35). Alors, elle cessa d'enfanter, dit le texte biblique. « Yehouda » signifie « louange à Dieu ».

Ce qui apparaît dans ces quatre nominations de nouveaux-nés par cette mère biblique, Léa, c'est cette demande exprimée par une épouse à son mari : qu'il y ait réciprocité du cœur et du désir, partage pouvant confirmer une femme-mère dans son narcissisme quand celui-ci chancelle. Léa semble à tout prix souligner l'impossibilité à concevoir un véritable amour privé de descendance et désigner, subtilement, une équivalence entre la stérilité et la mort.

Avec Rachel, soeur de Léa, le texte biblique vient une fois de plus, insister sur la proximité de la stérilité et de la mort. Le récit de la Genèse qui concerne Rachel souligne et répète qu'à manquer ce passage à l'autre qu'est l'enfantement, l'accouchement, l'amour ne peut que percevoir la menace de mort. Rachel, stérile et mortifiée devant le spectacle des maternités successives de sa soeur Léa, dit à Jacob son mari : « *Donne-moi des enfants, autrement j'en mourrai* » (Genèse XXX, 1). Le texte poursuit : « *Jacob se fâcha contre Rachel, et dit « Suis-je à la place de Dieu, qui t'a refusé la fécondité ? ». Elle dit alors : « Voici mon esclave, Bilha, approche-toi d'elle ; elle enfantera sur mes genoux, et par elle j'aurai moi aussi des enfants ».* » (Genèse XXX, 2-3). Et à l'instar de Sarah, conformément aux coutumes, Rachel devient mère par l'intermédiaire d'une esclave, du nom de Bilha^(c), qui conçut et enfanta un fils à Jacob. Rachel dit alors : « *L'Eternel m'a jugée et il a écouté ma voix aussi, en me donnant un fils* » (Genèse XXX, 6). C'est pourquoi elle le nomma « Dan ». Ici encore, c'est la mère (mère légale en la circonstance et non mère naturelle) qui nomme. « Dan » signifie « juge » ou « adjugé ». La mère légale nomme ainsi le nouveau-né porté par une autre femme, pour évoquer le principe de justice et d'égalité. Le texte biblique poursuit : « *Bilha, l'esclave de Rachel, conçut de nouveau et enfanta un second fils à Jacob. Et Rachel dit : « Ce sont les luttes de Dieu que j'ai soutenues contre ma soeur, et pourtant j'ai triomphé » Et elle le nomma « Naftali ».* » (Genèse XXX, 7-8). « Naftali » signifie : « ma lutte ».

^(c) Bilha : nom qui signifie en hébreu « négligence ».

Le livre de la Genèse précise ici qu'au moment où Rachel, mère légale, nomme les nouveaux-nés, connaît le sentiment de maternité, l'autre, Léa sa soeur, celle qui avait déjà quatre fils, cessa d'enfanter (Genèse XXX, 9) ; Léa qui se retrouve stérile à son tour, donnera à son tour son esclave Zilpa ⁽⁴⁾ à Jacob, cherchant par ce geste à préserver sa place de mère, toujours à défaut d'être l'épouse aimée. Ainsi Léa, imitant le geste de Rachel, « prit Zilpa ... et la donna à Jacob comme épouse ». (Genèse XXX, 9). Zilpa donne deux autres fils à Jacob et ici aussi c'est la mère, la mère légale, qui attribue le nom aux nouveaux-nés. A la naissance du premier fils de Zilpa, Léa dit « Le bonheur est venu » (Genèse XXX, 11) et elle le nomma « Gad » qui signifie « bonheur » ou « chance ». Pour le second, elle dit : « Il est né pour ma fortune, car les filles m'estimeront fortunée » (Genèse XXX, 13) et elle le nomma « Asher » qui veut dire « fortuné », « heureux ». Le Talmud signale autour de ce récit que dans ces deux noms de nouveaux-nés où s'inscrivent la joie et le bonheur, se reconnaît la marque de la disposition permanente de cette mère biblique, Léa, à ne rien considérer comme un dû, à persévérer dans la gratitude en dépit du fait que son mari ne l'aime pas. Dans l'épisode du récit qui suit la naissance de « Gad » et « Asher », le bonheur de Léa est de nouveau compromis et la rivalité avec sa soeur reprend : Il s'agit du très intéressant épisode des mandragores ⁽⁵⁾ (Genèse XXX, 14-16).

Léa conçut alors et enfanta à Jacob un cinquième fils. et Léa dit : « L'Eternel m'a récompensé d'avoir donné mon esclave à mon époux » (Genèse XXX, 18). Et elle lui donna le nom d'« Issakhar », qui signifie « il y a récompense ». Léa conçut de nouveau et enfanta un sixième fils à Jacob et elle dit : « L'Eternel m'a accordé, à moi, une bonne part ; désormais mon époux demeurera près de moi, car je lui ai enfanté six fils ». (Genèse XXX, 20) ; et elle donna à son fils le nom de « Zébouloun », nom qui dérive de « Zabal », qui signifie « demeure ». Plus tard, Léa enfante une fille, et elle la nomma « Dina ». Sur cette fille, le récit biblique cette fois, dans le Genèse, ne dit rien de plus. « Dina » signifie « sa justice » ou « la juste ». Elle aura un destin sévère : violée par le fils du roi Sékhém, elle sera vengée par ses frères (Siméon et Lévy) de manière très violente.

Après le bref rappel de la naissance de cette fille de Léa, le texte biblique poursuit : « L'Eternel se souvint de Rachel : il l'exauça et donna la fécondité à son sein. Elle conçut et enfanta un fils : et elle dit : « Dieu a effacé ma honte ». Elle lui donna le nom de « Yoseph », en disant : « Puisse l'Eternel m'ajouter un autre fils » (Genèse XXX, 22-24). « Yoseph » signifie « il s'ajoutera ». Après la naissance de ce fils de Rachel, sa femme aimée, Jacob décide de rentrer en terre de Canaan. Ce départ n'aura lieu que quelques années plus tard ; Rachel est alors enceinte de son deuxième enfant, le douzième de Jacob. Elle enfante lors du voyage et ne survit pas à l'accouchement difficile. Le texte biblique dit : « Il y avait encore une kibra de pays pour arriver à Ephrath, lorsque Rachel enfanta et son enfantement fut pénible... Or, au moment de rendre l'âme, car elle se mourait, elle le nomma « Ben Oni », mais son père l'appela « Benyamin ». » (Genèse XXXV, 16-18). Ce qui est à pointer ici, c'est que le père pour ce dernier nouveau-né, nomme ; en fait, il dénomme avant d'attribuer un nom. Le père craignant le mauvais présage que la nomination maternelle faisait peser sur le nouveau-né, corrigera ce Nom-de-la-Mère, le modifiera ; et, dit le Talmud, en souvenir de cette mère qui venait de décéder et qui fut sa joie et sa force, qu'il aimait, choisira le prénom, « Benyamin ». « Ben Oni », nom donné par la mère au nouveau-né, nom attribué aux fins de rappeler les circonstances de l'accouchement et de la naissance, signifie « fils de ma douleur », ou « fils de mon deuil » ;

⁽⁴⁾ Zilpa, en hébreu, signifie « à l'honneur », dans le sens d'être mis à l'honneur.

⁽⁵⁾ Rachel permet à Léa de passer une nuit dans la tente de Jacob en échange de mandragores que lui cède Réouben, fils aîné de Léa ; ces mandragores avaient la réputation de favoriser la fécondation naturelle en répandant leur parfum sur le bonheur des amants.

« *Benjamin* », nom du père, peut se traduire par « *fil de ma droite* »⁽⁶⁾ ou « *fil de ma vieillesse* ». Il y a ici, dans l'attribution successive par mère et père d'un prénom, intrication, entrecroisement de fantasmes et de désirs parentaux. Par le changement du nom donné, juste après la mort de la mère, le père désire enlever à l'enfant le poids de la responsabilité de cette mort, l'en décharger. Il donne un nouveau nom au nouveau-né (comme dans le « *Méshané Néfêch* » dans un autre contexte, précédemment évoqué) par lequel il le destine, tel est son désir, à un bel avenir, à un avenir « *Yamin* » (« *côté droit* ») bon et favorable.

De ces récits, que peut-on dire? Ceci :

- Le prénom, première et primordiale inscription symbolique de l'être humain, nous précède, **précède le sujet humain** avant même la naissance.

- Noms et prénoms, bien avant la naissance d'un enfant dans une famille, et de sa naissance à sa mort, ont pour lui et sa mère une histoire collective, familiale et individuelle. Ils sont aussi **source d'histoire**, parfois même de destinées (1).

- Le choix de cet élément fondamental de l'identité du sujet, le prénom, par les parents, dépend de leurs fantasmes, de leurs désirs inconscients, de leurs histoires individuelles et familiales, de **ce que l'enfant représente ou signifie pour eux**.

- La nomination, acte de reconnaissance, est liée à **la fonction symbolique de la parentalité**. Dans le choix par les parents du prénom, avant même la naissance de l'enfant, se produit la première inscription du sujet dans l'univers symbolique ; inscription « *transgénérationnelle* » du désir parental, comme le signale Tesone (5) qui ajoute : « *on attribue un prénom à un enfant, comme on attribue aussi un enfant à un prénom* ». Dans cette perspective, le prénom est le lieu où s'inscrivent et se transmettent des mythes familiaux, des désirs inconscients et des signifiants parentaux. Le choix du prénom est toujours un choix surdéterminé, un compromis très souvent des désirs de père et mère concernant l'enfant né ou à naître.

- Le prénom est aussi ce qui, selon les termes de Françoise Dolto (2), assure « **la cohésion narcissique du sujet** » ; il est ce qui accompagne l'enfant, d'abord dans sa relation à ses parents, puis avec autrui, de la naissance à la mort. Le prénom de l'enfant c'est le premier et l'ultime phonème qui soit en rapport avec sa vie pour lui et avec autrui. Par le prénom, « *noyau et ombilic de l'identité* » (1), l'enfant viendra s'inscrire dans la différence, dans l'ordre de l'individualité⁽⁷⁾.

Le prénom, qui peut dans cette perspective s'entendre « **pré-non** » (1) est ce par quoi le sujet s'inscrit dans sa différence et sa singularité tout en participant à l'instauration d'une continuité qui l'engage dans la société et sa génération ; la nomination apparaît alors comme le moment qui entre les générations fait lien.

- Dans l'épisode biblique désignant les noms des fils de Jacob, comme très souvent dans la Bible, c'est la mère qui donne le nom à son fils et elle fait suivre ce nom de sa signification. Avec Daniel Sibony (4) on peut y voir le symbole de ce qu'établit clairement l'expérience analytique, à savoir que c'est dans le Nom-du-Père que se coule et s'inscrit le Désir de la mère, et c'est dans les battements de ce désir que prend effet la parole.

Pour le sujet, le prénom, signifiant de sa relation à sa mère, peut ainsi porter une marque signifiante logée dans l'inconscient maternel et transmise dans le temps, comme l'indique Daniel Sérieys (3), amené par ses recherches à interroger le prénom comme représentant de la fonction maternelle ou inscription de la fonction maternelle. On peut en définitive faire avec lui cette hypothèse, riche en ouvertures pour la réflexion : l'identité du sujet porterait une double inscription. Le sujet serait nommé / inscrit dans une filiation père/mère. **A côté du patronyme qui représente la filiation paternelle,**

⁽⁶⁾ Une tradition juive fait de la droite le côté favorable, celui des bons présages ; dans ce contexte, on place de ce côté là ceux à qui l'on désire témoigner du respect, de l'admiration, de l'estime, de l'affection ou autres sentiments positifs.

⁽⁷⁾ Ce qui laisse entrevoir la portée, parfois le risque, du prénom attribué pour la seconde fois par une mère à l'enfant né après mort périnatale d'un aîné : ce type de nomination, ce prénom, signe du deuil jamais dépassé de cette mère qui substitue le second enfant à un mort, peut être à l'origine de troubles d'identification et de problèmes d'identité.

le prénom représenterait la filiation maternelle. Le sujet aurait accès, grâce à cette double inscription, « à une place juste dans l'histoire filiale ».

Enfin et pour conclure, autour de cette question de la filiation et du nom, ces quelques lignes d'Elie Wiesel (6) : « Un homme qui meurt emporte son âme, mais laisse son nom aux soins des survivants... il y a quelque chose d'éternel, d'immortel dans chaque nom. Contre lui, le temps se révèle impuissant, sans ressources. Les jours viennent et sont suivis par les nuits, les hommes naissent et meurent, mais la chose la plus fragile dans l'existence - quoi de plus fragile qu'un nom ? - reste et résiste ».

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 - BAUER J.P. : Histoire de prénoms.
Recueil. Textes et écrits.
Imprimerie Jacques et Demontrond
Z.I. Thise/Besançon.
Octobre, 1985.
- 2 - DOLTO F. : L'image inconsciente du corps.
Editions du Seuil, Paris, 1984.
- 3 - SERIEYS D. : Comment tu t'appelles?
Le nom et la nomination.
Source, sens et pouvoirs.
Sous la direction de Joël Clerget.
Editions Erès, Toulouse, 1990, p. 179-188.
- 4 - SIBONY D. : Le nom et le corps.
Collection « Tel Quel ».
Editions du Seuil, Paris, 1974.
- 5 - TESONE J.E. : L'inscription transgénérationnelle du désir parental dans le choix du prénom de l'enfant.
Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 1988, 36 (11-12)
- 6 - WIESEL E. : Les Portes de la forêt.
Editions du Seuil, Paris 1964.



LEONARD DE VINCI : pourquoi si curieux ?

Marie-Claude GARDONE
Praticien Hospitalier ⁽¹⁾
Secteur Bagnols sur Cèze
(30 G 06)

Il y a quelques mois, les Dernières Nouvelles d'Alsace annoncent : Léonard de Vinci à Spire ; le journaliste, d'ailleurs anonyme précise qu' « *en dehors des arts plastiques, Léonard de Vinci s'adonne à des études scientifiques d'anatomie, de zoologie, de botanique, de géologie, d'optique, de mécanique ou encore d'aviation, avec la tentative de construction de machines volantes* ». La question qui s'impose alors à mon esprit de psychiatre est la suivante : « pourquoi une telle curiosité intellectuelle, qui plus est, dans tous les domaines » ; et d'imaginer pouvoir émettre des hypothèses de réponse à cette question par des éléments de la biographie de Léonard de Vinci. C'était bien présomptueux mais il m'a fallu un peu de temps pour me rendre à cette évidence.

Léonard de Vinci est une des grandes figures de la Renaissance italienne, et plus particulièrement du quattrocento et de l'école de Florence. Il naît en 1452, dans la petite ville de Vinci, près de Florence. C'est un enfant naturel. On sait très peu de choses sur sa mère : son prénom était Catarina, mais on ne connaît pas son nom et on suppose qu'elle était serveuse dans une auberge. Son père, Piero di Vinci, était notaire, issu d'une famille de notaires établie à Vinci depuis le XIII^e siècle. Il reconnaît Léonard mais épouse, vraisemblablement l'année de sa naissance, une jeune fille de 16 ans, de meilleure condition sociale que la mère de Léonard.

Des recherches récentes permettent de penser que Léonard n'a été élevé par sa mère seule que pendant quelques mois et qu'il a ensuite été accueilli au foyer de son père et de sa belle-mère, où il aurait été d'autant plus choyé que sa jeune belle-mère était stérile. Par la suite, celle-ci meurt et son père se marie encore trois fois. Ce n'est que de sa troisième épouse qu'il réussit à avoir son premier fils légitime ; Léonard a alors 24 ans. Avec sa quatrième épouse, le père a, alors qu'il est quinquagénaire, encore 10 enfants (8 garçons et 2 filles), le dernier quand il a 75 ans.

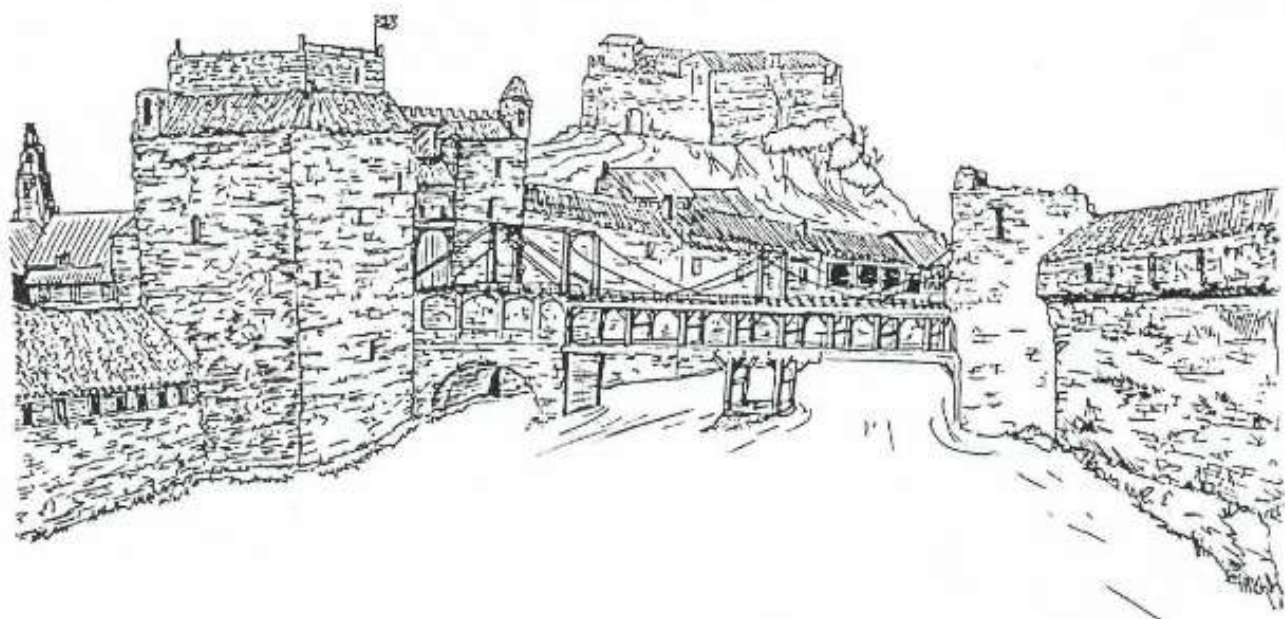
Son père l'envoie vers 15 ans dans l'atelier de Verrochio, l'un des plus recherchés d'Italie à l'époque. Il y apprend la peinture, la sculpture, la décoration.

Sa vie peut schématiquement se diviser en 4 périodes :

- sa jeunesse qu'il passe à Florence
- le temps qu'il vit à Milan, à la cour de Ludovic le More
- les 12 ou 13 ans qu'il revient passer en Toscane ou en voyages
- sa vieillesse et sa mort à la cour de François 1^{er}, en France.

« *Tout ce que l'on disait de sa beauté, écrit Vasari, n'était pas exagéré ; chacun de ses mouvements était la grâce même ; le charme de sa conversation lui gagnait tous les coeurs* ». Mais « *cette rare beauté, comme dit Stendhal, et ces manières pleines de charme* » qui séduisaient jusqu'aux plus grands, comme Laurent de Médicis à Florence, Ludovic Sforza dit le More à Milan, François I^{er} à Amboise, cachent une grande ambivalence.

⁽¹⁾ Centre Hospitalier le Mas Careiron, chemin du paradis, 30701 UZES Cedex, Tél 04.66.62.69.40



Léonard de Vinci est secret, et bien qu'il ait pris d'innombrables notes, celles-ci n'étaient destinées qu'à lui-même : il était gaucher et écrivait habituellement en miroir, de droite à gauche, avec une écriture inversée qu'on ne pouvait déchiffrer sans s'aider d'un miroir. Il était entouré d'élèves, mais en même temps il écrivait : *« si tu es seul, tu t'appartiens totalement ; si tu es en compagnie, fût-ce d'un seul compagnon, tu t'enfonces encore davantage dans cet état »*. Cette indépendance frise la misanthropie quand il écrit : *« il me paraît que les hommes grossiers, de moeurs viles et de peu d'esprit, ne méritent pas un organisme aussi subtil que ceux qui sont doués d'idées et d'une grande intelligence, mais méritent un simple sac où leur nourriture entrerait et d'où elle ressortirait »*.

Végétarien convaincu, il interdit qu'on fasse du mal aux animaux et aux plantes. Mais en même temps il se délecte du spectacle d'une araignée suçante sa proie ; il est capable d'inventer les armes les plus meurtrières et de les représenter comme des oeuvres d'art ; à Florence, sur la place publique, il assiste un jour à une pendaison : il voit le corps, il le dessine et il note sur son feuillet : *« petite toque mordorée, pourpoint de satin noir, justaucorps doublé de noir, manteau bleu doublé de velours rayé noir et blanc »*. Il est l'ami de Machiavel ; il entre de plein gré au service de César Borgia, dont on connaît la fourberie et la cruauté.

C'est un chercheur infatigable, capable aussi comme un enfant, de facéties étonnantes : il obtient à partir de matières inodores, des odeurs nauséabondes qu'il laisse échapper volontairement en société, mettant tout le monde en fuite. Il gonfle par des soufflets cachés dans une pièce attenante, des boyaux de boeuf séchés qui remplissent peu à peu toute la pièce, et obligent ses invités réunis à se réfugier dans les coins ; il met au point un mécanisme par lequel le fond d'un lit s'élève tout à coup au milieu de la nuit et terrorise le dormeur ; sur le dos d'un gros lézard, il fixe des ailes, il lui ajoute des cornes, une barbe ; il conserve ce lézard dans une boîte qu'il ouvre pour effrayer les amis auxquels il le montre. Ou encore, se promenant au marché aux oiseaux, il les sort de leur cage, paye le prix demandé et les laisse s'envoler.

Encore apprenti et vivant dans la maison de son maître Verrochio, il est, avec d'autres jeunes gens, dénoncé, anonymement, pour des pratiques homosexuelles sur un modèle de 17 ans alors qu'il en a 24. Il n'est cependant pas condamné. Peu importe en fait qu'il ait été ou non homosexuel ; ce qui est certain c'est que, maître, il s'entoure de beaux garçons et de beaux jeunes gens qu'il prend comme élèves. Le dernier de ceux-ci,

Francesco Melzi, l'accompagne en France, reste près de lui jusqu'à sa mort, et, devenu son héritier par la volonté de Léonard, il passe le reste de sa vie à s'occuper de son oeuvre. Ce qui est sans doute plus intéressant, est de relever quelques unes des observations que Léonard fait lui-même sur la sexualité ; il dit : *« l'acte de procréation et tout ce qui s'y rattache, est si répugnant que l'humanité s'éteindrait bientôt s'il ne s'agissait là d'une coutume traditionnelle.. »* ou bien : *« celui qui ne sait contenir ses désirs de luxure se place au niveau des bêtes »* ou encore, dans ses carnets, on peut lire, *« della verga »,* que je n'aurai pas l'impudeur de traduire, mais il s'agit bien de la verge : *« parfois elle possède une intelligence en propre ; en dépit de la volonté qui désire la stimuler, elle s'obstine et agit à sa guise, se mouvant parfois sans l'autorisation de l'homme ou même à son insu... elle ne suit que son impulsion ; souvent l'homme dort et elle veille et il arrive que l'homme est éveillé et elle dort ; maintes fois l'homme veut se servir d'elle qui s'y refuse ; maintes fois elle le voudrait et l'homme le lui interdit ».*

Dans son oeuvre peinte, Léonard a réalisé des madones au sourire angélique ; sa curiosité scientifique, pourtant très éclectique, s'est bornée dans le domaine érotique, entre guillemets, à quelques dessins anatomiques : les organes génitaux internes de la femme, la position du fœtus dans le corps de la mère ; ou une représentation de l'acte sexuel en coupe anatomique sagittale, et encore, en position debout, où le corps de l'homme est dessiné en entier, celui de la femme en partie seulement ; ce dessin est conservé...au chateau de Windsor.

Mais venons-en maintenant à la personnalité plus profonde de cet artiste. Il ne se laisse pas aller au sentiment ; il dit : *« on n'a pas le droit d'aimer ou de haïr quelque chose, si on ne s'est pas acquis une connaissance profonde de l'être de cette chose ».* Et Freud commente : *« les passions orageuses, qui par nature exaltent et consomment, dans lesquelles d'autres ont vécu le meilleur de leur vie, ne semblent pas l'avoir atteint ».* Léonard poursuit : *« il n'y a pas de certitude là où on ne peut appliquer aucune des sciences mathématiques ni aucune des sciences qui ont les mathématiques pour base »* et effectivement il ne croit à rien ; il vérifie par lui-même ce que d'autres ont trouvé et démontré ; il donne 5 ou 6 preuves relatives au même fait. Et R. Wallace pose la question que l'on se pose tout au long de la lecture de la biographie de Léonard de Vinci : *« avec un champ d'études aussi vaste, pourquoi n'a-t-il pas sa place parmi les génies scientifiques de tous les temps ? »* et Wallace répond : *« Léonard passait toujours à un nouveau sujet avant de franchir l'étape décisive qui eût fait de son projet une réalité concrète et capable de fonctionner ».* Et en effet, il interdisait aussi bien l'examen que la mise en essai et l'application de ses inventions.

Au niveau de sa peinture aussi, on constate que même s'il est très célèbre, il n'a peint en 67 ans qu'une douzaine de tableaux ; il était extrêmement perfectionniste et il mettait plusieurs années pour estimer achevée une oeuvre ; si bien que ses commanditaires se lassaient et passaient la commande à d'autres. Ainsi pour la Cène (1495 - 1497) qu'il a peinte pour le réfectoire de Sainte-Marie-des-Grâces à Milan, il n'a pas pu se résigner à la peinture à fresque qui nécessite un travail rapide tant que l'enduit est encore humide ; il a choisi des couleurs à l'huile dont la dessiccation lui permettait des retouches ; mais ces couleurs se sont détachées de l'enduit sur lequel elles étaient posées et ont conduit à la détérioration de l'oeuvre. A son tableau Sainte Anne, la Vierge et l'Enfant (1500 - 1510), il travaille plus d'une dizaine d'années, le dernier état de l'oeuvre étant une peinture inachevée. Pour la Joconde, il travaille pendant 4 ans, sans pouvoir terminer le tableau, ce qui confirmerait le fait que celui-ci n'a pas été livré à celui qui l'a commandé ; Léonard l'a emporté en France et c'est François I qui l'a acheté.

Tout ceci nous amène à admettre que **Léonard de Vinci est plus animé par la passion de l'investigation que par la volonté d'aboutir** ; en ce sens il est resté très proche d'un autre inlassable questionneur : l'enfant. Et Freud dit : *« de l'avidité de savoir des petits enfants, témoigne leur infatigable plaisir de questionner... l'enfant ne veut par ses questions que remplacer la seule question que pourtant il ne pose pas et qui est celle de savoir d'où viennent les enfants »*. Cette question est en fait celle des origines. Et donc toute la curiosité viendrait, pour Freud, de ce qu'il appelle, la pulsion d'investigation sexuelle infantile. Celle-ci est au bout de quelques années, en général vers 6 ans, livrée au refoulement sexuel. Mais que devient-elle ? Pour Freud, cette pulsion d'investigation, qu'il appelle aussi avidité de savoir, a trois devenir possibles :

- ou cette avidité de savoir est inhibée, comme la sexualité
- ou cette avidité de savoir est sexualisée : comme la sexualité, elle donne du plaisir, et comme la sexualité à laquelle elle se substitue souvent, elle est quête sans fin.
- troisième devenir possible : cette pulsion d'investigation sexuelle peut être sublimée : *« la pulsion sexuelle est en état d'échanger son but immédiat », qui est la satisfaction, « contre d'autres (buts), non sexuels, éventuellement placés plus haut sur l'échelle des valeurs »*. Et Freud ajoute : *« l'observation de la vie quotidienne des hommes nous montre que la plupart d'entre eux réussissent à détourner des parties très considérables de leurs forces pulsionnelles sexuelles vers leur activité professionnelle »*.

Freud penche, mais avec beaucoup de prudence, compte tenu de la pauvreté des éléments biographiques en notre possession, pour la troisième hypothèse concernant Léonard de Vinci, c'est-à-dire vers celle de la sublimation. Il ajoute une hypothèse supplémentaire concernant l'avidité de savoir qui caractérise Léonard de Vinci : *« l'enfant qui trouvait dans sa jeune vie un problème de plus que d'autres enfants, commencé à réfléchir sur ces énigmes avec une passion particulière et ainsi devint précocement un chercheur que tourmentaient les grandes questions de savoir d'où viennent les enfants et ce que le père a à voir avec leur naissance »*. Mais ce n'est là sûrement qu'un des éléments d'explication.

Et on peut conclure, en disant, comme d'autres, que Léonard de Vinci reste pour une part, une énigme. C'est aussi d'énigmatique qu'a été qualifié le sourire de la Joconde. Et me reviennent à l'esprit ces mots de Malraux : *« on ne connaît jamais un être, mais on cesse parfois de sentir qu'on l'ignore »*.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- FREUD S. : Un souvenir d'enfance de Léonard de Vinci, Folio
 STENDHAL : Histoire de la peinture en Italie. Seuil
 WALLACE R. : Léonard de Vinci et son temps. Time Life.



Michel SILVESTRE

Dépendant de la Société Parisienne d'Aide à la Santé Mentale, le service d'hospitalisation à domicile (H.A.D.) dont il est ici question comprenait un lieu d'accueil, situé rue de Liège, où les malades venaient passer parfois une heure, parfois toute la journée. Pour ceux qui ne pouvaient venir rue de Liège, des visites à domicile étaient prévues, l'équipe d'H.A.D. se partageant entre ces deux activités.

Le texte inédit qui suit a été écrit par le Dr Silvestre en juillet 1972. Il s'agit d'un des nombreux documents de travail qui s'adressaient à des collègues du service d'H.A.D. et qui constituaient peu à peu ce « répertoire des références probables ». Nous le publions dans Psy-Cause avec l'aimable autorisation de Danièle SILVESTRE.

Comme pour toute « technique » de traitement des malades de la tête, idéologiquement définissable comme « Institution », l'hospitalisation dite à domicile n'est pas venue du néant, et ses coordonnées ne peuvent se comprendre comme une résultante, une modalité synthétique spécifique de l'ensemble des hypothèses et théories concernant le traitement des malades mentaux.

On peut schématiquement construire un tétraèdre dont les quatre pôles délimitent le volume à l'intérieur duquel aura à se répartir chacune des modalités thérapeutiques. Quatre pôles : l'asile, la psychanalyse, le secteur psychiatrique, la neuropsychiatrie. Comme on les verra développé plus loin, il n'y a pas possibilité d'augmenter le nombre de ces pôles référents, du moins pas à mon sens : qu'on m'en indique un cinquième ! Suivant l'accent, le « gradient » dont on connote chacun de ces pôles, on obtient différents centres géométriques situant chacune des techniques possibles : ces pôles étant des modèles idéologiques et non leur concrétiation dans la réalité. On pourra s'amuser à y disposer : l'hôpital psychiatrique, le divan, les institutions antipsychiatriques, les traitements médicamenteux, etc, etc.

Pour ici, pesons à la suite les rapports de l'hospitalisation dite à domicile avec chacun des quatre pôles, et ceux qui, plus précisément, se dégagent de notre pratique de deux années.

I - L'asile et l'H.A.D.

1) L'asile, c'est un lieu d'enfermement et il n'est pas question d'en reprendre ici le détail. Insistons sur ceci : que c'est d'un espace qu'il s'agit. Il importe peu que cet espace soit fermé ou non. Un espace, c'est avant tout une limite, un bord, définissant un intérieur et un extérieur⁽¹⁾.

⁽¹⁾ C'est l'asile qui est entouré d'un mur, et non l'hôpital psychiatrique, dont les derniers construits sont sans doute « ouverts ».

2) Il devient tout à fait déterminant que le mur soit ce qui distingue d'abord l'H.A.D. de l'asile et en ait constitué la première démarcation : l'hospitalisation dite à domicile n'est pas un espace concret ; ses limites n'ont pas de représentations réelles.

Le centre n'est pas un lieu privilégié, du fait du décentrement opéré par les visites à domicile, même si celles-ci sont peu nombreuses ; et inversement, le malade n'est pas plus « *interné* » chez lui (hospitalisation n'est pas internement).

S'il n'y a pas d'espace concrètement désigné, il y a tout de même un lieu de traitement ; c'est évidemment un lieu imaginaire, le lieu des relations établies par le malade et l'ensemble de l'institution (soignants et soignés).

A priori, on pourrait penser que tout cela est bien vague et que cet espace est un terrain vague, sorte de *no man's land* intermédiaire entre différents points géographiques (domicile, bureau du médecin marqué par son absence, hôpital psychiatrique, dispensaire, etc.). En réalité, ce serait une erreur de rechercher des repères réels à un espace qui n'est qu'imaginaire. Les repères spatiaux sont des noeuds relationnels dont la position est repérable du fait qu'ils sont connotés d'un signifiant. C'est parce que ces signifiants spatiaux existent qu'il y a *lieu* du traitement (et non l'inverse) : Par exemple « *Rue de Liège* », le domicile du malade, « *Jean-Marie* », mais aussi le centre de S.S., Perray-Vaucluse, etc.

On peut dire que c'est dans la mesure où on laissera se développer pour chaque soigné une série suffisante de signifiants *communs à lui et au groupe dans sa totalité*, que le lieu du traitement s'instaurera. On peut envisager que les difficultés rencontrées dans l'établissement d'une relation « *positive* » avec tel ou tel malade vient de ce qu'une *résistance spécifique* s'établit à la reconnaissance de certains de ces signifiants. Cela explique qu'il peut n'être pas indispensable de traiter *à domicile* tel malade, que cela n'aura aucune importance, si néanmoins son domicile, son logement, est accepté comme signifiant commun aux deux parties (soigné et groupe soignant, voire H.A.D. comprenant soignants et les autres soignés).

Ainsi, pour le soignant, il y aura des possibilités de résistance à admettre le soigné dans son registre relationnel par le refus de telles références. Il faut souligner que ces signifiants spatiaux ne sont en rien analogues à ce que l'on trouve ailleurs sous forme d'informations cliniques (sur les symptômes) ou biographiques.

Une relation fructueuse peut très bien s'installer en dehors d'une connaissance biographique (d'où l'utilité des « *consultations d'entrée* » où le malade raconte son histoire devant le groupe soignant réuni). Tout le problème de l'installation de la relation consiste à savoir s'il sera possible d'instaurer un certain nombre (limité et souvent les mêmes pour chaque malade) de signifiants communs, condition de l'avènement et du repérage du lieu de traitement.

Je pourrais même ajouter qu'il me semble que ces signifiants spatiaux fonctionnent sur un mode à la fois métonymique et synchronique.

Synchronique en ce qu'ils reposent sur un état *actuel* de la relation et qu'ils ont sans doute à être constamment révisés dans leurs connexions signifiantes (« *se tenir au courant* ») ; métonymique en ce qu'ils renvoient à un contexte signifiant continu et *présent* dans la relation (disons non-censuré, souvent non-dit, sinon par évocation mais *discible* si nécessaire).

On a donc un premier chaînon : délimitation concrète de l'asile-espace imaginaire de l'H.A.D..

La seconde connotation Asile-H.A.D. dérive de la fonction ségrégative de l'**enfermement** (rappelons que cette fonction est tout à fait primordiale et spécifique de l'asile). Les signifiants spatiaux fonctionnent en effet comme autant de **signes d'appartenance** qui raccrochent les malades à la folie et qui les distinguent de leur voisin de domicile (par exemple).

Fonction d'apparement ou de « *collection* » à laquelle le travail du soignant se heurte dans un double mouvement : de facilitation (le malade est amené plus nettement qu'à l'asile à se reconnaître comme malade et comme demandeur - mais cette demande peut parfois prendre les tours les plus burlesques - ce à quoi doit veiller le groupe soignant) de résistance en ce qu'il comporte le risque de chroniciser et d'asiler la relation (je veux bien être malade, puisque vous le dites, mais laissez-moi le rester ce à quoi, d'ailleurs, on ne voit pas très bien quoi rétorquer!).

Le mot de « *prise en charge* » est en partie en jeu ici, puisque dans les meilleurs cas il pourrait désigner un contrat lié à une demande de soin.

Il joue ailleurs - nous le verrons - dans l'aspect transférentiel de la relation. Mais même dans le mauvais cas, où la passivité est la plus grande (« *je viens vous voir parce que mon médecin m'a dit de venir* »), il est capital que cette prise en charge ne désigne pas un collage frénétique de tous les instants, où le malade nous aurait constamment sur le dos, mais qu'au contraire elle existe (avec ce qu'elle implique pour nous financièrement) avec les relations les plus lâches et les plus espacées, renforçant paradoxalement le lien imaginaire, même s'il tend à introduire une dette que nous contracterions à l'égard du malade « *qui nous permet de vivre* », car au fond, s'il nous verse quelque chose, c'est peut-être parce qu'il nous le devait. Je laisse de côté ici le fait que c'est seulement **grâce** à lui que la S.S. nous paie, et que lui ne nous donne rien.

II) La Psychanalyse et l'H.A.D..

La psychanalyse s'introduit en effet à de multiples niveaux de la pratique de l'H.A.D.. D'abord comme **réduction idéologique** d'une institution (celle de la pratique du divan) ; ensuite comme modèle conceptuel et théorique ; enfin, comme formation individuelle du soignant. Je pose que de ces trois registres se dégagent deux coordonnées de l'H.A.D. : le repérage temporel de la relation et le mode de réponse du soignant au discours du soigné.

Il est difficile de dessiner les contours de ce qu'est ce pôle référentiel ici dénommé, abruptement « *la psychanalyse* ». Je suis tenté de poser qu'il s'agit simplement de la déformation culturelle et idéologique de la théorie freudienne. Par exemple qu'un fou (1er pôle de référence) est un individu « *comme un autre* » mais qui a des « *complexes* », des « *conflits* » ou des « *problèmes* » psychologiques ; la première réduction aboutit à la « *psychologie* ».

Et, en quelque sorte, nous ne serions pas les seuls à machiner n'importe comment, n'importe quoi sous le couvert et la caution apparente autant qu'usurpée du freudisme ; d'ailleurs, nul ne peut prétendre se protéger totalement d'une telle contagion et fonctionner entièrement en dehors du champ culturel de la psychanalyse, même si cela peut provoquer quelques nausées.

Il faut donc faire bonne figure et en tenir compte, plutôt que de faire semblant de se débarrasser du problème en proclamant que l'analyse et la théorie psychanalytique n'ont à être interpellées que dans la situation privilégiée du divan.

C'est là la première difficulté : se souvenir que c'est le discours qui appelle l'écoute, mais que c'est le transfert qui autorise l'interprétation.

Le transfert, c'est aussi ce qui marque le discours comme déroulement dans le temps - par exemple : la répétition, la première scansion temporelle, la réminiscence, la remémoration, la notion de régression enfin... Autrement dit, le transfert permet l'introduction du passé (de la diachronie) dans un discours qui autrement, ne serait que le « maintenant » (soit : simple relation du « vécu de la séance »). Le temps pourrait comme être repéré dans la psychanalyse par la ritualisation qu'il permet d'instaurer (durée, fréquence et horaires des séances).

Ceci pour le repérage de la *pratique technique* de l'analyse. Tout autant fondamentale apparaît l'imprégnation par la théorie psychanalytique du discours qui se tient dans le groupe soignant sur le malade. Encore que rien ici ne permet de dire en quoi cette imprégnation serait différente et surtout aurait des conséquences différentes dans l'H.A.D. par rapport à ce qui se passe dans n'importe quelle autre institution.

C'est pourtant en reprenant la question du temps qu'apparaît la spécificité. Nous avons plus haut délimité l'espace de la relation. Dans cet espace va s'agencer effectivement un certain type de déroulement dans le temps de la relation : fréquence des visites, durée de celles-ci, densité des discours échangés (rappelons que le débit, c'est la quantité rapportée au temps), il va donc s'établir pour chaque cas une sorte de rythme sur lequel se poursuivra la relation ; ritualisation du mode d'échange qui n'instaure dans un premier temps qu'une possibilité de « vivre ensemble » une « relation ». Cette ritualisation peut, bien sûr, n'être que routinisation de la prise en charge, évitant les heurts et déroulant patiemment des méandres de rivières paresseuses, ad vitam, pourrait-on dire.

Mais elle est surtout le fonds nécessaire à ce que puissent se détacher certains moments, *temps forts* d'une relation qu'on pourrait croire somnolente. Mais ces temps forts sont à prendre comme *symptômes*. Il sont sans doute : répétition, actes manqués, lapsus, etc, mais rien ne nous autorise à l'affirmer, à les interpréter comme tels.

Ils ne sont que des accidents ou des incidents de parcours.

On ne peut les interpréter mais on peut quand même s'interroger sur le fait qu'ils apparaissent et surtout *qu'on en soit témoin*.

On est là en droit de penser qu'ils nous sont quelque peu adressés. En effet, je pense que ces incidents, si on ne peut affirmer leur valeur répétitive pour le sujet, ont une fonction qui s'y apparente pour *la relation* entre le sujet et le groupe soignant : cet incident manifeste *au moins une histoire commune*.

Par exemple, tel comportement est noté chez un malade à l'occasion d'un incident précis. Ce comportement entraîne la remarque suivante : il y a six mois, cela ne se serait pas passé comme ça. Autrement dit, ce n'est pas interprétable comme répétition, par exemple d'une scène traumatique de l'enfance du sujet mais c'est *recevable, compréhensible* comme répétition (ou non- répétition, démarquage) d'un état donné de la relation à une époque antérieure.

C'est donc de la possibilité, malgré tout spécifique de l'H.A.D., de faire varier l'agencement temporel des rencontres, que peut s'instaurer pour chaque malade un rythme particulier, condition du repérage évolutif de la relation.

Il y a cependant autre chose dans l'existence des « incidents », c'est que précisément, n'étant pas la trace d'un transfert authentique, ils sont le signe de ce que la relation est double, ils sont l'intersection de *deux* discours, celui du malade et celui tenu par le groupe soignant (ou un soignant en particulier).

En ce sens, il y a une accentuation signifiante particulière. Exemple : L. H. (les temps sont arbitrairement choisis, il y en a sûrement d'autres...)

- 1^{er} temps : La relation se traîne ; on en a tous conscience : premier incident : je l'appelle zigoto ; il insiste qu'il s'appelle L.H., auprès d'André.

- 2^e temps : Il relâche ses visites, pendant lesquelles on tente d'accentuer notre pression, ce qui l'amène à parler un peu plus de lui. Deuxième incident : on profite d'un retard dans son rythme de visite pour aller chez lui ; il n'y est pas mais tous ses voisins ont le même nom. Il revient et invite André à déjeuner.

On trouve dans cet exemple d'une part le déroulement dans le temps avec l'établissement d'un premier rythme, rompu par un incident, qui entraîne un second rythme, entraînant un second incident nettement comparable au premier mais dont la conséquence est l'apparition d'un nouveau *signifiant spatial* commun (le domicile) ; d'autre part que ces rythmes et incidents résultent de la rencontre de deux discours (soignant-soigné), rencontre pointée par une séquence signifiante particulière (nom propre mais aussi propos provocateur du soignant).

Ce qui est important, c'est qu'il ne saurait être question pour le soignant d'être passif, mais qu'il doit parler, et sur le mode habituel de la provocation (et non de l'activisme sur lequel on reviendra à propos du secteur).

Et paradoxalement, cette parole ne peut être interprétative (rien ne fondant ici l'interprétation). Ce qui permet de différencier les deux, c'est précisément le recours à la psychanalyse en ce que, ce qu'un psychanalyste pourrait dire, surtout cela, il ne faut pas le dire. Bien entendu, c'est une caricature mais en gros, cela correspond à la pratique.

En quelque sorte, le soignant doit parler, mais ce qu'il dit repose sur un non-dit qui est simplement repéré comme probablement en rapport avec les « problèmes » du sujet. Mais ce non-dit ne peut que le rester puisqu'il n'y a pas moyen d'en savoir plus (pas de « *réminiscence* »).

L'éventuelle efficacité de la parole du soignant repose sur ce qu'il y a de commun dans la relation et comme rappel du passé de cette relation ; son efficacité repose sans doute sur un fonctionnement de type métaphorique en ce qu'il connote un signifiant absent mais dont nul n'en saura jamais rien (en cela, ce n'est pas une interprétation)... et d'ailleurs, il convient de rappeler que la moitié de l'effectif est quasiment schizophrénique. Cela explique la nécessité de maintenir les propos dans une désolante banalité, voire une frivolité provocatrice. Telle remarque sur la couleur d'une cravate aura plus de chances d'être dans le coup que telle sentence d'inspiration oedipienne.

Il est donc évident que pour ne pas être interprétant, il est souhaitable de savoir ce que serait interpréter, et c'est en cela que le fonctionnement de l'H.A.D. est indissociable du rapport qu'il entretient avec la psychanalyse, lequel rapport est sans doute ce qui doit être le plus constamment élucidé dans le discours interne du groupe soignant.

PSY - CAUSE III

RUBRIQUES

ACTUALITE SCIENTIFIQUE LOCALE

Jean-Paul BOSSUAT
Médecin Chef de Service⁽¹⁾
Secteur Chateaufrenard, Saint Rémy de Provence
(13G27)

Uzès, le 11 Décembre 1997 :
La gérontopsychiatrie, concepts, enjeux et réalisations pratiques ⁽²⁾

Cette journée de formation au Centre Hospitalier « Le Mas Careiron » à Uzès, était animée par le Docteur M.-C. COMMANDEUR, Praticien Hospitalier dans le département de géronto-psychiatrie du Centre Hospitalier de Valvert, ainsi que par deux membres de son équipe, Monsieur P. DE ALCALA, psychologue et Madame NAGY, surveillante d'hôpital de jour.

Le Docteur COMMANDEUR a rappelé l'histoire de ce département, unique en France, et les difficultés que les équipes ont rencontrées depuis sa création. Difficultés liées aux pathologies des patients accueillis mais aussi aux locaux et à la géronto-psychiatrie elle-même, entité en formation, à inventer, à transformer, à faire évoluer.

Le département actuel de géronto-psychiatrie de Valvert associe 1 unité plein temps, 2 hôpitaux de jour, 1 consultation spécifique personnes âgées en C.M.P. et un travail en réseau. Le réseau gérontologique est l'aboutissement d'une réflexion avec les partenaires sociaux et les intervenants auprès de la personne âgée.

Le Docteur COMMANDEUR a ensuite défini plusieurs notions telles que gériatrie, gérontologie, vieillissement psychique. Elle a insisté sur la variabilité des symptômes chez la personne âgée et l'inappropriation de la nosographie adulte psychiatrique. *L'approche globale*, biologique, psychologique et sociale est indispensable pour éviter les pièges diagnostiques et réaliser une prise en charge valable. Les pathologies en géronto-psychiatrie sont soit le vieillissement d'une pathologie psychiatrique adulte, névrotique ou psychotique, soit des pathologies acquises de la personne âgée.

La conception du soin en géronto-psychiatrie associe les notions de respect de la personne, d'empathie, de restauration narcissique. De même, les soins doivent être globaux, avec maintien de l'autonomie et examen de l'adaptation au milieu.

⁽¹⁾ Secteur 27, Centre Hospitalier, 84143 Montfavet Cedex Tél 04.90.03.92.76

⁽²⁾ Compte rendu rédigé par Françoise LANET, Praticien Hospitalier, Secteur 6, Centre Hospitalier Le Mas Careiron, BP 56, 30701 Uzès Cedex, Tél. 04.66.62.69.40

Les axes de soins comprennent : la relation d'aide infirmière, la chimiothérapie, les psychothérapies individuelles ou de groupe, la médiation corporelle.

La conférence de Monsieur P. DE ALCALA, psychologue, a envisagé les modes d'expression des pathologies de la personne âgée qui remettent en question les frontières nosographiques établies.

Nous nous sommes ensuite intéressés, avec lui, à *la mémoire* et sa fonction de souvenir et d'oubli en particulier, à l'oeuvre dans le déni des deuils chez la personne âgée. La *sexualité*, la *perte* et l'*agressivité* de la personne âgée ont fait l'objet d'un examen attentif et de tentatives d'interprétation.



Le troisième volet de la journée était consacré à *l'Hôpital de Jour Agora* (Aubagne), à son fonctionnement et le projet thérapeutique qu'il sous-tend.

Nous avons terminé cette journée par la projection de vidéo- cassettes sur un groupe thérapeutique et une thérapie individuelle à l'Hôpital de Jour d'Aubagne.

En conclusion : La géro-psycho-geriatrie est une discipline déroutante, hors repères. Mais c'est un travail clinique gratifiant car les patients s'améliorent et valorisent les équipes. Le travail effectué avec les familles est source de gratification et riche de réflexion. La géro-psycho-geriatrie est une discipline neuve à créer ainsi que l'outil de soins.

Telles sont les très grandes lignes de cette journée fort riche en enseignement. Si je n'ai relaté que les « têtes de chapitres », c'est pour susciter l'envie chez le lecteur d'en savoir plus, et d'aller rencontrer cette équipe dynamique et surtout dynamisante !



L'Association Culturelle du Centre Hospitalier d'ALES organise depuis maintenant dix ans des rencontres pluri-annuelles (3 à 4 journées par an). Elle invite des personnalités du champ des sciences humaines, de la psychanalyse, de la psychiatrie, à venir rendre compte de leur travail, de leur élaboration théorique, de leur expérience clinique. C'est ainsi que sont venus à ALES, entre autres, René MAJOR, P. FEDIDA, Roger GENTIS, Michel MINARD, P. DELION, Françoise DAVOINE, Ginette MICHAUD, Bernard THIS, Salomon RESNIK, Jean AYME...et bien d'autres encore. Ces journées ont une vocation loco-régionale et rassemblent régulièrement des professionnels du champ médical et médico-social.

L'Association Culturelle avait invité le 16 décembre dernier Marcel SASSOLAS, qui vient de publier aux Editions Erès dans la collection « Des travaux et des jours » un livre intitulé « *La psychose à rebrousse poil* ». Le thème fixé pour la journée était « Psychose et travail des équipes soignantes ». Nous rendons compte ici de son intervention de la matinée, d'après les notes manuscrites que nous avons pu prendre.



Monsieur Marcel SASSOLAS commence par exposer brièvement les différents points qu'il se propose d'aborder, à savoir :

- 1) Soigner un psychotique.
- 2) A travers un exemple clinique, illustrer quelques aspects du dispositif soignant.
- 3) Comment s'est créé ce dispositif?
- 4) Repères pour comprendre comment les soignants peuvent ne pas se perdre dans la navigation avec les psychotiques.
- 5) Que devient le patient quand il sort du dispositif psychiatrique?

Voici donc un condensé des propos de Monsieur Marcel SASSOLAS :

« Qu'est-ce qu'il y a derrière la symptomatologie psychotique? Fondamentalement, une attaque contre la vie psychique. La particularité, c'est de placer le patient hors de sa tête, voire de son corps. Les événements se produisent à l'extérieur. Notre travail, c'est de le réconcilier avec sa vie psychique, le réconcilier avec lui même.

Les symptômes : Le déni, le délire, la projection. On va permettre au patient d'y avoir moins souvent recours.

L'usage des médicaments, c'est d'essayer de réduire les symptômes, mais en aucun cas les médicaments ne devraient éteindre la vie psychique.

⁽¹⁾ Compte rendu rédigé par Thierry FOUQUE, Praticien Hospitalier, Service de Psychiatrie Infanto-Juvénile, Unité Sud, 5 rue du Mas de Barbet 30600 VAUVERT, Tél 04.66.88.36.91 (Service du CHU de Nîmes).

Exemple :

Jean-Marc est client des institutions psychiatriques depuis plus de 10 ans. Il est délirant, il a sa mère à l'intérieur de lui. Il est dans un des hôpitaux de LYON. Il a fait diverses tentatives de vie à l'extérieur mais cela n'a duré que quelques mois. Il rechute régulièrement. Jean Marc vit dans une communauté thérapeutique depuis deux ans, en dehors de l'hôpital donc.

Au CMP : Il y a Jean Marc, trois personnes de la communauté dont Marcel SASSOLAS, le médecin et l'assistante sociale de l'Hôpital. Réunion tous les deux mois.

Jean Marc est très délirant, agité. Il profère des injures envers une des étudiantes en psycho en stage dans la communauté. Il l'accuse de coucher avec un autre résident. Il parle très fort et il est peu accessible. Ce jour là, il se plaint de la stagiaire. Il est véhément.

Nous avons des données de la réalité. Un nouveau patient vient d'arriver il y a peu ; il vient du même hôpital que Jean Marc. Ce patient est très investi par la même assistante sociale qui est extrêmement investie par Jean Marc. On peut faire alors un rapprochement. Ce n'est pas la stagiaire qui le met en colère, mais c'est l'assistante sociale. Il dit qu'il n'est pas une marchandise et qu'ici on le traite comme une marchandise.

Sa mère était nourrice et accueillait des enfants. Elle s'intéressait beaucoup plus aux bébés qu'aux enfants plus âgés, et donc à Jean Marc. On fait donc aussi le lien avec cet élément de l'histoire.

Peu à peu le ton s'est radouci. On a pu parler de sa colère contre l'assistante sociale, parler de sa mère avec les bébés. C'est la première qu'on pouvait nouer un dialogue avec lui. Le délire a par la suite décréu.



Ce que j'appelle soigner, c'est faire des liens entre la réalité psychique et la réalité extérieure. Le traitement des patients psychotiques, ce n'est qu'une succession de petits pas.

Les structures extra-hospitalières supportent beaucoup mieux les symptômes psychotiques, c'est étonnant. Nous sommes dans la nécessité de trouver d'autres réponses aux symptômes qu'à l'hôpital où c'est assez facile (médicaments...).

Ce double intérêt pour réalité psychique et réalité matérielle est essentiel pour le soin aux psychotiques. Si on a seulement des infos sur la vie psychique (c'est le problème du psychothérapeute), on risque d'être longtemps bloqués. Si on ne s'intéresse qu'à la réalité extérieure, on ne va pas très loin.

Etant les trois personnes concernées de la communauté thérapeutique, nous avons fait cette intervention et pourtant nous ne sommes pas les soignants de ce patient. Les soignants, ce sont les gens de l'hôpital. *Nous ne sommes pas des soignants*, mais nous avons des *fonctions soignantes*. Il s'agit d'être attentif à ça. Trop souvent nous confondons place dans le dispositif soignant et fonction soignante.

Comment est né ce dispositif :

Ce dispositif s'est constitué au fil des années, ça fait 30 ans. Au mois de mars prochain, on fêtera les 30 ans de l'Association. A cette époque, les patients psychotiques trouvaient du travail. Au départ, consultation de 18 heures à 20 heures pour permettre aux patients de venir.

Mais dans le bureau, il ne se passait pas grand chose. Je me suis aperçu par contre que dans la salle d'attente ça avait l'air vivant. Et puis comme beaucoup revenaient régulièrement, il s'est constitué un petit noyau et finalement j'ai proposé qu'on se voit là. C'est ainsi que s'est constitué le groupe du lundi. Ensuite l'assistante sociale est venue, puis une secrétaire.

J'étais allé voir M. BALVET, et ce qui l'avait beaucoup intéressé c'est que les patients allaient d'une pièce à l'autre.

Le groupe du lundi, voilà qu'il se créait une certaine dynamique. On venait quand on voulait entre 18 et 20 heures. Le patient avait le droit d'apparaître avec toutes les dimensions de sa personnalité. Le déni de la pathologie est souvent associé chez les patients au déni des capacités. Ici ils pouvaient apparaître avec leur pathologie et leurs compétences.

Un des patients du groupe a fait un accès délirant. Accueilli dans un foyer, il n'a plus été admis et il a passé des mois à l'Hôpital en attente d'une solution. Quelqu'un a proposé qu'il y ait une maison susceptible de répondre à ce type de situation. On a finalement décidé de soutenir ce projet ; on a accepté de jouer le jeu avec eux. Pendant deux ans, les patients et nous, on a caressé le projet d'acquiescer cette maison.

En 1970, on a enfin loué une maison, un magasin de chaussures avec un appartement et un petit jardin avec un atelier et un cerisier. Ça s'est appelé le Foyer du Cerisier. On a commencé par faire les travaux mais ça a duré car on n'avait pas d'argent. Trois chambres où des patients pouvaient venir résider. Un des patients a commencé à jardiner, à élever des poules et c'est lui qui a finalement proposé des repas.

Le projet était à la fois aux mains des patients et de nous. Les trois patients qui avaient leur chambre ne voulaient plus s'intéresser au projet, se retiraient chez eux et ne voulaient plus être dérangés. Cela a été une période un peu difficile avec beaucoup de conflits et de colère.

Un film a été tourné à cette époque - cinémathèque SANDOZ : le Foyer de la Colère. On s'est aperçu que nous avions vécu avec un postulat que les patients étaient capables de gérer leur vie quotidienne et personnelle sans nous. La réalité nous a montré que ce dispositif n'était pas adapté.

Devant les difficultés rencontrées, il a été décidé de fermer la maison pendant six mois. Le groupe a cependant continué à se réunir régulièrement. A cette époque, il s'est constitué beaucoup de structures un peu similaires, mais qui se sont souvent cassées la gueule.

Réflexion autour de la lecture de RACAMIER, des antipsychiatres anglais et puis aussi de Bruno BETHELHEIM.

Nous avons compris que nous avons été contaminés par l'omnipotence de la psychose. Il existe une séduction narcissique des psychotiques qui stimule notre désir d'être avec eux, de les aider. Ils nous donnent le sentiment qu'ils ont besoin de nous

pour vivre. Ces types de structure sont investis de façon très narcissique, mais ils sont aussi investis de façon un peu folle. Centre de crise, appartement thérapeutique, centre de jour sont groupés dans un même lieu, ce qui permet de reconstituer une bulle narcissique néfaste aux soins ; c'est là qu'on pérennise la chronicité. C'est en nous rendant compte de ce piège narcissique que nous avons pu avancer.

Séparation de lieux : Mais il fallait aussi accepter pour les équipes de se séparer.

On a séparé des lieux, avec des interlocuteurs spécifiques. Notre idée, c'était alors qu'il y ait des gens qui ne soient pas des soignants, mais qui se montrent des voisins bienveillants.

Solution en Angleterre : ils louent des studios à des étudiants qui jouaient ce rôle de bons voisins. Nous avons importé cette idée.

Il y a, depuis, toujours des étudiants. Deux studios loués. Ils sont là pour 6 mois, donc il y a la séparation à la fin. Et en plus, étudiants, ils sont dans une situation ambiguë. Ils ne sont pas soignants, mais on fait volontiers appel à eux.

Centre de crise : Pour pouvoir être attentif à ce qui se passe pour les patients, il faut privilégier le petit groupe qui ne dépasse pas 12 personnes. La réalité quotidienne est un élément essentiel de la discussion avec les parents.

Ensuite, nous avons créé *une pension de famille* pour les patients incapables de s'occuper suffisamment d'eux. Dans cette structure, il y a donc en permanence deux éducateurs.

Dans ce dispositif, je vous ai surtout parlé des réalités (maison, personnel).

La *communication agie* a autant d'importance que la *communication verbale*. Nécessité donc de petits groupes pour être attentifs à ce qui se passe (celui qui ne veut jamais faire les courses, qui prend les desserts...). Il importe que nous aussi nous servions de cette communication agie : notion d'*acte parlant*.

Cas d'une patiente qui a toujours un couteau dans son sac. BALVET rencontre cette patiente. Cette femme s'assied avec son grand cabas sur les genoux. BALVET parle de la nécessité d'avoir des objets personnels quand on est dans un lieu étranger. Et votre grand sac, vous pouvez nous montrer ce qu'il contient... Elle sort alors son couteau. BALVET lui dit qu'il est à elle. Il lui raconte que lui aussi, il a toujours besoin d'avoir un stylo pour se sentir rassuré. Lui propose alors un troc. Elle le stylo, lui le couteau. Il crée la confiance et matérialise l'alliance thérapeutique.

Le fonctionnement d'une institution est constitué d'une multitude d'actes. Plus une institution est grande, plus il est difficile de percevoir les actes significatifs.

L'importance des messages agis. Pour les percevoir, il est souvent important qu'il y ait des nouveaux, des visiteurs de l'extérieur.

Quels détails de la vie quotidienne?

Quel est le statut du patient ? Il y a des patients qui viennent en ayant le statut d'hospitalisé, et d'autres non.

L'identité des intervenants : Les gens avec qui les patients sont en lien, c'est essentiellement des psychologues et des stagiaires psychologues. Dans d'autres appartements, des infirmières viennent directement s'occuper de la vie quotidienne.

La fonction hôtelière : Qui s'occupe de la vie quotidienne de la maison? Selon le lieu, c'est les patients qui gèrent seuls le quotidien. Nous n'intervenons pas alors directement, mais nous devons dire, remarquer ce qui s'y passe. Dans la pension de

famille, les repas sont préparés par les infirmières. C'est elles qui assurent la fonction maternelle.

Les clés - qui a les clés?

- Communauté thérapeutique : si on dit au patient qu'il est chez lui, c'est lui qui doit avoir la clé. Nous ne devons pas l'avoir. Une quand même, pour la sécurité uniquement.
- Dans d'autres lieux, c'est les soignants qui ont les clés.

Ces petits détails n'ont l'air de rien, mais transmettent beaucoup de messages.

On a besoin dans le soin des psychotiques, de structures différenciées .»

Ainsi se concluait l'intervention de Marcel SASSOLAS pour la matinée. L'après-midi fut consacré à un débat fort intéressant entre l'intervenant et le public, mais que nous n'avons pas retranscrit. Pour tout renseignement sur les journées organisées par l'Association Culturelle, s'adresser au C.M.P. 2 rue du Docteur Serres 30100 ALES - Tél 04.66.52.17.17 (Monsieur Patrick FAUGERAS, Madame Martine GALLOIS).



il Lit un ATLAS

Aix en Provence, le 12 Janvier 1998 : Les états limites chez l'enfant⁽¹⁾

avec le Professeur MISES, le Docteur ROUSSELOT le Professeur GUTTON,
le Docteur MICHEL et Myriam BOUBLI

Le matin a été consacré à la présentation de l'étude de cas par Myriam BOUBLI psychologue travaillant sur le CAMSP de la ROSE, suivi d'une discussion.

Thomas 4 ans 1/2 est né par césarienne (siège) légèrement prématuré, 5 jours après le décès de sa grand-mère maternelle (euthanasie avec l'accord de sa mère ; vécu avec culpabilité) ; Thomas le 2^{ème} garçon de la fratrie. Il est adressé par l'orthophoniste qui a commencé à le prendre en charge pour des troubles de l'acquisition de la parole, en vain. Il présente plusieurs symptômes : mérycisme, est maladroit, se met en danger, masturbation fréquente en se roulant sur le sol, mouvements stéréotypés répétitifs auto-calmands. Cette association de troubles névrotiques et psychotiques peut évoquer un état limite. Une psychothérapie est mise en place à raison de une fois par semaine. Bien que Thomas mette en défaut sa capacité d'échange, il reste en permanence en lien avec le thérapeute. Le contre-transfert difficile est mis en évidence chez cet enfant présentant cet état limite. Madame BOUBLI a souligné la problématique de la perte d'objet et l'hétérogénéité du fonctionnement mental de cet enfant.

Lors de la discussion, le Professeur MISES s'est étonné qu'il n'y ait pas eu de prise en charge pluridisciplinaire, de lien interdisciplinaire avec l'école. Il a insisté sur l'importance d'une prise en charge pluridisciplinaire dans les états limites avec liaison et communication entre les différents intervenants, aussi pour éviter l'échappement de la prise en charge.

Le secret a été évoqué par le Professeur MISES. Dans le cadre des états limites de l'enfance, il y a intérêt d'un travail préalable à la psychothérapie afin que tous (les parents, éducateurs, enseignants et thérapeutes) puissent communiquer. A ce moment de la prise en charge, il n'y a pas de secret. Ensuite quand la psychothérapie se met en place, le secret est là entre le jeune patient et le psychologue. En psychiatrie c'est une dimension différente, à part. Le Professeur MISES a posé la question de la réversibilité des troubles et a notifié l'importance de la réassurance de la réalité, de la différenciation du monde réel et du monde imaginaire.

Thomas a été suivi 2 ans en psychothérapie. Lors de ses derniers entretiens, il a fait un dessin de plusieurs petits ronds dans un grand rond que l'on peut interpréter comme une défense obsessionnelle ; l'analité peut-être un pont entre la génitalité et l'archaïsme. Par ailleurs, il est maintenant un petit garçon gai et joueur, supporte la frustration, demande de l'aide.

L'après-midi a été consacré à une discussion entre les différents intervenants sur le concept d'état limite chez l'enfant. Quelques éléments spécifiques pour le définir :

- La souffrance dépressive, un ralentissement des activités psychomotrices, ou des conduites agressives pour tenter de maîtriser les aspects douloureux.

- Une défaillance de l'investissement narcissique correspondant à une blessure narcissique, il y a manque de sécurité interne ; la représentation narcissique est insatisfaisante peu tolérable, il y a baisse de l'estime de soi : « A défaut d'être aimé, il ne

⁽¹⁾ Compte rendu rédigé par Florence LAURE, Médecin Assistant au Centre Hospitalier Montperrin, 13617 Aix en Provence Cédex 1, Tél 04.42.16.16.62

peut s'aimer » ; il y a atteinte de l'identité avec tentative de déni et renforcement des comportements de toute puissance qui se traduit par un refus de se soumettre à la réalité. Ces jeunes patients exigent tout, tout de suite, ont des buts inatteignables, entraînant échecs et nouvelle blessure narcissique. Il y a alors émergence de sentiment d'injustice et de préjudice. - L'hétérogénéité des défenses ne permettant pas la relation triangulaire, il y a défaut d'articulation : si le lien avec l'objet primaire est maintenu, la représentation de la mère se fait par l'absence. Pour l'enfant, il y a dépossession et sentiment d'impuissance.

- L'interrogatoire initial de la famille est important pour essayer de trouver une rupture du lien qui est très fréquente dans les états limites et qui est rarement explicitée spontanément : dissociation familiale, hospitalisation, changements, rupture affective. À rechercher également l'absence d'objet transitionnel ; l'enfant ne peut jouer seul. Contrairement aux enfants psychotiques, la mère est représentée comme objet total, il existe une représentation du soi, bien qu'elle soit altérée.

L'évolution des états limites a été évoquée ; elle prend des aspects multiples : problème scolaire grave, retard des acquisitions, dysharmonie, hyperactivité. Des processus de débilisation ou de troubles de personnalité sont possibles. Une évolution favorable avec disparition des troubles est possible comme on a pu le voir dans le cas de Thomas.

Marseille, le 14 Janvier 1998 : Les enjeux et l'avenir de la psychiatrie en France ⁽¹⁾

Le 14 Janvier à Marseille, le Docteur Gérard MASSE, à l'invitation du Professeur GIUDICELLI, a fait un exposé sur « les enjeux et l'avenir de la Psychiatrie en France ». Ample sujet que Gérard MASSE auteur du « rapport de la Mission » en 1992, est certainement le mieux placé pour traiter. « *La Psychiatrie a t'elle un avenir ?* », ouvrait le volumineux rapport d'il y a 5 ans, une réponse semble donc se dessiner.

Dans un exposé de 3/4 d'heure, au style ample et provocant, Gérard MASSE a décrit : « *Le vierge, le vivace et le bel aujourd'hui* » plutôt que la psychiatrie de demain.

Reprenant les constats précédemment dressés sur l'évolution des pratiques, la diminution des hospitalisations et des internements, la généralisation de l'extra-hospitalier, la mise en place d'alternatives, il a souligné l'évolution perceptible depuis son enquête et son rapport, considérant certains problèmes résolus. Ainsi peut-il dire que « *Centres de Crises* » et « *Psychiatrie de Liaison* » sont désormais pratique courante et ne rencontrent plus d'objection réelle. Toutefois les plateaux techniques de la circulaire de 1990 sont loin d'équiper tous les secteurs, et les disparités de moyens demeurent énormes (de 1 à 17) d'un service à l'autre. Reprenant les modèles qu'il avait développés, des « *institutions repliées* », « *semi-repliées* » et « *ouvertes* » avec les exemples institutionnels de PERRAY VAUCLUSE et d'EDOUARD TOULOUSE, il faisait apparaître les limites de la politique de secteur ébauchée en 1960 et menée activement depuis 20 ans, en soulignant qu'elle pouvait faire obstacle au dynamisme expansif des équipes pluri-disciplinaires actuelles.

« *L'intersectorialité* » apparaît ainsi comme une mise en commun des compétences riche de promesses, l'hôpital général demeurant le moyen privilégié d'ouverture sur un public plus large que celui du C.H.S..

⁽¹⁾ Compte rendu rédigé par Dominique GODARD, Praticien Hospitalier, CHG, Chemin des Rayettes, BP 248 13500 Martigues, Tél 04 42 43 22 22

Cet avenir pouvant s'envisager à moyen terme, si les conditions nécessaires de formation des médecins et des soignants, ainsi qu'une plus grande disponibilité géographique palliant à la désertification des zones difficiles, sont réalisées.

Enfin, il soulignait les réels points forts et avantages de la désaliénation à la française avec des équipes de qualité, des réseaux de soins efficaces et une politique de santé mentale qui tient son cap et maintient malgré tout sa cohérence.

Cet optimisme n'a pas convaincu les auditeurs, qui ont fait part de leurs préoccupations concrètes. Tout d'abord la crainte d'une déqualification des personnels et d'une instrumentalisation des équipes psychiatriques s'est exprimée.

Mais l'objection fondamentale à l'évolution proposée est le risque perceptible d'une dérive du sanitaire vers un social aménagé et un transfert de financement, le médico-social relevant des budgets des conseils généraux.

C'est sur ce constat un peu pessimiste d'une austérité prévisible que se terminait le débat et « l'avenir de la psychiatrie en FRANCE », restera probablement encore quelques temps l'occasion de partager les « mots de la tribu ».

Avignon, le 23 Janvier 1998 : femmes violentées

C'est à l'université d'Avignon, que Monsieur le Préfet de Vaucluse, Jean-Pierre LACAVE, introduit cette journée de travail sur les violences faites aux femmes, devant une assemblée nombreuse et presque exclusivement féminine, hormis deux rangées de gendarmes en uniforme : « *Ma volonté personnelle est de participer à la lutte contre la violence exercée contre les femmes. J'en fais l'une de mes priorités, conformément à ce que j'ai clairement annoncé lors de mon arrivée dans ce département* ».

Catherine MORBOIS, déléguée régionale aux droits des femmes d'Ile de France depuis 1990, fut rapporteur de la commission « violences à l'encontre des femmes » dans le cadre des travaux préparatoires à la conférence mondiale des femmes à Pékin et a fait partie, à la conférence en 1995, de la délégation officielle de l'Etat français. Elle a initié une méthodologie de travail pour les commissions départementales de lutte contre les violences faites aux femmes, placées sous la présidence des Préfets de département. Elle fut en outre, de 1981 à 1984, chargée de mission aux droits des femmes dans le département de Vaucluse où elle a été co-fondatrice de l'association « **Vaucluse Information Femmes - Centre d'Information sur le Droit des Femmes** » (VIF - CIDF) dont elle est encore membre. Elle est par ailleurs Présidente de l'association nationale des déléguées régionales aux droits des femmes. C'est donc à tous ces titres qu'elle est la première conférencière de la journée.

Elle expose les points principaux du rapport présenté à la quatrième conférence des femmes organisée à Pékin dans le cadre de l'ONU. La violence faite aux femmes est le troisième problème majeur dans la condition féminine, et est liée à un dénominateur commun : « **la domination sexiste** ». 28 276 viols ont été recensés en 1995 en France, 3 homicides de femmes chaque quinzaine. 13 000 femmes ont été mutilées sexuellement en Ile de France, cette année là.

La prévention passe par une remise en cause de la répartition des pouvoirs entre hommes et femmes. Celle-ci commence par un travail sur les vecteurs de transmission du sexisme : « *L'Etat donnera l'exemple en utilisant systématiquement la féminisation des titres et fonctions lorsqu'elles sont assumées par une femme. Il faut agir sur les représentations de la sexualité : la sexualité masculine est représentée comme un droit et une nécessité ; inversement la sexualité féminine est représentée comme l'acceptation de*

l'autre sans reconnaissance du désir personnel de la femme et de son propre droit. La femme-objet, séductrice, la tentatrice, la femme-enfant, la poupée fardée sont autant d'images qui renforcent les représentations de la femme comme objet de possession, d'acquisition, de marchandage ou de troc. Il est urgent de mener des travaux autour de la publicité et de la pornographie et de les diffuser ».

L'Etat met en place une politique pour prévenir et éliminer ces violences à l'encontre des femmes. Les commissions départementales d'action contre les violences faites aux femmes en sont un outil. Catherine MORBOIS émet des réserves vis à vis de Freud et d'une approche uniquement psychopathologique : « *Il faut que notre société soit persuadée qu'il existe une domination sexiste de l'homme sur la femme, à laquelle il est indispensable de remédier* ». En réponse à une question sur sa position vis à vis de Freud, elle précise : « *Il ne s'agit pas de jeter Freud par dessus bord, mais de prendre de la distance vis à vis d'une analyse des violences comme résultat d'un dysfonctionnement interpsychique. Plus importante est l'analyse des rapports intersociaux de sexes. C'est cette prévalence qu'a reconnue l'Etat français* ».



Revaz NICOLADZE est un pédiatre - ethnopsychiatre, formateur des personnels soignants à Paris et à Montpellier, animateur de groupes de parole d'enseignants et d'élèves à l'Education Nationale pour l'Académie de Montpellier. Il a été désigné Administrateur de la commission régionale pour l'insertion des populations immigrées de Languedoc-Roussillon.

Revaz NICOLADZE brosse dans un premier temps un rappel historique. Au XIII^{ème} siècle, l'homme avait le droit de battre sa femme à condition que la mort ne s'ensuive pas. En 1791, une femme fut l'auteur d'une déclaration des droits de la femme : elle fut guillotinée. La France est l'un des derniers pays démocratiques à accorder le droit de vote aux femmes. Le MLF dans les années 1970, proclamait : *« Femmes, chassez le phallus de votre tête, pour retrouver votre féminité refoulée »*.

Les violences faites aux femmes, portent atteinte à leur intégrité physique et psychique, mais aussi à leur identité. Aristote disait que la femme est faible et subit la nature alors que l'homme la maîtrise. La violence n'est jamais gratuite, elle correspond à une volonté de soumission par l'homme violent. Les blessures psychologiques sont plus indélébiles que les points de suture que nous sommes amenés à faire dans les services hospitaliers.

Dans les familles immigrées, cette domination est particulièrement choquante comme c'est le cas de ces femmes enfermées à clé toute la journée avec leurs enfants. Mais il existe d'autres types d'enfermement, par exemple via la dépendance économique lorsque l'homme gère les chèques, l'argent. C'est une violence qui marque car elle est une négation de l'être et du sujet que l'on a devant soi.

Revaz NICOLADZE évoque *la peur de la femme* devant le comportement de l'homme violent, qui est imprévisible : elle ne sait pas quand ça va tomber et pourquoi. Elle ressent aussi de la *culpabilité* d'avoir été séduite par un homme violent, d'avoir été violée même si le viol était consentant. Elle a *honte* : *« Tais toi, les voisins vont t'entendre »*. On cache cette violence aux voisins, aux parents et aux amis. Cela retarde la prise en charge.



Dans les violences familiales, la culpabilité d'être complice de violence à enfant, est atroce. Les enfants, d'ailleurs, sont un des seuils qui font que l'acceptabilité va changer. Combien de viols subis par les épouses de la part de leur mari, ne sont ils pas des rapports légaux forcés. *« J'ai le souvenir d'avoir été reçu dans une famille bourgeoise, d'un niveau socio-culturel élevé, au Maghreb, à l'occasion d'un mariage. Il était affiché en grandes lettres dans la salle du banquet : « Bats ta femme tous les soirs, si toi tu ne sais pas pourquoi, elle, elle le sait ». Et il s'agissait de personnes parmi les plus évoluées de cette société »*. Revaz NICOLADZE cite enfin le cas constaté lors de la récréation, d'un garçon de 5 ans qui propose à trois filles : venez, on va jouer au viol...

Le proviseur du lycée de Vedène prend la parole pour donner un point de vue masculin : *« Avant que les hommes peu nombreux ici, ne soient tous cloués au pilori, je voudrais apporter un témoignage, à savoir que des femmes sont à l'origine de violences physiques et sexuelles sur des enfants »*.

Le débat porte aussi sur les insuffisances des forces de l'ordre alléguées par « SOS femmes » en particulier au niveau du recueil des preuves lors de flagrants délits de violence au domicile. La discussion porte sur un point de droit : il faudrait qu'il y ait une incapacité de travail constatée médicalement pour qu'il y ait délit. Le président du Tribunal de Grande Instance d'Avignon explique la difficulté de la justice : « *S'ajoutent des difficultés d'ordre affectif. Il n'est pas rare que mari et femme arrivent bras dessus bras dessous au tribunal correctionnel en disant : « on s'est remis ». Cela contribue au peu de plaintes qui aboutissent* ».

Catherine LE MAGUERESSE est *une juriste*. Après avoir enseigné quatre années le droit à la faculté d'Avignon, elle devient Présidente de l'association européenne contre les violences faites aux femmes au travail (AVFT). Elle rappelle qu'en droit, les violences sexistes n'existent pas. Cependant il faut admettre l'existence de violences spécifiquement dirigées contre les femmes « *pour les maintenir en subordination par rapport au pouvoir masculin* ». il est à noter que comme dans le code pénal, aucun article n'est sexué, l'article contre le harcèlement sexuel (95% des victimes sont des femmes) a dernièrement servi à la défense d'hommes.

Catherine LE MAGUERESSE brosse ensuite *un historique de l'évolution de la législation*, de 1810 à nos jours, *à propos du viol*. Après une première occurrence en 1810, la répression du viol sera basée jusqu'en 1980, sur un texte de 1832 qui distingue l'attentat à la pudeur sans violence, de l'attentat à la pudeur avec violence, et du viol, ces deux derniers étant des crimes contre l'ordre des familles.

Un arrêt de 1857 précise que le viol est une atteinte à l'honneur des familles : c'est un coït sexuel complet illicite, situé en dehors du mariage et faisant donc courir le risque d'une grossesse illégitime. La sodomie n'est pas considérée comme un viol mais comme un attentat à la pudeur avec violence.

Il faut attendre 1980 pour un nouveau texte, celui de l'arrêt du 4 juin 1980, de la cour de Grenoble. Il peut y avoir viol dans le mariage, lorsque l'agression est « détachable » de la sexualité liée au mariage. Cet arrêt fait suite au jugement d'un mari coupable d'avoir, avec la complicité d'un ami, emmené sa femme dans un endroit désert, de l'avoir déshabillée de force, de lui avoir lacéré les chairs avec un coupe-moquettes, et d'avoir eu ensuite avec elle un rapport sexuel complet alors qu'elle est maintenue à terre.

La loi du 23 décembre 1980 adoucit les peines liées à l'attentat à la pudeur avec ou sans violence, et précise, en l'élargissant, le champ criminel du viol. C'est l'absence de consentement de la victime, qui devient le centre du délit défini comme un acte de pénétration sexuelle de quelque nature que ce soit. Le viol inclut donc la sodomie et l'introduction d'un corps étranger dans le sexe.

La loi du 22 juillet 1992 introduit la notion de violence dans le cadre conjugal, intégrant ainsi les revendications des femmes. Elle remplace les termes d'atteinte à la pudeur et aux mœurs, par celui d'agression sexuelle. Mais pour qu'il y ait agression sexuelle, il faut l'intervention d'un sexe, comme cible ou comme vecteur. Une main sur les fesses, n'est pas une agression sexuelle, mais une violence volontaire.

La circulaire d'application du 14 Mai 1993 précise ce qu'il en est du *harcèlement sexuel* : il n'y a pas besoin de chantage explicite, il suffit de simples « pressions ». Mais il ne s'agit que d'une circulaire, et la loi est plus restrictive là dessus que le code du travail. « *Si les magistrats font une interprétation réductrice des textes, on laisse aux patrons l'usage tranquille du droit de cuissage* ».



Le débat est particulièrement animé. Le procureur proteste contre procès d'intention scandaleux fait aux magistrats. Revaz NICOLADZE insiste sur l'extrême banalité du harcèlement sexuel en particulier dans les hôpitaux. Cela existe même dans les collèges, de la part d'enseignants vis à vis d'élèves : « *le combat pour la dignité doit s'exercer partout* ».

Pierre PAYAN nous propose un autre regard, celui de *la matraiture des personnes âgées*. Cadre supérieur retraité de l'industrie pharmaceutique, il poursuit actuellement des études sur le champ de la sociologie et est titulaire d'un DU de Gérontologie Sociale. Il est membre du Comité Départemental des Retraités et Personnes Agées (CODERPA) de Vaucluse, administrateur au titre de l'association Vaucluse Gériatrie, au Centre Hospitalier de Vaison la Romaine et est vice président de l'association « Vieillir en Vaucluse ».

Il expose de nombreuses similitudes quant à la situation faite aux vieux, par rapport à celle des femmes. Il y aurait entre 10 et 100 personnes maltraitées chaque jour dans le Vaucluse. Les facteurs de risque sont : le grand âge, la démence, l'incontinence, la cohabitation familiale, l'exiguïté du logement partagé, la toxicomanie ou le chômage de ceux qui l'ont en charge, les biens en jeu, le surmenage des aidants. Cette violence peut se manifester dans le cadre de la délinquance (vols à l'arrachée sur la voie publique, faux démarcheurs se présentant au domicile). Elle est également hautement probable dans un milieu familial conflictuel. Ces violences sont en règle générale cachées, secrètes, tout particulièrement dans les institutions qui souhaitent préserver leur réputation.

Il faut en effet avoir présent à l'esprit que dans 21% des cas, il s'agit de violences en institution : vol d'argent, tutelle abusive, détournement de pension de retraite, signature forcée d'un chèque, etc... Cette violence y est exercée sur place par la famille mais aussi des membres du personnel. Certaines agressions se font plus à bas bruit, comme l'excès de médicaments pour avoir la paix. Elles peuvent être de l'ordre de négligences actives (la toilette tous les 15 jours, ou deux fois par jour, le manque d'alimentation, l'isolement dans un coin), voire des négligences passives de la famille qui ne vient plus voir son parent que quand elle y pense et constate pour se soulager la conscience : « *elle perd la tête, n'a plus de mémoire* ». Mais la personne âgée en souffre : « *Comment se rappeler la voix amie, si elle ne vient plus* ».



Framboise CHERBIT a écrit avec deux autres auteurs, un livre intitulé : « Traiter la violence conjugale. Parcours pour une alternative ». Enseignante à l'origine, elle est responsable du secteur formation de *l'association SOS Femmes sur Marseille*. Les buts de cette association créée en 1976 sont de « *faire cesser la violence faite aux femmes, faire reconnaître l'existence d'une violence qui, parce que conjugale et familiale, reste invisible socialement, agir au niveau social, juridique et médiatique pour la défense et la* ».

promotion des droits de la femme, prévenir les violences intrafamiliales ». La réalisation de ces objectifs passe par l'accueil, l'hébergement, la formation, le logement. Ainsi chaque année : 1500 femmes sont accueillies et écoutées téléphoniquement, 275 femmes sont accompagnées, 25 bénéficient d'une action socio-éducative liée au logement.

Ce livre est une réflexion à partir de témoignages concrets sur leur vécu vis à vis de l'homme violent. Il décrit plusieurs étapes s'étalant sur plusieurs années : « *Avec mon amour, je vais le changer* » ; puis, « *je ne le changerai pas* » ; puis, « *il ne changera pas* », étape où enfin elle se dégage de sa culpabilité et elle le situe comme responsable de ses actes. Etre accueillante d'une femme battue, c'est être confrontée à un corps qui est objet de honte, souffrant, mais aussi lieu de rituel.

Qu'est ce qui fait qu'une femme prend la décision de partir et de ne pas revenir? Framboise CHERBIT cite l'exemple d'une femme qui n'a véritablement compris qu'elle allait mourir que lorsque son mari l'a mise contre un mur et lui a uriné dessus.



Malka MARCOVICH est avant tout une militante menant des combats liés à la dignité de la personne, au travers du journalisme, de la réalisation et la production pour le cinéma et la télévision, de l'édition, de l'enseignement et de l'animation de séminaires pour enfants. Depuis 1993, elle est membre du comité international de la Fédération Abolitionniste Internationale (FAI) et secrétaire générale de l'Union Contre le Trafic des Etres Humains (UCTEH). Elle intervient dans de nombreux colloques nationaux et internationaux sur les violences sexistes et sexuelles. Depuis 1997, elle a rejoint l'Association Européenne contre les violences faites aux Femmes au Travail.

Elle nous expose un travail en cours sur **les violences sexuelles et sexistes dans les établissements scolaires**, avec étude des mesures de prévention et d'assistance auprès des élèves en détresse. Elle débute son propos par un problème de vocabulaire : il ne faut pas utiliser les termes d'**abus sexuel** (car user serait acceptable) et de **pédophilie** (notion d'amour). Les principaux écueils pour les élèves, sont d'une part le développement et la banalisation de la **pornographie** qui influence le comportement sexuel masculin (dans un lycée professionnel, tous les adolescents connaissaient les noms des principaux acteurs et actrices porno), et d'autre part le poids culturel chez **les jeunes filles issues de l'immigration** (peur des représailles, importance de la virginité, etc...)

Michel REYMONDON est *inspecteur de l'Education Nationale*, de l'académie de Vaucluse depuis 1994. La prise de conscience du problème à l'école est récente (circulaire de 1996 sur la prévention des violences). La pression sociale relayée par les média est très forte et il y a une volonté évidente d'y répondre. « *Nous ne travaillons qu'avec des enfants et nous sommes confrontés au problème de l'indicible d'une violence qui submerge l'individu tout entier. Si les choses ont à se dire, elles doivent l'être à l'école.* ».

Les agressions sexuelles s'inscrivent dans un problème plus global qui est celui de *la violence en général à l'école*. Or on fait le constat que dans un établissement scolaire quel qu'il soit, où qu'il soit, le seul lien significatif avec le degré de violence, est *le niveau des élèves*. S'il y a trop d'élèves en échec scolaire, on a un établissement violent.

Avignon, le 29 Janvier 1998 : Anthropologie politique

Jean BAZIN est un spécialiste reconnu sur le plan international en anthropologie politique. Directeur d'études à l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, à Paris, il fut au départ un Africaniste ayant longtemps séjourné au Mali. Ce 29 Janvier, il est l'invité de Marie-France FRUTOSO, Médecin Chef de Secteur au Centre Hospitalier de Montfavet, à l'Université d'Avignon dans le cadre du Diplôme d'Université d'anthropologie médicale qu'elle anime.

Pour Jean BAZIN, l'anthropologie est une façon de penser plus qu'une discipline, qui considère que quelque soit la société humaine étudiée, rien n'est radicalement étranger : il n'y a que des variantes et une même société peut passer d'une variante à l'autre.

L'anthropologie utilise des mots de tout le monde, et le terme « politique » est de ceux là. La définition du « politique » n'est jamais innocente, elle est politique. Il vaut mieux parler de limites au champ du politique, lesquelles ne cessent d'évoluer et sont l'objet d'un conflit permanent. C'est par exemple le cas lorsque l'état fait entrer le divorce dans le champ politique, en légiférant dessus.

Dans la tradition occidentale, la naissance du politique trouve ses racines dans la Grèce classique (5^{ème} et 6^{ème} siècle avant Jésus-Christ) tout particulièrement avec Aristote. C'est lorsque le pouvoir se déplace du cabinet secret du prince, vers la place publique où les habitants ayant le droit de citoyenneté et qui se considèrent comme égaux en droit, décident par la parole de ce qui est bon ou mauvais. Aristote distinguait ce qui ne relève pas du champ politique, à savoir la famille et sa maison, et ce qui relève du débat politique sur les affaires communes.

La politique est une façon d'organiser les flux du pouvoir. Il y aurait un champ par exemple, de la famille où les choses seraient « *naturelles* », c'est-à-dire selon Aristote, inscrites dans la nature. Tandis qu'un autre champ serait celui de l'arbitraire : le tirage au sort des magistrats, le vote. Il est rare dans notre société, que les gens se réunissent pour débattre des rapports de parenté. Bien qu'arbitraires, les systèmes de parenté apparaissent nécessaires, « *naturels* ». Ce sont les anthropologues qui se posent la question. Les acteurs n'ont pas le choix entre le système patrilinéaire ou matrilineaire. Ce n'est pas soumis à leur arbitraire.

A partir du XIX^{ème} siècle sont apparues des *évolutionnistes*. Les sociétés humaines ne seraient devenues politiques qu'à un moment donné. Auparavant elles n'auraient été que systèmes de parenté et d'alliance. H. Maine pense que l'humanité est passée par deux phases : la première dominée par des rapports de consanguinité, puis la

seconde où se substituent des rapports de contiguïté locale. Passer de l'idée de parenté à celle de territoire, est une évolution.

Dans la première moitié du XX^{ème} siècle, on se met à procéder à *des classifications*. Ainsi Evans-Pritchard et Forster (1940) exposent les « *systèmes politiques Africains* ». Ils distinguent deux types de systèmes politiques : les sociétés lignagères ou classiques, d'une part, et les sociétés avec un état, d'autre part. Il s'agit toujours d'un système de gouvernement car toutes les sociétés ont un système de gestion collective. Mais dans un cas ce sont des lignages ou clans qui ont des rapports entre eux, tandis que dans l'autre cas ce sont des rapport entre états... sauf qu'entre lignages, on n'échange pas seulement des coups mais aussi des femmes.

Mais ce souci de classification correspond à l'intérêt des administrations coloniales pour comprendre comment fonctionnaient ces sociétés qu'ils devaient administrer. Ainsi en est-il de la difficulté de signer des traités avec une peuplade où il n'y a pas d'autorité reconnue par les individus au delà d'un lignage minimal. Le souci bureaucratique de l'administration a conduit à donner des noms, des identités à certaines populations : « *vous êtes des Bambaras* ».



Levi-Strauss a mis en avant qu'au niveau de ces sociétés basées sur les lignages, il y a des règles de réciprocité. Mais dans la pratique, il y a des gagnants et des perdants : des lignages gonflent tandis que d'autres disparaissent, ce qui renvoie à la notion d'échanges de coups et de domination. Ces lignages ont des systèmes prescriptifs : on ne peut pas épouser n'importe qui.

Dans le royaume Mossi (dans l'actuel Burkina-Faso), il existait en plus un système d'échanges entre lignages et familles, un système médiatisé par le pouvoir royal : le roi stockait des femmes qu'il redistribuait.

Certains systèmes sont très difficiles d'application. Ainsi dans les sociétés matrilineaires, il y a dissociation entre l'héritage et la résidence. La femme habite chez le mari mais les enfants du couple reviennent à leur oncle. Ils habitent dans un lieu et sont héritiers dans un autre. Ce sont des sociétés conflictuelles. Une étude dans un village régi par ce système a démontré que le taux de divorce était tel qu'entre la règle et la pratique, il y avait un fossé.

L'anthropologie pense en systèmes possibles, parmi lesquels certains ne sont pas réalisés. Elle a mis en évidence de même que les sociétés humaines et leurs systèmes de gouvernement varient selon le point de leur histoire. *Il y a des scénarios de transformation*. Les sociétés Africaines passent d'un système à un autre.

Certaines sont gouvernées par un appareil spécialisé, l'état, tandis que d'autres le sont autrement par les chefs de lignage, les aînés, selon un système de parenté.

Or le pouvoir n'est pas de savoir quelles sont les formes de pouvoir mais quelles est *la capacité à changer les options : c'est cela la politique*. On a le choix des limites du politique : les relations qui relevaient de la sphère privée peuvent devenir l'objet d'une législation politique. En France nous pouvons changer la constitution et rétablir la monarchie.

Qu'en est-il de cette dimension politique dans un système segmentaire basé sur le rapport entre lignages? Jean BAZIN a étudié un cas, celui de la constitution du royaume de Ségon au XVIII^{ème} siècle (qui a duré jusqu'à la colonisation), à 250 km à l'est de Bamako. C'est une zone où à plusieurs reprises des états se sont créés et se sont effondrés.

En ce territoire au XVIII^{ème} siècle, il n'y a pas d'état, simplement un système de villages comprenant plusieurs lignages, des chefs de village, divers centres de culte, rien au delà. Les jeunes gens, une fois initiés, constituent des associations indépendantes des lignages. Un personnage réunit une société et la transforme en une bande de guerriers un peu pillards. Si la bande a du succès, ses membres s'enrichissent et on organise de grandes beuveries à la bière de mil, des fêtes. Quand il n'y a plus d'argent, on repart plus loin en expédition. Au bout d'un certain temps, ces jeunes se casent et rentrent dans le rang des lignages. L'une de ces associations réussit très bien, prolifère, et on y adhère volontairement. On y a du butin, toutes les filles que l'on désire, et cela devient une force de pouvoir, un « ton » (terme repris pour désigner le parti politique actuellement au Mali).

Il se constitue donc ainsi un pouvoir qui peut opposer une force armée supérieure à celle des villages et qui exerce un contrôle sur une région donnée. Les villages doivent transiger, envoyer des jeunes dans cette armée, payer un tribut. Ce pouvoir repose sur la menace de la guerre.

En même temps, *s'instaure un champ politique* : comment organiser cette situation? Au bout d'une vingtaine d'années, le chef du ton, c'est-à-dire le roi, qui est le premier parmi ses pairs, veut que son fils lui succède. Les soldats veulent que la fonction de chef soit tournante. Des débats (politiques) se déroulent dans les bars à bière et peu à peu on décide d'un système. Après avoir éliminé le chef, on fait de même pour ses descendants directs. Et l'on met en place un partage aristocratique : des sous chefs s'entendent pour se succéder au pouvoir à tour de rôle, chacun durant trois ans. Mais cela génère un affaiblissement du royaume à cause des conflits entre sous chefs. L'anarchie généralisée a des conséquences désastreuses, le butin ne rentre plus. Alors un personnage fait un coup d'état : il réunit les chefs dans une petite île et les amène à lui prêter serment. Il devient le nouveau roi et fonde une dynastie avec pour règle que certes le roi est un égal parmi ses pairs mais la succession se fait de frère en frère de la même dynastie. Cela dure jusqu'à l'arrivée des Français.

Dans cette histoire, nous voyons qu'à un moment donné, il y a eu débat politique : quel est le meilleur régime? Dans ce royaume, il y a une ébauche d'administration : seul le roi peut exécuter la sentence de mort, et il se réserve le droit de faire la guerre. Il y aura débat par exemple avec l'arrivée de l'Islam, mais ce débat restera circonscrit dans le cadre d'une convention, celle qui règle la dynastie. Il subsiste l'accord général sur une sorte de système constitutionnel. Il y a donc un état où le débat est possible. Le coup d'état lui-même, fait partie du débat politique.

Par contre *le système lignagier, lui, est totalitaire car il n'y a pas de débat possible*. C'est pourquoi la sorcellerie y trouve sa place pour faire claquer le voisin, dans un tel système bloqué. Aujourd'hui au Mali, le chef de village a encore un pouvoir considérable : « j'ai vu des jeunes filles exécutées car elles voulaient se marier en ville.

L'état Malien s'est amélioré depuis qu'il est démocratique, mais il ne contrôle pas toutes les campagnes ».

Le champ politique est donc le lieu où l'on débat, où l'on prend les décisions en public et qui ont une portée publique. La décision est prise au nom de l'Un (le roi, le peuple, dieu, etc...), elle prétend être légitime et valable pour tous. On distingue une multitude de gens, les auteurs, et un acteur qui agit au nom de ...

La monarchie est une solution fascinante et la plus fréquente dans le temps passé. On sélectionne un homme dont on fait un être d'exception qui incarne la souveraineté, on dit : c'est le roi. Mais la **souveraineté ne veut pas dire le pouvoir**. Les maires du palais agissaient au nom du roi qui n'avait pour rôle que de mettre son sceau sur la décision prise par eux. La dualité au sommet politique, entre un personnage ou une élite qui tient les rênes du gouvernement, et un personnage symbolique au nom duquel on agit.

De nos jours, on agit « *au nom du peuple* ». Mais le problème naît que le peuple est une entité abstraite non représentable par des symboles. Dans les états républicains, il y a quelque chose qui figure la souveraineté : le président de la république, lequel jusqu'à récemment n'avait d'autre pouvoir que d'apposer sa signature. Une décision vaut pour tous, mais l'unité politique, c'est-à-dire au nom de qui elle est prise, doit être représentable.

La solution monarchique implique généralement une socialisation, quelque chose qui symbolise le tout. Cette sacralité peut être minime : simplement qu'on ne peut pas toucher le roi. Ou bien ce dernier ne peut pas être vu (Dans le Nord-Est du Nigéria et du Tchad jusqu'au XIX^{ème} siècle, un empereur ne pouvait faire d'apparition publique, que derrière un rideau). Parfois il ne peut être vu dans certaines circonstances telles que manger ou boire. Ces personnages sont souvent des « *personnages choses* » soumis à nombre considérable d'interdits ; c'était le cas de l'empereur du Japon obligé de rester immobile sur son trône un certain nombre d'heures par jour.

Regardons comment marche le président de la France, alors que le président Américain court. Un souverain ne se dépêche pas. Aux U.S.A., la vraie souveraineté est un collectif : le sénat. Le président des Etats-Unis n'incarne pas le peuple Américain, il est davantage un premier ministre qu'un souverain, et peut être attaqué dans sa vie privée. On le montre comme « Monsieur tout le monde ».

Dans certaines sociétés en Afrique, le droit ne s'adresse jamais à quelqu'un directement, il ne parle que par la médiation du griot. Il y a une **chosification**. Il y a tout un traitement du corps du roi qui se fait lors de son vivant et à sa mort (l'enterrement étant une des manifestations les plus importantes de la royauté, où le corps du roi est alors entièrement chosifié).

Le roi est une chose composite comprenant des signes, des symboles, transmis de roi à roi (par exemple la couronne se transmet par un contact. Ainsi dans le royaume Chilouk au sud du Soudan, le roi devenait roi par son installation sur un trône où il entrait en contact avec la statue du roi fondateur. Chaque roi n'était que la copie du premier roi, il remplaçait la statue sur le trône.

Le fait d'incarner une fonction implique la soumission à des actes obligés. C'est le cas de l'homme politique qui consacre les 3/4 de son emploi du temps à des rituels (couper le ruban, etc...). Le roi des Belges, pour ne pas signer la loi sur l'avortement, a abdiqué pendant une journée. Devenu un individu temporairement délivré de la souveraineté, il a pu ne pas agir contre ses convictions.

La royauté est double : un individu et le roi. Le président François Mitterrand qui possédait une grande culture en la matière, avait organisé ses obsèques de telle manière qu'à la télévision, il y ait une double retransmission : d'une part les images de la cérémonie publique à Notre Dame, d'autre part les images de son enterrement privé à Jarnac. Il connaissait assurément *la théorie des deux corps* du roi élaborée par des juristes Anglais. Le roi peut être un enfant, être malade, il est toujours roi. En tant que roi, son corps est immortel. Il possède aussi un corps, celui de personnage réel, soumis aux mêmes contraintes que celui de tout le monde. D'où la formule : « *le roi est mort, vive le roi* ». Dans beaucoup de royautés Africaines, on n'annonçait pas la mort du roi. On faisait circuler une effigie du roi que l'on faisait manger, se laver, etc..., pendant l'enterrement du roi de France. Les mariages se font devant l'effigie du président de la république, ce qui valide l'acte juridique du maire.



“TON” : UNE FORCE DE POUVOIR AU MALI

Dans un royaume du Tchad, lors de la fête annuelle de la poussée des plantes, on dépouillait le roi de ses atours, on lui donnait un fusil et on l'envoyait chasser la pintade en simple homme. C'était une façon de rappeler que le roi est un chasseur qui doit s'imposer à la société locale. C'était aussi le meilleur moment pour faire un coup d'état.

Jean BAZIN conclut par l'évocation d'un vieux personnage, pauvre, qu'il avait rencontré dans un village d'Afrique. C'était un roi entouré d'une quantité d'interdits comme par exemple l'interdiction de boire l'eau du puits, un roi d'un empire disparu, résidu de l'histoire, qui avait une fonction de faiseur de paix. Lorsqu'un village était en conflit avec un autre, il était possible de faire appel à lui : il pouvait obliger les gens à ne pas en venir aux mains.

Montfavet, Février 1998 : le diplôme d'état d'infirmier psychiatrique

Le syndicat CGT du Centre Hospitalier de Montfavet diffuse un dossier faisant le point sur la reconnaissance d'un diplôme d'état d'infirmier psychiatrique. L'intérêt du document diffusé amène Psy-Cause à en présenter un résumé dans cette rubrique d'actualité scientifique.

En 1991 fut décidée la suppression des études d'infirmiers de secteur psychiatrique avec la mise en place d'une formation unique. « *Cette réforme reposait sur la négation d'un soin spécifique en psychiatrie et était l'outil central du démantèlement de la psychiatrie de secteur* ». Cette mesure était contemporaine du projet de rattachement de la psychiatrie aux hôpitaux généraux, orchestré par le rapport Massé. Cette intégration de la psychiatrie au système général de santé remet en question la politique de secteur. La CGT exprime son opposition à ce que propose ce rapport, à savoir un tri des malades, rapport repris depuis par le plan Juppé, l'ARH et les relais administratifs.

La revendication de la reconnaissance d'un soin spécifique nécessitant le rétablissement d'une formation spécifique, si elle débouche sur des mesures concrètes, signifie un infléchissement des orientations précédentes.

Les divers gouvernements Français se sont appuyés sur une recommandation Européenne pour cette remise en question du diplôme d'infirmier psychiatrique. Le 16 avril 1986, le Comité Consultatif Européen demande l'élaboration d'une directive visant la libre circulation des diplômes d'infirmier de secteur psychiatrique. La réalité européenne à cette époque est la suivante : au Luxembourg, existence de deux D.E. spécifiques, soins généraux et soins psychiatriques avec des titres protégés ; en France, Belgique, Irlande, Pays Bas, Royaume Uni, existence de deux titres d'infirmiers ; au Danemark, en Allemagne, grèce, Italie, non existence d'infirmiers en psychiatrie.

En 1988, la Fédération Hospitalière de France (syndicat des directeurs d'hôpitaux) propose un diplôme unique avec un appareil de formation restructuré dans ce sens. En 1991, décision est prise de la mise en place à partir de 1992, d'un outil unique de formation. « *Au regard de la recommandation du Comité Consultatif Européen de 1986, il apparaît bien que rien n'obligeait la France à supprimer la formation des ISP, que rien s'opposait non plus à la délivrance d'un Diplôme d'Etat d'Infirmier de Secteur Psychiatrique existant déjà au Luxembourg* ». L'analyse de la CGT est que le gouvernement français a choisi de sacrifier l'organisation spécifique de soins aux malades mentaux en sacrifiant au passage la formation de ses professionnels pour permettre le transfert des moyens de la psychiatrie vers les autres disciplines médicales et vers le champ social. En Juillet 1997, il était prévu de délivrer un Diplôme d'Etat d'Infirmier au niveau du département pour les actuels infirmiers en soins généraux, ce qui revenait d'une part à créer un sous diplôme pour les ISP, et d'autre part de programmer leur extinction.

C'est en septembre 1997 que survient le changement de cap, le ministère revoyant sa copie et annonçant son accord pour **créer un Diplôme d'Etat d'Infirmier de Secteur Psychiatrique**. Le ministère parle enfin de spécialisation en psychiatrie et annonce le 19 décembre 1997 un projet de loi. Ce texte prévoit :

- 1 - d'attribuer de droit un diplôme d'Etat d'Infirmier de Secteur Psychiatrique aux actuels ISP (environ 58 000 infirmiers),
- 2 - de permettre aux infirmiers titulaires du diplôme d'Etat d'ISP d'exercer dans les hôpitaux publics et privés participant au service public hospitalier ainsi que dans les établissements d'enseignement,

3 - de permettre aux infirmiers **titulaires** du diplôme d'Etat d'ISP d'obtenir sur leur demande le diplôme d'Etat d'Infirmier, après avis d'une commission instituée auprès de chaque DRASS, statuant sur l'accomplissement d'un nécessaire complément de formation.

Pour la CGT, il y a lieu d'être satisfait de ce texte. Mais « *il n'en reste pas moins qu'un problème majeur demeure : la pérennité de notre diplôme au travers de la formation initiale. Le ministère s'oppose au retour à deux formations distinctes pour une question de coût* ». Se pose donc toujours la question de l'extinction à terme, de l'actuel cadre des ISP... S'agit-il d'un changement réel de cap, ou d'un simple aménagement tactique? Pour la CGT, le combat doit se poursuivre : « *Il s'agit d'une première brèche dans la formation unique polyvalente* ».

Après la publication de ce document, nous apprenons que le ministère de la santé fait la proposition de **la création d'une spécialité en psychiatrie** acquise au bout d'une année après le Diplôme d'Etat d'Infirmier. Il pourrait alors y avoir coexistence dans les équipes, d'ISP nouvelle ancienne formule, d'Infirmiers DE et d'Infirmiers DE spécialisés en psychiatrie.

Marseille, 11 Février 1998 : Le dynamisme de la psychiatrie Française à l'épreuve des pressions sociales ⁽¹⁾

Simon KIPMANN, psychiatre et psychanalyste à Paris, est l'invité de la clinique universitaire du Professeur Sébastien GIUDICELLI, dans le cadre d'un programme annuel de conférences-débats.

« *Les psychiatres sont des personnes ordinaires, mises dans une situation extraordinaire* », annonce Simon KIPMAN, ouvrant ainsi son exposé tout en ajoutant : « *Les psychiatres se plaignent beaucoup* ». Quelles sont donc ces plaintes ?

1° - **On ne nous aime pas. Personne ne nous aime. On aimerait être aimé.** De fait l'image du psychiatre a changé... mais on nous aime, on nous appelle chaque fois plus. Il y a davantage une méconnaissance de la psychiatrie qu'un désamour. Comme le reste de la médecine, la psychiatrie a accompli des progrès techniques et méthodologiques. La psychiatrie est donc devenue très scientifique. On veut absolument voir dans la psychiatrie quelque chose de tout à fait nouveau, quelque chose qui est coupé de ses racines et de son histoire. On devrait fonctionner « *à la mode* ». La réalité est que c'est le niveau de la spécificité médicale qui est concerné, car en ce qui reste l'essentiel de la psychiatrie, c'est à dire la relation interindividuelle, cela n'a pas changé et n'a rien à voir avec la médecine robotique.

2° - **Nous sommes dans la misère, la psychiatrie est une spécialité misérable.** En réalité cette spécialité, relativement pauvre, à vu ces derniers temps, ses moyens grandir de façon importante.

3° - **La psychiatrie coûte cher : Il faut gagner du temps et de l'argent. Le temps c'est de l'argent.** La psychiatrie est fondée sur la relation interpersonnelle. Il faut beaucoup de personnel et peu de matériel.

⁽¹⁾ Compte rendu rédigé par Hanibal ARECO et Maria SOCOLSKY, psychiatres Argentins exerçant actuellement au Centre Hospitalier de Montfavet, respectivement dans les secteurs 84 G 07 et 13 G 27

4° - *Il y a trop de psychiatres.* En 1966, il y en avait 3 000 ; en 1998, il y en a 13 000. Le projet est de réduire le nombre de psychiatres mais le besoin en psychiatrie augmente de façon considérable. La demande augmente.

5° - L'idée ou la vision du pouvoir public, est que la psychiatrie, c'est à dire la politique de santé mentale, *se limite à la fonction publique.*

6° - *On nous utilise comme régulateur social.* Il y a une tendance naturelle à penser que le Prozac* est le meilleur traitement du chômage.

Au total, la psychiatrie est « *une spécialité en expansion mais dans une situation compliquée* ». Les psychiatres sont reconnus par les pouvoirs publics comme experts en santé publique. Les psychiatres, avec la sectorisation, ont une véritable expérience en santé publique. Derrière une apparente dispersion (32 associations, 6 ou 7 syndicats), il y a une psychiatrie française unie, une identité. Et la psychiatrie française est reconnue à l'extérieur. Il y a toute une série de combats à mener contre des voies d'éclatement, telles que la pédopsychiatrie, la gériopsychiatrie qui représentent un danger. « *La psychiatrie est une spécialité mal comprise dans un univers technocratique où la machine est idolâtrée. Il faut revaloriser l'acte intellectuel* ». L'idéologie dominante au niveau de ceux qui nous gouvernent, est de réduire le nombre de spécialistes par rapport au nombre de généralistes, selon le modèle hospitalier mécaniciste. Le devenir de la psychiatrie est celui du psychiatre-consultant expert. « *La sectorisation psychiatrique reste d'actualité mais a besoin d'être toilettée* ».



Montfavet, le 12 Février 1998 :
10ème Journée Avignonnaise de la Société de Psychiatrie de Marseille
et du Sud Est.⁽¹⁾

Elaborée par Marie-Noëlle PETIT sur le thème des « mutations de la politique de secteur », présidée par Bruno RIVET, représentant la société de Psychiatrie, cette journée devenue un classique, riche en interventions a permis, devant un public comme à l'accoutumée très nombreux, d'aborder un thème d'actualité.

La première intervention a permis à H. OUACHI, P. JOUVENTIN, K. SENE MBAYE et D. LIBES-ARNAUD de brosser un panorama historique du secteur, depuis ses balbutiements dans l'après guerre immédiat, jusqu'aux textes fondateurs et actuels qui constituent son cadre.

J.C. PASCALIS, en commentaires, mit en exergue ce cadre qui semble parfois contraignant, car auparavant, les pionniers travaillaient dans l'illégalité! Terminant par une série de statistiques, H. OUACHI montra que le secteur demeure un outil très performant dans la mission qui lui a été assigné: la prise en compte de la santé mentale de la population: Bilan globalement positif.

P. ESQUER, A. SKULSKA et D. BOURGEOIS à propos d'un cas hyperprécoce de démence fronto-temporale exposèrent les difficultés de prise en charge d'un tel tableau, situé aux marges de la neurologie et de la psychiatrie, et surtout la nécessité de prendre totalement en compte la souffrance de l'entourage et la dimension d'accompagnement à ce deuil inéluctable.

A-S. COHEN réintroduisit la poésie dans la pratique, à propos du Phénix, une unité de soins qui lui permet, tel un vieux saumon solitaire (André-Salmon C.!) de revenir sur les lieux de ses débuts en psychiatrie. Les métaphores du Phénix et du Saumon montrent bien que le secteur n'est pas mort, qu'il bouge encore et qu'après avoir accompli une révolution (dans le sens astrologique et politique du terme) il reste capable d'enfanter des richesses thérapeutiques hors logique technocratique.

D. BOURGEOIS, H. FERRE, D. DOUMA, (« De l'intersectorialité à l'interstice ») après avoir resitué le secteur en tant que phénomène historique et politique ont plaidé pour la mise en place d'un projet politique réel pour la psychiatrie permettant de transcender les pseudo-oppositions structurelles entre les échelons administratifs et basaux du dispositif de soin psychiatrique.

P. GANDAHO et J. EZIN-HOUNGBE, venus spécialement du BENIN, dans le cadre coopératif récemment initié entre le centre hospitalier de MONTFAVET et l'hôpital de COTONOU, capitale économique du pays, ont montré l'urgence de la mise en place d'un dispositif de soins adapté à l'intensité de la souffrance psychique et sociale engendrée par les effets de la crise mondiale en Afrique.

D. DOUMA, P. L'HEREEC, et R. PANDELON se sont attelés à décrire l'impact positif de la sectorisation sur le terrain (le pays d'Apt), en terme de prévention et de prise en charge de la souffrance mentale. Leur parti pris humaniste étant, dès le début, d'« y être trop pour y être assez! ».

H. BERNARD et D. LIBES-ARNAUD ont repris, à travers l'historique du secteur, tout l'intérêt du dispositif soumis maintenant au risque issu de la dérégulation opérée au nom de logiques étrangères aux soins. Ils ont montré que le secteur, désormais sujet d'études historiques, restait plus que jamais d'actualité, et n'est pas cet outil obsolète, ce que certains souhaiteraient nous faire croire.

⁽¹⁾ Compte rendu rédigé par Didier BOURGEOIS, Praticien Hospitalier, Secteur 5, Centre Hospitalier 84143 Montfavet, Cédex, Tél 04.90.03.91.63

Marseille, CHU de La Timone, le 11 Mars 1998 :
Psychiatrie et contexte social : quelles interfaces? ⁽¹⁾

Le cycle de conférences-débats organisé au sein de la clinique universitaire du Professeur GIUDICELLI, reçoit ce jour Gérard Mosnier, Directeur du Centre Hospitalier de Montfavet, dont l'exposé traite des liens entre le social et la psychiatrie. Nous en proposons le résumé ci dessous.

Par principe, psychiatrie et société ont des difficultés à se rapprocher dans la mesure où la folie est liée à l'anormalité et à l'exclusion, la société étant avant tout fondée sur la notion de sécurité collective. Dialectique permanente entre la société qui souhaite que la psychiatrie la protège de la folie et le soignant qui cherche à protéger le malade en le soignant et en le réintégrant dans la société.

C'est l'influence des philosophes du 18^{ème} siècle qui a permis d'abord la prise en compte de la spécificité du malade mental dans le contexte d'exclusion avec l'apparition à la fin du 18^{ème} siècle des maisons pour insensés qui préfiguraient les hôpitaux psychiatriques. L'aboutissement de cette évolution étant concrétisé par la loi de 1838. C'est sûrement à cette période que le consensus a été le plus fort entre la société française et la psychiatrie. Après la guerre de 39-45, a pu se développer, une politique de développement de la psychiatrie institutionnelle et de la sectorisation fondée sur une approche sociale.

Aujourd'hui, les rapports avec la société ont évolué parce que la psychiatrie aujourd'hui se présente sous un jour nouveau :

- **progrès des thérapeutiques** avec ses réussites et ses échecs. Elle a gagné en crédibilité.
- elle s'est **désinstitutionnalisée** fortement pour se rapprocher des populations.
- elle a intégré des références fortes issues de la société : il s'agit du concept de **santé publique** psychiatrie - santé mentale - santé communautaire ; de la valeur de **solidarité** par rapport à la souffrance des individus : relations d'accueil, d'aide, de soutien dans la réinsertion ; de la notion de **citoyenneté** où le patient est sujet, respecté dans ses droits et dans sa volonté.

La société, elle aussi, a profondément évolué, marquée par des aspects majeurs : à savoir l'affaiblissement des valeurs traditionnelles et la crise identitaire ; les difficultés économiques et ses conséquences en terme d'emploi, de revenus individuels et de rigueur budgétaire ; la révolution de la communication avec le rôle prépondérant joué aujourd'hui par les médias.

I - Psychiatrie et société

Avec la mise en place de la sectorisation, son développement, les 40 dernières années, a vu une adaptation très forte de la psychiatrie aux nouvelles exigences de la société. Mais celle-ci n'a pas été complète. Si bien qu'aujourd'hui, malgré tout ces efforts, on ne peut pas affirmer que la psychiatrie soit en adéquation parfaite avec le contexte social, avec les besoins de la société.

⁽¹⁾ Compte rendu rédigé par Maria Socolsky, psychiatre, secteur 27, Centre Hospitalier de Montfavet, Tél 04.90.03.92.76

a) Les efforts d'adaptation ont porté sur des domaines divers :

1 - *Sur le cadre institutionnel* : autonomisation et adaptation au cadre sanitaire général ; en 1967 : centres psychothérapeutiques départementaux, CHS avec un budget autonome et des moyens définis et en extension forte de 1970 à 1985. Dans les années 1985 - 1986, reconnaissance officielle du dispositif psychiatrique et l'émergence de modes de financement stables.

2 - *Sur l'organisation sanitaire de la psychiatrie par une présence extérieure* :

- Une présence élargie et diversifiée du dispositif sectoriel avec un rôle prépondérant du CMP qui coordonne l'activité diversifiée des équipes de secteur. Dispositif de soins de proximité unique et complet.

- Une présence compétente et structurée par son caractère pluriprofessionnel et par la mise en oeuvre d'un travail en réseau avec d'autres partenaires.

- Une présence sur les lieux à risques. De la proximité du malade à l'espace de vie du malade :

* écoles et PMI : services infanto-juvénile

* antennes aux urgences des C.H.G.

* lieux d'accueil et d'urgence spécifiques

* quartiers difficiles

* prisons (SMPR, UCSA).

- Une présence dans des domaines qui concernent des problèmes profonds de société : traitement des conduites addictives, psychiatrie de catastrophe, neurologie : cérébro-lésés.

b) Une adaptation insuffisante au contexte social. Malgré tous les efforts d'adaptation dans un certain nombre de domaines, la psychiatrie est en décalage avec la réalité sociale.

1) *Sur le plan de l'économie.* La France qui consacre actuellement 10,8% du PIB à la santé est le 2^{ème} pays au monde pour les dépenses de santé. Les écarts de moyens d'un secteur à l'autre sont importants : ainsi par exemple en Ile de France : 200 francs/habitant Seine et Marne et 1250 F / habitant pour Paris intra-muros. Le discours est le même sur le manque de moyens que l'on soit richement doté ou pas. Ce discours dogmatique fait perdre de la crédibilité à la psychiatrie en même temps qu'il freine les rééquilibrages ou les réajustements qui permettraient une évolution et une amélioration du dispositif existant.

2) *Sur le plan de la communication.* La psychiatrie qui est mal connue, représente un sujet difficile de communication.

Les problématiques psychiatriques sont absentes des grands débats de société et ne sont donc pas relayées par les médias. Cette situation est paradoxale car beaucoup d'écrits sur la psychiatrie, beaucoup de rapports ont été rédigés au cours des dernières années avec des diffusions très restreintes et limitées au cadre professionnel.

Au niveau de l'information, sur leurs activités même, les équipes de soins en psychiatrie sont très réticentes. Il n'existe pas ou très peu d'études épidémiologiques par zone géographique. Quand elles existent, elles sont fragmentaires et ne concernent qu'un aspect spécifique (drogue, suicide, VIH). Tout cela ne contribue pas à valoriser le travail effectué en psychiatrie qui est réel et à rendre compte des évolutions des besoins ou des dispositifs de soins.

La responsabilité de cette situation est générale et n'épargne pas les directions d'établissements qui n'ont pas voulu ou pas su mettre au point des systèmes d'information médicale cohérents et crédibles.

3) *Le partenariat.* Le travail dans la cité à proximité du patient a permis une meilleure connaissance des autres acteurs de terrain susceptibles d'intervenir à des titres divers auprès des patients. On parle beaucoup du travail en réseau qui permet la complémentarité et la continuité des prises en charge mais force est de constater que les réseaux existants sont limités : plus fréquents en pédopsychiatrie, peu structurés et rarement institutionnalisés.

La mise en place de partenariats avec les médecins de ville pourrait permettre d'assurer le relais des prises en charge, et ainsi limiter la durée d'intervention des équipes psychiatriques.

II - La psychiatrie vue par la société

Paradoxe : méfiance de l'individu et sollicitation du groupe.

a) Méfiance de l'individu vis à vis de la psychiatrie. Ainsi l'OMS constate que 6% de la population souffre de troubles psychiatriques. La file active représente seulement 2 %.

1) *La psychiatrie reste mal connue,* du fait d'un déficit d'information, de l'absence de débat public ; de plus les structures de communication des hôpitaux sont absentes de la communication externe.

2) *Quand elle est connue, elle paraît encore souvent très complexe et pas toujours adaptée :*

- sectorisation géographique,
- multiplicité des intervenants,
- discontinuité des horaires,
- absence de choix du médecin,
- qualité insuffisante des locaux hospitaliers.

3) *L'image de la psychiatrie reste largement négative.* ... Les termes relatifs à la folie sont devenus des injures dans le langage courant : « fou », « fou à lier », « parano » ce qui reflète un peu l'image courante de la psychiatrie dans la population. Les équipes psychiatriques ont une image faussée de la perception que les populations ont d'eux.



4) *L'introduction des usagers* à l'intérieur de l'organisation des soins psychiatriques, si elle présente des avantages, n'est pas sans risques (du fait de qui est l'usager de soins psychiatriques, par exemple).

b) Sollicitation de la psychiatrie. Cette sollicitation est très générale et émane d'une part d'autres professionnels de santé ou du secteur médico-social (CHG, maisons de retraite, MAS, CAT, Foyers, donc de lieux de soins spécialisés en institutions), et d'autre part des services de tutelle/ des collectivités locales, du niveau national (VIH, toxicomanie substitution, prévention du suicide et de la récidive en particulier dans les populations jeunes, action thérapeutique en direction des délinquants sexuels dans le cadre pénal et post-pénal).

Face à cette situation un double constat s'impose : il y a d'une part une reconnaissance des compétences techniques des équipes de secteur, et d'autre part l'impossibilité de tout faire sans moyens complémentaires.

III - Pour faire évoluer la situation

1 - Il faut tout d'abord repositionner la santé mentale du soin psychiatrique pour lui donner toute sa dimension communautaire.

2 - Il faut aussi que la psychiatrie achève l'effort de sectorisation et dépasse cette notion parfois trop contraignante.

3- Enfin, sortir la psychiatrie des pratiques médicales hospitalières.

4 - Développer la communication et améliorer l'information sur les activités dans un souci de transparence et de meilleure connaissance du public.

Montperrin, le 17 Mars 1998 : A propos de la loi de 90 ⁽¹⁾

La commission « *Psychiatrie et loi* » présidée par le Docteur Samuelian (Chef de Service à la Timone, Marseille), en collaboration avec le Docteur Bensadoun (Médecin Inspecteur Départemental des Bouches du Rhône), élargie exceptionnellement à une centaine de personnes, organisait un débat avec notamment Madame Clément (ministère) et Monsieur François (Directeur du CH Montperrin) sur les propositions du groupe de travail mandaté pour évaluer la loi de 1990. Le rapport intégral devrait être prochainement publié par le ministère. Les propositions s'organisent autour de quatre thèmes :

1) Simplifier les procédures :

- Le rapport propose de remplacer la notion de « *trouble de l'ordre public* » par « *danger pour autrui* » pour les HO, et pour les HDT préférer la notion de « *nécessité de soins* ».
- Le rapport propose également que l'entrée soit prononcée, sur demande, par le préfet et la sortie, sur demande, par le Directeur.

2) Modifier l'organisation des soins en psychiatrie pour dédramatiser l'hospitalisation sans consentement :

- Est proposé que toute hospitalisation sans consentement soit précédée d'une période d'observation de 72h maximum réalisée en urgence.

⁽¹⁾ Compte-rendu établi par le Docteur Thierry Lavergne (Aix)

- En aval sont proposés des soins ambulatoires sous forme de « *sorties d'essai* » rebaptisées « *essais de sortie* » (d'une durée inférieure à 6 mois) ou de contrat passé avec le patient sur des modalités à définir, de soins ambulatoires sous contrainte (par exemple : prise contractuelle de médicaments régulièrement).

3) *Mieux veiller au respect des droits des personnes*, dont la liberté ne peut être restreinte que pour des raisons directement thérapeutiques, et veiller à la qualité des conditions hôtelières d'hébergement.

4) *Augmenter les moyens de la CDHP⁽¹⁾* pour lui permettre de mieux assumer ses fonctions.

Les réponses à ces propositions ont été :

- quelques réserves de la part du Ministère de l'Intérieur attaché à la notion de « *trouble de l'ordre public* » et réticent aux mesures de soins ambulatoires.
- quelques réserves budgétaires concernant la réorganisation des urgences, l'amélioration des conditions hôtelières et la formation des médecins généralistes.

Le débat qui a suivi dans la salle a repris l'évolution historique visant à intégrer la psychiatrie dans la filière de soins générale, sans toutefois proposer une loi générique sur l'obligation de soins. Sont également évoquées les questions de l'accueil des patients délinquants (D 389) et des aléas du transport à l'hôpital des personnes troublant l'ordre public.

Marseille, Mars 1998 : Bulletin N°2 de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation PACA

Dans ce second bulletin de l'ARH, est décrite la mise en oeuvre des grandes orientations déjà définies dans la parution précédente (voir Psy-Cause N°10). Deux articles ont retenu notre attention. Il s'agit d'abord des *dotations initiales des établissements publics et privés participant au service public hospitalier*. Si l'on compare l'évolution des établissements psychiatriques de la région PACA, on obtient le tableau suivant, en classant les centres par l'importance de leur budget en milliards de francs :

Etablissement Psy	Budget en MF	Dotation 1997	Dotation 1998
Montfavet	557	- 0,40%	+ 0,65%
Sainte Marie (Nice)	343,8	- 0,47%	+ 0,65%
Montperrin	276,6	- 0,09%	+ 0,83%
Pierrefeu	209	- 1,62%	+ 0,66%
Valvert	162,4	- 0,25%	+ 0,60%
Laragne	111,8	+ 0,94%	+ 0,65%
Clinique Saint Paul	15,9	0%	+ 0,65%

Le directeur du Centre Hospitalier de Toulon/La Seyne sur Mer, Bernard BONNICI, est l'auteur d'un article exposant son point de vue sur la dotation budgétaire des hôpitaux. Il estime que *la prise en compte de l'activité médicalisée des établissements « apparaît comme une volonté forte de réduire les inégalités de ressources constatées entre les établissements et entre les régions »*.

⁽¹⁾ Commission départementale chargée du contrôle des hospitalisations sous contrainte.

Il ajoute que « cette prise en compte de l'activité comme critère d'allocation budgétaire est aussi susceptible d'être appliquée, avec beaucoup de précautions, au sein des établissements, pour corriger les inégalités entre services hospitaliers ». Il en conclut que « cette méthodologie, fortement innovante, peut constituer de la sorte un puissant moteur de délégation de gestion interne au profit des unités de soins, ce que n'avait pas permis la réforme de 1983 ».

Ce bulletin N°2 de l'ARH PACA s'achève sur un texte rappelant le principe du PMSI et son application à la psychiatrie en 1999.



Montfavet, Avril 1998 : L'an 2 000 aujourd'hui

« Hier, je disais que le XXI ème siècle c'était demain et qu'il fallait s'y préparer professionnellement et psychologiquement, ce qui a entraîné des ricanements et des réactions asilaires. Aujourd'hui, je vous dis solennellement, l'an 2 000, c'est maintenant : êtes-vous prêts pour ce changement de siècle? »

C'est par ces propos un brin provocateurs que le Directeur du Centre Hospitalier de Montfavet, Gérard MOSNIER, introduit son éditorial du bulletin d'information d'avril 1998, de l'établissement. Il venait d'apprendre par la Direction des Systèmes d'Information du Ministère que trois établissements, un CHU (Amiens), un CHG (Saint Nazaire) et le Centre Hospitalier de Montfavet, sont classés hôpitaux pilotes pour le passage en l'an 2000. Ils le sont de par la qualité de leur système informatique et serviront de modèles expérimentaux afin de réaliser un guide méthodologique permettant le passage des programmes d'ordinateurs à l'an 2000, et à l'Euro.

« C'est vrai qu'en analysant les situations, constate l'auteur de l'éditorial, cette reconnaissance n'est que justice, parce que nous avons, avec l'équipe de direction et l'ensemble des personnels, beaucoup travaillé pour le changement de siècle dans le cadre du projet d'établissement ».

En fait, le Directeur du CHM semble aller au delà d'un chantier au niveau de l'informatique, puisqu'il conclut : « Etant rassuré sur les aspects techniques, j'aimerais aussi être tranquille sur le côté humain. Aussi, je souhaiterais que toutes les personnes qui participent au fonctionnement de cet hôpital, entrent dans le XXI^e siècle avec des objectifs nouveaux en oubliant les idéologies et les rengaines dépassées du XX^e siècle ».

Cette conclusion, qui suscite les remous que l'on imagine aisément, a probablement pour objectif de lancer un débat. Bien entendu, la rédaction de Psy-Cause va solliciter auprès de Monsieur Gérard Mosnier, une interview.

Montperrin, le 13 Mai 1998 La psychiatrie américaine, les années 90

Le Pr Joshua SPARROW ⁽¹⁾ invité par le Dr Yves ROUSSELOT a présenté devant une cinquantaine de personnes sa perception de l'évolution des pratiques psychiatriques aux Etats-Unis. Il a bien voulu rédiger pour nous un paragraphe décrivant les réactions des psychiatres américains aux contraintes économiques extrêmes posées par le problème libéral du remboursement des soins par les assurances.

En Amérique, en ce moment, on a de moins en moins de temps pour s'occuper des malades. On n'a pas le temps de faire la recherche, c'est-à-dire de réfléchir, de vérifier ce qu'on est en train de faire. On n'a plus le temps d'enseigner. On n'a pas eu le temps de voir ce qui nous arrivait, et d'anticiper une position pro-active. En Amérique, nous les médecins, **nous n'avons pas su anticiper**, planifier, participer aux changements inévitables relevant de la crise économique de la sécurité sociale. Nous avons peut être raté un moment historique où notre influence aurait pu soutenir les besoins de nos patients, de la recherche, et de l'éducation psychiatrique. Je ne pense pas qu'il aurait suffi de s'opposer à ces changements, mais peut être qu'on aurait pu mieux les maîtriser. Nous nous sommes réveillés trop tard. On ne trouvait pas mieux à faire que de nous isoler dans nos efforts tardifs pour sauvegarder les intérêts étroitement définis des médecins. Cette démarche professionnelle a aliéné nos patients davantage, alors que, seule une alliance entre médecins et patients détiendrait un pouvoir adéquat à nous confronter à l'immense pouvoir des intérêts financiers des assureurs. Le gouvernement lui-même s'est montré sous les initiatives des Clinton, incapable de résister aux pressions des grandes entreprises.

Ce qui m'intéresse donc aussi, c'est d'essayer de **comprendre les réactions et les comportements des médecins américains face à cette crise**. Ce n'est pas dans une volonté de démoraliser, ni d'induire des pulsions de nostalgie, que je vous livre l'expérience américaine ; c'est pour essayer de réfléchir sur la réponse de notre profession, sur les possibilités de directions futures de la profession.

Certains ont cru que c'était l'avenir inévitable, sans se rendre compte que dans sa forme actuelle, l'organisation nouvelle des soins ne peut que discréditer la profession

⁽¹⁾ Professeur associé, Service du Pr RUFO, CHU Ste Marguerite 13274 Marseille Cédex 9. Après le chapeau introductif de Thierry LAVERGNE, le texte est du Professeur Joshua SPARROW.

médicale. En tant que profession, (du moins en Amérique) on n'a pas su comment réconcilier l'engagement envers le malade d'un côté, et les nécessités administratives et économiques, de l'autre. Peut-être que la profession n'attire pas forcément ceux qui sont intéressés par cet enjeu ou capables d'une telle synthèse. Beaucoup des réactions diverses des médecins peuvent être comprises comme des manifestations d'une inquiétude profonde sur le devenir de leur profession, et aussi de leur propre avenir personnel, financier, ect.

Parmi les réactions les plus fréquentes nous avons vu :

les médecins - autruches, qui mettaient la tête dans le sable, plutôt que de regarder ce qui se passait en face. Beaucoup n'ont pas voulu y croire. D'autres exprimaient la croyance arrogante que notre savoir allait nous réserver une place privilégiée dans la détermination des besoins de nos patients.

Ils n'arrivaient pas à comprendre que le besoin clinique du patient ne peut plus être posé sans contexte économique. Cette incompréhension n'a fait que discréditer les médecins auprès de ceux qui sont responsables de la distribution des biens sociaux. Peut être la réaction la plus répandue chez les psychiatres, c'était une espèce de refuge nostalgique dans une espérance messianique qu'un jour le bon vieux temps revienne. Ensuite, c'était le désespoir, les attitudes passives, dépressives, hostiles, inefficaces. En somme, la psychiatrie, la médecine étaient paralysées par un processus de deuil.



Le deuil fait, certains médecins ont commencé à réagir. Leurs prestations se limitaient trop souvent aux inconvénients propres à la profession. On a raté, au départ, l'occasion de se joindre à nos patients pour définir nos intérêts communs. Eventuellement plusieurs organisations de médecins ont émergé, certaines munies de propositions pour une restructuration globale, d'autres prêts à se joindre aux organisations des patients pour exiger des actes législatifs qui limiteraient les pouvoirs des assureurs.

La plupart des médecins ne choisissent pas de faire médecine parce qu'ils ont envie de faire des affaires, ou de faire la gestion. Et en général, ce n'est pas leur point fort. La petite minorité de médecins qui aime faire des affaires, et qui a un talent particulier dans ce domaine est le plus souvent allée travailler pour les assureurs. Les médecins qui n'avaient pas de deuil à faire, c'est peut être ceux-là qui travaillent pour les assureurs, ou qui ont créé leurs propres entreprises de gestion.

Si l'expérience de l'Amérique nous apprend une chose, c'est que ***lorsqu'une société dite moderne se trouve devant une nécessité de faire des choix, elle va choisir la certitude plutôt que l'incertitude.*** Si la certitude n'existe pas, le soin qui s'est donné la peine « d'établir » son efficacité sera choisi avant celui qui demande qu'on y croit. C'est-à-dire que devant des choix difficiles, la société américaine se réfère à l'idéologie de la science. Cette idéologie, c'est surtout l'idée que les procédés scientifiques procurent un statut « *de fait* » dont la valeur particulière permet de faire les choix difficiles. Certaines de nos modalités de traitement se prêtent difficilement à ces procédés scientifiques. Mais en tant que médecins, on attend de nous une fidélité à cette idéologie, à moins qu'on n'ait autre chose à proposer.

Fiche de lecture :

Grossesse et naissance : le passage⁽¹⁾
(ouvrage collectif sous la direction de Michel DUGNAT
Edition Erès. Collection Mille et un bébé, 1997).

Le nouveau livre de Michel Dugnat trahit la persistance de son intérêt pour les bébés et donc pour la grossesse, moment fécond par excellence, révolutionné désormais par l'apport de l'imagerie (échographie) dans le fantasme des « *trans-parents* ». Cette trans-parente éclairant singulièrement, en miroir, les néo-parents dans leur fragilité, leur intimité. (Marianne Fontanges-Darriet).

Pierre Rousseau y met en évidence une corrélation (filiation directe?) entre les crises familiales d'avant (faire un enfant pour se réconcilier) et après la naissance (du « *post-partum blues* » maternel, physiologique, à ces couples qui éclatent dès lors qu'ils sont devenus trois) : C'est l'enfant comme « *Pare-Avant* »?

Sylvain Missinier et Bernard This s'appuient sur les concepts psychanalytiques pour accoucher de très beaux textes mettant en évidence l'importance de la parole « *autour de* », voire née de l'enfant (Haptonomie appliquée?).

Michel Dugnat est donc bien le père de cet ouvrage mais aussi, désormais, l'enfant des textes qu'il a su susciter et à qui il a donné sens. Heureux Papa, félicitations!

⁽¹⁾ Fiche rédigée par Didier BOURGEOIS.

Sur nos tablettes :

L'ARIP organise le troisième colloque de Périnatalité les 9 et 10 Octobre 1998 au Palais des Papes à Avignon sur le thème :

« *DEVENIR PERE, DEVENIR MERE* »

Après les troubles relationnels précoces père-mère-bébé (quels soins?) en 1995 et le monde relationnel du bébé en 1996, il s'agit de reprendre, à nouveaux frais, dans le champ de la périnatalité, la question de la paternité et de la maternité dans leurs dimensions psychiques, biologiques et sociales.

Si un bébé ça n'existe pas seul, les soins en périnatalité doivent accompagner, chez les parents en devenir, l'attente et l'arrivée d'un nouveau-né. Les représentations des professionnels concernant la parentalité souvent implicites méritent d'être questionnées.

Dans les transformations profondes qu'appellent la naissance, les processus psychiques de la paternité et de la maternité marqués du sceau du transgénérationnel viennent solliciter l'infantile autant que le contexte et l'actuel. Ces transformations obéissent à quelques lois valables, à défaut d'être générales, à un endroit d'une société et à un moment de son évolution mais elles sont aussi le lieu d'un événement, à la fois unique pour les parents et chaque fois renouvelé pour les professionnels. L'histoire, la sociologie, l'éthologie, l'anthropologie sociale, le droit seront mises à contribution dans une optique précise. Il ne s'agira pas d'aborder globalement la parentalité. Le colloque interrogera les processus qui de la conception à l'utilisation du langage par l'enfant contribuent à la paternité, la maternité et qui peuvent être entourés ou favorisés par différents facteurs.

Les thèmes suivants : -actualités sur les avancées des techniques de procréation et en obstétrique leurs conséquences- grossesses et accouchement en situation

exceptionnelle : de guerre, d'incarcération, de migrations - naissance d'un enfant porteur d'une maladie handicapante prévue ou inattendue- soutien à la parentalité des personnes psychotiques -délégation de la pratique de la parentalité à des institutions ou à des personnes- évolution de l'exercice de la parentalité et modifications législatives- expérience subjective et processus psychique de la maternité et de la paternité, feront l'objet d'ateliers. Ils seront abordés dans leurs répercussions réciproques sur les besoins du bébé et de ses parents et les pratiques des professionnels.

Dans les ateliers thématiques, des équipes d'obstétrique, de procréation médicalement assistée, de pédiatrie, de protection maternelle et infantile, de placement familial, de psychiatrie générale, de justice des mineurs, de pédopsychiatrie pourront présenter comment elles soutiennent et respectent les processus de paternité et de maternité. Elles mettront en valeur l'attention apportée à la relation entre les nouveaux parents et leur bébé dans les pratiques professionnelles. Pour animer les ateliers, ont été sollicités, M. Anicet, F. Ansermet, A. Aubert, J. Dayan, P. Delion, B. Doray, S. Missonnier, M-R.Moro, M-T. Roure.

Le choix des interventions favorisera les aspects concrets, les recherches-action, la réflexion sur le travail en réseau. Les propositions d'interventions peuvent être adressées sous forme résumée (2000 signes) au secrétariat scientifique de l'ARIP, 285 boulevard Chave - 13004 Marseille.

Renseignements et inscriptions auprès de l'ARIP, BP 36, 84142 Montfavet Cedex,
Tél : 04 90 23 99 35, fax : 04 90 23 51 17.

Promis pour le prochain numéro :

Un certain nombre d'entre vous ont assisté à l'exposé d'Hugues SCHARBARCH sur les états limites. Le conférencier nous a transmis l'ensemble des documents et publications ayant servi de base à son intervention aussi pertinente qu'érudite, charge à nous d'en tirer la substantifique moëlle. Pour offrir à nos lecteurs un état des lieux sur la question, aussi complet que possible, nous avons choisi de différer au numéro 13 notre compte rendu de cette conférence.

RUBRIQUE

SOCIETE

LA PENURIE MEDICALE

Jean-Michel GAGLIONE
Praticien Hospitalier
Secteur Bollène, Vaison, Valréas ⁽¹⁾
(84 G 07)

La démographie médicale baisse.

C'est ce que l'on constate empiriquement à travers les difficultés croissantes qu'ont de nombreux hôpitaux à renouveler leur corps de praticiens. Une étude publiée par le Service des statistiques, des Etudes et des Systèmes d'Information (SESI) (1) confirme ce fait préoccupant. Selon ces estimations (qui postulent le maintien du numérus clausus et de la répartition actuelle des inscrits dans chaque spécialité) le nombre des spécialistes sera inférieur à leur taux actuel dès 2020.

Les psychiatres (et les chirurgiens) seront les spécialistes les plus touchés puisque leur nombre sera inférieur à celui observé actuellement, avant 2010. En 2015 ils ne seront plus que 88% des effectifs actuels.

Cette évolution est due à la baisse constante du numérus clausus depuis 1971. Elle intervient après une période de forte croissance du corps médical qui est passé de 59 000 à 174 500 médecins de 1967 à 1997.

Cette situation aura comme conséquence un vieillissement de la population médicale. Les moins de 40 ans diminueront de 25% des effectifs aujourd'hui à 19% en 2010 et les plus de 55 ans passeront de 16% à 45%. Parallèlement on assistera à une féminisation de la profession. Le nombre de femmes exerçant en médecine spécialisée augmentera de 35% aujourd'hui à 42% en 2015.

A l'hôpital la pénurie de médecins se fait déjà sentir, surtout dans certaines spécialités comme l'anesthésie-réanimation mais aussi la psychiatrie, avec une importance variable selon les régions.

Ces constatations ont conduit des directeurs d'hôpitaux gérant des secteurs de santé mentale à produire un rapport (2) analysant ces carences de psychiatres hospitaliers et demandant un « *plan de sauvetage* » pour les établissements les plus touchés.

Selon cette étude, moins de 83% des postes temps plein sont pourvus en moyenne. Mais il existe des établissements entraînés dans une « *spirale descendante* ». « *Plus les secteurs ont des postes vacants, plus ils ont des difficultés à recruter de nouveaux praticiens en cas de départs* ». Les équipes les plus réduites ayant davantage de mal à renouveler leurs partants.

⁽¹⁾ Secteur 7, Centre Hospitalier, 84143 Montfavet, Tél 04.90.03.91.97

Ainsi il existe un écart croissant entre des établissements attractifs, bien dotés budgétairement et qui renouvelleront sans peine leurs praticiens et des établissements peu attractifs.

Ces derniers ont, d'après le rapport, le profil suivant : centre hospitalier général ayant peu de services de psychiatrie (2 en moyenne), sans lien avec l'université et situé en milieu rural.

Six régions sont davantage touchées par cette pénurie. Il s'agit de l'Auvergne, du Nord Pas de Calais, de Champagne Ardenne, de la Basse Normandie, du Centre et de Poitou-Charentes. Dans ces régions les postes à temps plein et temps partiels sont pourvus à moins de 90%.

Face à cette pénurie croissante de praticiens, le gouvernement élabore des réponses qui s'inspirent notamment des deux rapports : celui du Professeur Guy Nicolas et celui du Professeur Michel Amiel.

Le rapport Nicolas (3) préconise une plus grande mobilité des praticiens et le recrutement de « *médecins hospitaliers contractuels* ». Pour remplir les postes laissés vacants, les hôpitaux pourront recruter des médecins contractuels sur la base d'un contrat d'objectif d'une durée de 5 ans, soumis à l'accord des directeurs d'agence régionale d'hospitalisation (ARH). Pourraient prétendre à ces contrats, les médecins inscrits sur la liste d'aptitude aux fonctions de PH et les anciens internes ayant effectué 2 ans de post-internat.

Le Professeur Nicolas propose la création du statut « *d'assistant hospitalier* » (calqué sur celui des chefs de clinique assistants) et la mise en place de 1 000 postes d'assistants hospitaliers répartis entre les régions en fonction des besoins par les directeurs d'A.R.H..

Ce rapport préconise la création de « *réseaux autour d'un hôpital référent* » et de *nommer les praticiens hospitaliers* non plus sur un établissement mais *sur une communauté ou un réseau d'établissements* (répondant aux besoins d'une population de 150 000 à 300 000 habitants). Ces nouvelles super-structures seraient dotées du statut d'Etablissement Public de Santé, ce qui faciliterait la mobilité des praticiens contractuels en leur sein.

Par ailleurs les fonctions de chef de service seraient limitées à deux mandats successifs, c'est-à-dire 10 ans, afin d'assurer la mobilité à la tête des services.

Le rapport Amiel (4) propose de *réviser le statut des médecins à diplôme étranger* pour les maintenir à des postes hospitaliers et à intégrer certains dans le corps des PH. Une estimation de la DRASS de 1995 porte à environ 7 000 le nombre de médecins à diplôme étranger travaillant dans les hôpitaux, toutes spécialités confondues. Ce rapport propose l'élargissement des conditions d'accès au concours de praticien adjoint contractuel (PAC) (3 ans d'exercice entre le 1er février 1991 et le 1er janvier 1996) ainsi qu'une nouvelle grille de rémunération (inférieure de 10% à celle des PH) et d'évolution de carrière. Le Pr Amiel préconise l'intégration progressive des PAC notamment en les autorisant à passer le concours national des PH après 6 ans d'exercice à temps plein.

D'autres mesures sont proposées pour intégrer les médecins à diplômes étrangers n'ayant pu passer le concours de PAC ou y ayant échoué.

A la lumière de ces différents rapports on discerne ce que pourraient être les médecins hospitaliers de demain. Ils seront en moyenne plus âgés, ils comporteront un nombre plus important de femmes et de médecins à diplômes étrangers.

L'unicité et l'indépendance des praticiens se verraient affaiblies du fait de leur affectation par les directeurs d'A.R.H. et par la mise en place de contrats avec rémunération attractive, soumise à la loi du marché, pour les postes laissés vacants.

1 - Médecins : une baisse programmée des effectifs entre 2004 et 2009, SESI, Ministère de l'emploi et de la Solidarité n°96.

2 - ADESM : « Etude sur la pénurie de psychiatres praticiens hospitaliers ».

3 - Guy NICOLAS, Michèle DURET : « Rapport sur l'adéquation entre les besoins hospitaliers et les effectifs en anesthésie-réanimation, gynécologie-obstétrique, psychiatrie et radiologie ».

4 - « Commission PAC, rapport de mission ».



RUBRIQUE
LA LECTRICE

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

LE DISCOURS DE LA SERVITUDE VOLONTAIRE
d'Etienne La Boétie

*... « Or ce tyran seul, il n'est pas besoin de le combattre,
ni de l'abattre. Il est défait de lui-même, pourvu que
le pays ne consente point à sa servitude. Il ne s'agit
pas de lui ôter quelque chose, mais de rien lui donner. »*

Notre lecture se soumet au plaisir des rencontres, mais aussi des situations institutionnelles, qui immanquablement font surgir la référence à tel livre, tel auteur, telle citation.

Ainsi le sentiment que les pouvoirs administratifs puissent nous imposer « *des solutions médico-sociales* » dans le cadre d'un projet médical d'établissement qui se voulait soignant, m'a amené, avec plaisir, à une relecture d'Etienne La Boétie. Une façon de s'en sortir comme on peut, mais d'une manière cultivée, d'un discours ambiant qui se veut culpabilisant à outrance.

Lire c'est dévoiler cette chose dont la psychanalyse, depuis ses débuts, n'a cessé de repérer, témoigner, et théoriser à partir du discours de l'analysant dans la cure.

Aujourd'hui, il s'agit du rapport du « sujet névrosé » avec « son maître », que ce soit l'hystérique empêtré dans le discours du maître, jusqu'à l'obsessionnel qui ne sait à quel maître se vouer pour échapper à ce que LACAN appelait « le Fading du sujet ». Plutôt un maître, que la disparition, la mort symbolique. Une autre façon de le dire, le névrosé préfère l'interdit à la castration.

La Boétie, tendre ami de Montaigne, a 18 ans quand il écrit son discours. Avec les accents d'un érudit qui a étudié les textes grecs et latins. On reconnaît déjà, sous la plume de ce jeune lettré, ce sens de la dialectique qui lui permet d'aborder les sujets les plus épineux et les scabreux, la question du pouvoir du maître, dans une France du XVI^e Siècle soumis à l'absolu du roi et aux guerres de religion. Avec cette hauteur de vue « *levons les yeux vers le ciel pour l'amour de la vertu... apprenons à bien faire...* » qui ne peut que nous étonner à cause de l'impétuosité de la jeunesse.

Prenons en de la graine ! jusqu'à y revenir pour une raison ou une autre chaque fois que la question du pouvoir du maître se pose dans notre pratique quotidienne.

⁽¹⁾ Secteur 7, Centre Hospitalier de Montfavet 84143 Montfavet Cedex, Tél 04.90.03.91.97

Textes à suivre dans les prochains numéros :

- « Le médecin fils de la sorcière » d'après la Sorcière de Michelet.
- « Il faut casser les anciennes tables » d'après Ainsi parlait Zarathoustra de Nietzsche.
- « A propos de la gémellité » : Fadette de Georges Sand.
- « Sur la création » : L'homme qui plantait des arbres de Giono.
- « Comment régler son symptôme? » : le Mythe de Jonas.



Discours de la servitude volontaire

« Il n'est pas bon d'avoir plusieurs maîtres ; n'en ayons qu'un seul ; Qu'un seul soit le maître, qu'un seul soit le roi ».

Voilà ce que déclara Ulysse en public, selon Homère.

S'il eût dit seulement : *« Il n'est pas bon d'avoir plusieurs maîtres »*, c'était suffisant. Mais au lieu d'en déduire que la dénomination de plusieurs ne peut être bonne, puisque la puissance d'un seul, dès qu'il prend ce titre de maître est dure et déraisonnable, il ajoute au contraire : *« N'ayons qu'un seul maître... »* Il faut peut être excuser Ulysse d'avoir tenu ce langage, qui lui servait alors pour apaiser la révolte de l'armée : je crois qu'il adaptait plutôt son discours aux circonstances qu'à la vérité.

Mais à la réflexion, c'est un malheur extrême que d'être assujetti à un maître dont on ne peut jamais être assuré de la bonté, et qui a toujours le pouvoir d'être méchant quand il le voudra. Quant à obéir à plusieurs maîtres, c'est être autant de fois extrêmement malheureux.

Je ne veux pas débattre ici la question tant de fois agitée, à savoir *« si d'autres sortes de républiques sont meilleures que la monarchie »*. Si j'avais à la débattre, avant de chercher quel rang la monarchie doit occuper parmi les divers modes de gouverner la chose publique, je demanderais si l'on doit même lui en accorder aucun, car il est difficile de croire qu'il y ait rien de public dans ce gouvernement où tout est à un seul. Mais réservons pour un autre temps cette question qui mériterait bien un traité à part, et qui provoquerait toutes les disputes politiques.

Pour le moment, je voudrais seulement comprendre comment il se peut que tant d'hommes, tant de bourgs, tant de villes, tant de nations supportent quelquefois un tyran seul qui n'a de puissance que celle qu'ils lui donnent, qui n'a pouvoir de leur nuire qu'autant qu'ils veulent bien l'endurer, et qui ne pourrait leur faire aucun mal s'ils n'aimaient mieux tout souffrir de lui que de le contredire. Chose vraiment étonnante - et pourtant si commune qu'il faut plutôt en gémir que s'en ébahir-, de voir un million d'hommes misérablement asservis, la tête sous le joug, non qu'ils soient contraints par une force majeure, mais parce qu'ils sont fascinés et pour ainsi dire ensorcelés par le seul nom d'un, qu'ils ne devraient pas redouter - puisqu'il est seul - ni aimer- puisqu'il est envers eux tous inhumain et cruel. Telle est pourtant la faiblesse des hommes : contraints à l'obéissance, obligés de temporiser, ils ne peuvent pas être toujours les plus forts. Si donc une nation, contrainte par la force des armes, est soumise au pouvoir d'un seul - comme la cité d'Athènes le fut à la domination des trente tyrans -, il ne faut pas s'étonner qu'elle serve, mais bien le déplorer. **Ou plutôt, ne s'en étonner ni ne s'en plaindre, mais supporter le malheur avec patience, et se réserver pour un avenir meilleur.**

Nous sommes ainsi faits que les devoirs communs de l'amitié absorbent une bonne part de notre vie. Il est raisonnable d'aimer la vertu, d'estimer les belles actions, d'être reconnaissants pour les bienfaits reçus, et de réduire souvent notre propre bien-être pour accroître l'honneur et l'avantage de ceux que nous aimons, et qui méritent d'être aimés. Si donc les habitants d'un pays trouvent parmi eux un de ces hommes rares qui leur ait donné des preuves d'une grande prévoyance pour les sauvegarder, d'une grande hardiesse pour les défendre, d'une grande prudence pour les gouverner ; s'ils s'habituent à la longue à lui obéir et à se fier à lui jusqu'à lui accorder une certaine suprématie, je ne sais s'il serait sage de l'enlever de là où il faisait du bien pour le placer là où il pourra faire mal ; il semble, en effet, naturel d'avoir de la bonté pour celui qui nous a procuré du bien, et de ne pas en craindre un mal.

Mais, Ô grand Dieu, qu'est donc cela? Comment appellerons-nous ce malheur? Quel est ce vice, ce vice horrible, de voir un nombre infini d'hommes, non seulement obéir, mais servir, non pas être gouvernés, mais être tyrannisés, n'ayant ni biens, ni parents, ni enfants, ni leur vie même qui soient à eux? De les voir souffrir les rapines, les paillardises, les cruautés, non d'une armée, non d'un camp barbare contre lesquels chacun devrait défendre son sang et sa vie, mais d'un seul ! Non d'un Hercule ou d'un Samson, mais d'un hommelet souvent le plus lâche, le plus efféminé de la nation, qui n'a jamais flairé la poudre des batailles ni guère foulé le sable de tournois, qui n'est pas seulement inapte à commander aux hommes, mais encore à satisfaire la moindre femmelette ! Nommerons-nous cela lâcheté? Appellerons-nous vils ou couards ces hommes soumis? Si deux, si trois, si quatre cèdent à un seul, c'est étrange, mais toutefois possible ; on pourrait peut-être dire avec raison : c'est faute de coeur. Mais si cent, si mille souffrent l'oppression d'un seul, dira-t-on encore qu'ils n'osent pas s'en prendre à lui, ou qu'ils ne le veulent pas, et que ce n'est pas couardise, mais plutôt mépris ou dédain?

Enfin si l'on voit non pas cent, non pas mille hommes, mais cent pays, mille villes, un million d'hommes ne pas assaillir celui qui les traite tous comme autant de serfs et d'esclaves, comment qualifierons-nous cela? Est-ce lâcheté? Mais tous les vices ont des bornes qu'ils ne peuvent pas dépasser. Deux hommes, et même dix, peuvent bien en craindre un ; mais que mille, un million, mille villes ne se défendent pas contre un seul homme, cela n'est pas couardise : elle ne va pas jusque-là, de même que la vaillance n'exige pas qu'un seul homme escalade une forteresse, attaque une armée, conquière un royaume. Quel vice monstueux est donc celui-ci, qui ne mérite pas même le titre de couardise, qui ne trouve pas de nom assez laid, que la nature désavoue et que la langue refuse de nommer?... »

COMMENT FONCTIONNE PSY-CAUSE ?

Le projet de la revue s'est structuré en filiation à quelques idées fondatrices du secteur. Ainsi, pour permettre un travail de terrain et de proximité, approfondi auprès des acteurs de santé mentale de notre inter-région, nous avons « *sectorisé* » la revue en deux pôles ayant chacun à leur tête, un coordinateur chargé de la direction de la publication et de la rédaction en chef. Le dernier assemblage des textes avec mise en forme de l'ensemble, se fait au secrétariat du secteur 13 G 27, siège social et logistique.

Organisation des deux pôles

1 - Le pôle ouest :

. Coordinateur : Jean-Paul BOSSUAT. Secteur 27, Centre Hospitalier de Montfavet, 84143 Montfavet Cedex, Tél 04.90.03.92.76, Fax 04 90 03 92 79.

. Réunions du Comité de Rédaction à l'Espace Médical du Centre Hospitalier de Montfavet, le deuxième vendredi des mois impairs de 10h 30 à midi (Janvier, Mars, Mai, Juillet, Septembre, Novembre).

. Aire géographique concernée : Le Vaucluse et le nord des Bouches du Rhône, le Gard. Evolution possible vers la Drôme et l'Hérault.

. Lieux où sont présents les animateurs de la revue : Alès, Avignon, Nîmes, Uzès.

2 - Le pôle est :

. Coordinateur : Thierry LAVERGNE. Secteur 18, Centre Hospitalier Montperrin, 13617 Aix-en-Provence Cedex 1, Tél 04 42 16 16 71, Fax 04 42 16 18 10.

. Réunions du Comité de Rédaction au Centre de Formation du Centre Hospitalier de Montperrin, le deuxième vendredi des mois pairs de 10h 30 à midi (Février, Avril, Juin, Octobre, Décembre).

. Aire géographique concernée : Les Bouches du Rhône (sauf le nord), le Var, les Hautes Alpes, les Alpes de Haute Provence. Evolution possible vers Nice.

. Lieux où sont présents des animateurs de la revue : Aix-en-Provence, Briançon, Laragne, Marseille, Martigues, Toulon.

Rôle et fonction des membres de l'équipe de Psy-Cause

1 - Direction et rédaction en chef : exercice collégial au niveau des coordinateurs de pôle. *Les articles, textes et abonnements* doivent être adressés au coordinateur du pôle concerné, en fonction de l'aire géographique.

2 - Relation avec les sponsors, en particulier avec l'industrie pharmaceutique. Elle est coordonnée par Huguette FERRE, secteur 5, Centre Hospitalier de Montfavet, 84143 Montfavet Cedex, Tél 04 90 03 91 71.

3 - Secrétariat de Rédaction : Didier BOURGEOIS, secteur 5, Centre Hospitalier de Montfavet, 84143 Montfavet Cedex, Tél 04 90 03 91 63. Outre la gestion des réunions, il a en charge les illustrations de Psy-Cause.

4 - Comité de Rédaction et Comité de Lecture : Le Comité de Lecture est formé par les membres du Comité de Rédaction. Le Comité de Rédaction est associé aux décisions collégiales concernant la gestion de la revue.

5 - Les correspondants : Leur rôle est important car, comme les membres du Comité de Rédaction, ils sont des militants actifs de Psy-Cause sur le terrain. Faire connaître la revue, susciter des abonnements, créer une dynamique institutionnelle autour de la publication débouchant sur des articles traitant de sujets faisant la trame d'une revue de proximité interactive, est autant le rôle d'un membre du Comité de Rédaction que d'un correspondant. Les correspondants sont invités aux Comités de Rédaction et en reçoivent les comptes-rendus.

Depuis sa création en Juillet 1995, la revue Psy-Cause a vu son aire géographique s'étendre du fait de son réseau de rédacteurs et correspondants. La diffusion de cette publication n'est pas artificielle et très largement subventionnée comme pour certaines revues nationales. Revue du Sud de la France, elle peut voir son organisation « sectorielle » ultérieurement remaniée.

Jean-Paul BOSSUAT

Thierry LAVERGNE



BULLETIN D'ABONNEMENT

Nom, prénom

Adresse professionnelle.....

S'abonne pour un an à la revue « Psy-Cause », à partir du N°...(N° 1, 2, 3, 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