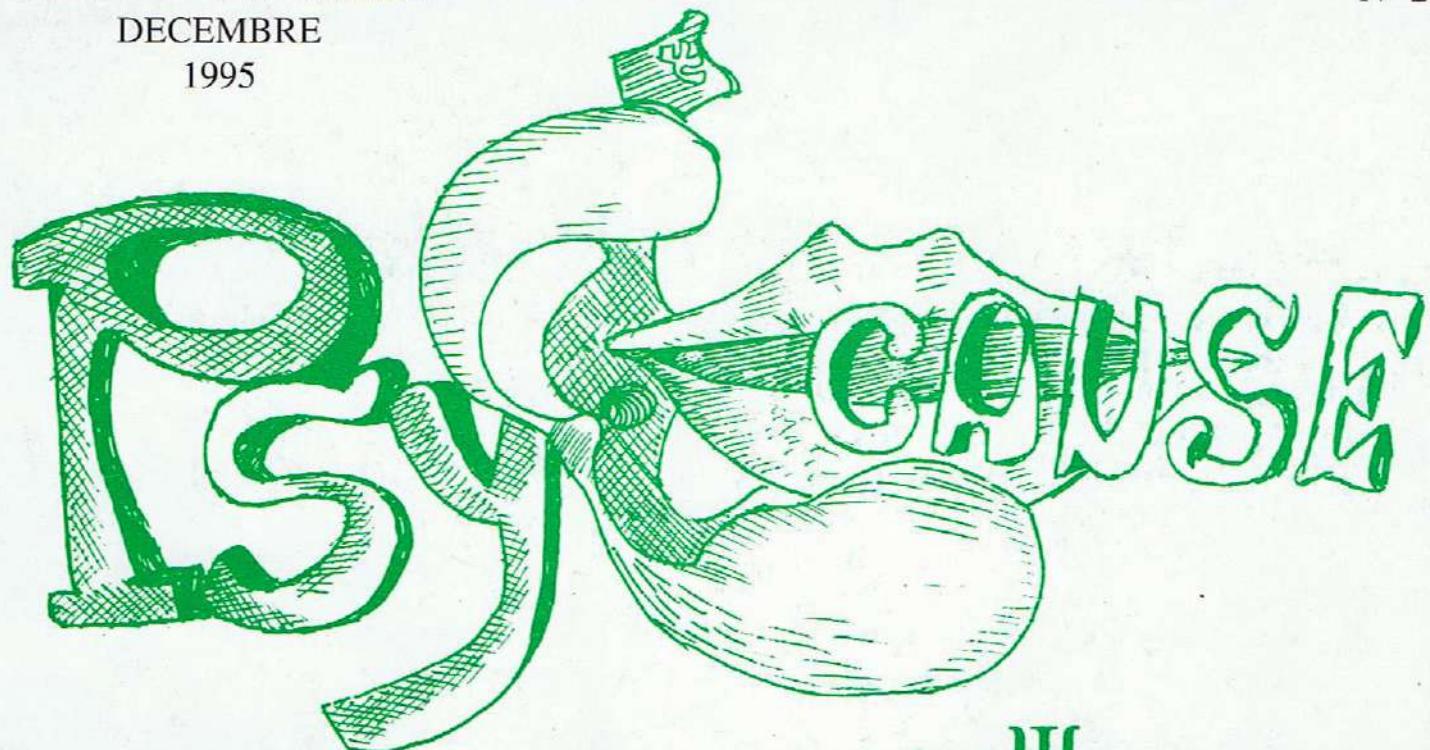


OCTOBRE - NOVEMBRE
DECEMBRE
1995

N° 2



Sommaire :

- La prise en charge «bipolaire» du psychotique au «Groupe» (Mémoire infirmier).
- Le théâtre à l'Hôpital de Jour de Saint Rémy.
- L'anorexie mentale : mode de vie - de survie ?
- L'Inconscient : l'état des connaissances actuelles, sa découverte par Freud.
- Syllogisme thérapeutique moderne : à propos d'une perfusion de versets du Coran dans la bande de Gaza.
- Rubriques : actualité scientifique locale, courrier des lecteurs, cinéma.

Revue trimestrielle

Prix au numéro : 30 F.

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

Adresse de la revue : Docteur Jean-Paul BOSSUAT

Centre Hospitalier de Montfavet 84143 cedex

EDITORIAL

Elle est née, elle est encore petite et a besoin de soins constants. Elle est pleine de vie et ne demande qu'à grandir, qu'à apprendre. Elle aime ses lecteurs et voudrait qu'ils lui écrivent. On appelle ça "le courrier des lecteurs".

A propos des lecteurs, beaucoup lui ont reproché d'être mal habillée ; elle va faire un effort, améliore son traitement de texte, s'habille d'une couverture couleur et espère progresser encore en qualité au début de l'année 96.

Les mêmes lecteurs et d'autres ont aimé la lire, y trouver le questionnement théorico-pratique des acteurs de santé mentale du coin.

A vos plumes et à bientôt, cordialement,

Docteur Thierry LAVERGNE
Rédacteur en chef

QUI FAIT LA REVUE ?

Directeur de la Publication

Jean Paul BOSSUAT

Directeur Adjoint

Thierry LAVERGNE

Rédacteur en Chef

Thierry LAVERGNE

Rédacteur en Chef Adjoint

Jean Paul BOSSUAT

Secrétaire de Rédaction

Didier BOURGEOIS

Comité de Rédaction

Régis ASTIC

Huguette FERRE

Jean Louis GAUTHIER

Léo GOUDARD

Marc Aloïs LILLO

Henri LOMBARD

Jean Louis PAULETIG

Christian TARDIEU

Jany VIDON

Eric VIGNERON

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

QUI AIDE LA REVUE ?

Conseil Scientifique

Michèle ANICET
Henri BERNARD
Carmen BLOND
José LAMANA
Joëlle LEVEZIEL
Louis MERLIN
Gérard MOSNIER
Maurice PAILLOT
Dominique PAQUET
Edmond REYNAUD
Béatrice SEGALAS
Danièle SILVESTRE
Mohand SOULALI
Jean Pierre SUC
Yves TYRODE

Correspondants

Joëlle ARDUIN
Mireille BRUN
André Salomon COHEN
Rémi DELAITRE
Jean Michel GAGLIONE
Gérard IMBERT
Claude MIENS
Christian MIRANDOL
Danielle RAOUX

Deux Laboratoires pour ce numéro deux

Laboratoire ORGANON
Laboratoire WYETH-LEDERLE

Didier BOURGEOIS et Laure FABRE ont dessiné les illustrations originales. Guy-Emile CAT, Marie Josée CEBE et Martine FLAMICOURT ont contribué à sa fabrication.

LISTE DES AUTEURS DES ARTICLES du Numéro 2

Didier BOURGEOIS, Praticien Hospitalier, secteur 5, C.H. Montfavet.
Bernard CAIZERGUES, Infirmier, Centre de Santé Mentale de Saint Rémy de Provence, secteur 27, C.H. Montfavet.
Fabienne CAYOL, Médecin Assistant, Unité Mère Bébé, C.H. Montfavet.
Marie Josée PAHIN, Psychanalyste, Question Freudienne.
Marianne PARIS, Infirmière, Le Groupe, secteur 7, C.H. Montfavet.
Claudine Saulnier, Infirmière, Centre de Santé Mentale de Saint Rémy de Provence secteur 27, C.H. Montfavet.

Ainsi que des rubriques de :

Jean Paul BOSSUAT, Praticien Hospitalier chef de service, secteur 27, C.H. Montfavet.

Huguette FERRE, Praticien Hospitalier, secteur 5, C.H. Montfavet.

LA PRISE EN CHARGE "BIPOLAIRE" DU PSYCHOTIQUE

Mémoire IFSI Montfavet
Promotion 1989 - 1992

Marianne PARIS
Infirmière - Le Groupe
Secteur 7 - CH Montfavet

Introduction

Les psychotiques : "Ils ont tout subi de la part de la sollicitude thérapeutique des psychiatres... Ils ont été douchés, baignés, électrocutés, piqués, sucrés, désucrés, neuroleptisés, psychotérapisés, seuls ou en criant... Ils ont dansé, sculpté, peint, cousu, sauté, nagé, skié, attrapé un ballon, des champignons, des poissons, des coquillages.... Ils ont été promenés à pied, à cheval, en voiture, en bateau et en avion... En attendant autre chose" (M.HORASSIUS).

A l'issue des différents stages effectués pendant ma formation, j'ai été amenée, au contact des psychotiques, à me poser la question suivante : "Ces patients sont-ils réinsérables socialement ?".

A priori, ma réponse était négative. En effet, si cette réinsertion était possible, pourquoi le plupart restaient-ils toute leur vie à l'hôpital psychiatrique ? Pourtant, lors d'un de mes stages, j'ai eu l'occasion de rencontrer une structure de soin appelée "**le groupe**", prenant en charge de jeunes adultes psychotiques et se référant à un concept théorique, celui de la "**bipolarité**". Ce fut pour moi la découverte d'une nouvelle façon de travailler, auprès d'une équipe motivée, qui m'a permis de modifier mon a priori sur la resocialisation de ces patients.

I - Présentation du concept théorique de la "bipolarité" au travers du fonctionnement du Groupe

Dans ce chapitre, je me propose d'éclaircir le concept de la "bipolarité" à partir d'une approche théorique et des pratiques.

A - PRESENTATION DU GROUPE

Dans ce paragraphe, je vais uniquement m'attacher à décrire le groupe tel qu'il fonctionne actuellement.

a - Historique

Le groupe a été fondé en 1987 avec une équipe de soignants volontaires et motivés ayant choisi l'abord thérapeutique psychanalytique des psychoses.

b - Spécificité

Le groupe prend en charge de jeunes psychotiques. Actuellement, 18 patients sont suivis, dont 9 vivent à l'extérieur. Ils ont d'importantes difficultés d'aptations sociale, familiale, professionnelle, scolaire et relationnelle. Du fait de leur pathologie et de leur vécu antérieur, ils sont très dépendant des autres.

Les psychotiques, qui sont pris en charge sur le groupe, sont volontaires et présentés dans un premier temps par leur équipe médicale à celle du groupe. Si le groupe accepte la candidature, le patient est alors reçu à son tour et une réponse définitive lui est donnée.

Les critères de refus sont généralement :

- * L'âge (patient trop vieux),
- * La pathologie : pathologies autres que la psychose, suite de psychose infantile,....
- * L'absence d'un deuxième pôle possible de prise en charge, "*d'un extérieur*".

Après une période d'essai d'un mois environ, chaque patient se voit proposer un contrat à durée déterminée, révisable selon l'évolution de sa pathologie, avec un projet personnalisé et adapté à son cas, visant à préserver au maximum ses acquis, orienté vers son autonomie et à la reprise d'une vie sociale à l'extérieur, tout en restant en relation avec l'équipe.

c - Le fonctionnement

Le groupe assure la prise en charge et le suivi des patients en utilisant toutes les formules possibles, qui peuvent aller de l'hospitalisation complète jusqu'au suivi à l'extérieur de patients installés en appartement individuel ou dans leur famille et bénéficiant de retours ponctuels sur le groupe par le biais d'Hospitalisation De Jour (HDJ), d'Hospitalisation De Nuit (HDN) ou même seulement pour une ou plusieurs activités.

Certains patients sont pris en charge en psychotérapie privée ou dans l'institution.

Une réunion hebdomadaire, le jeudi matin, centrée sur un ou deux cas, est la "plaque tournante" de l'Unité. C'est à partir de là que partent les projets et qu'ils sont évalués et réajustés en fonction de l'évolution des pathologies. Lors de ces réunion, les patients peuvent être reçus et là, chacun peut exprimer, l'équipe comme le malade, "ses désirs" et "ses projets".

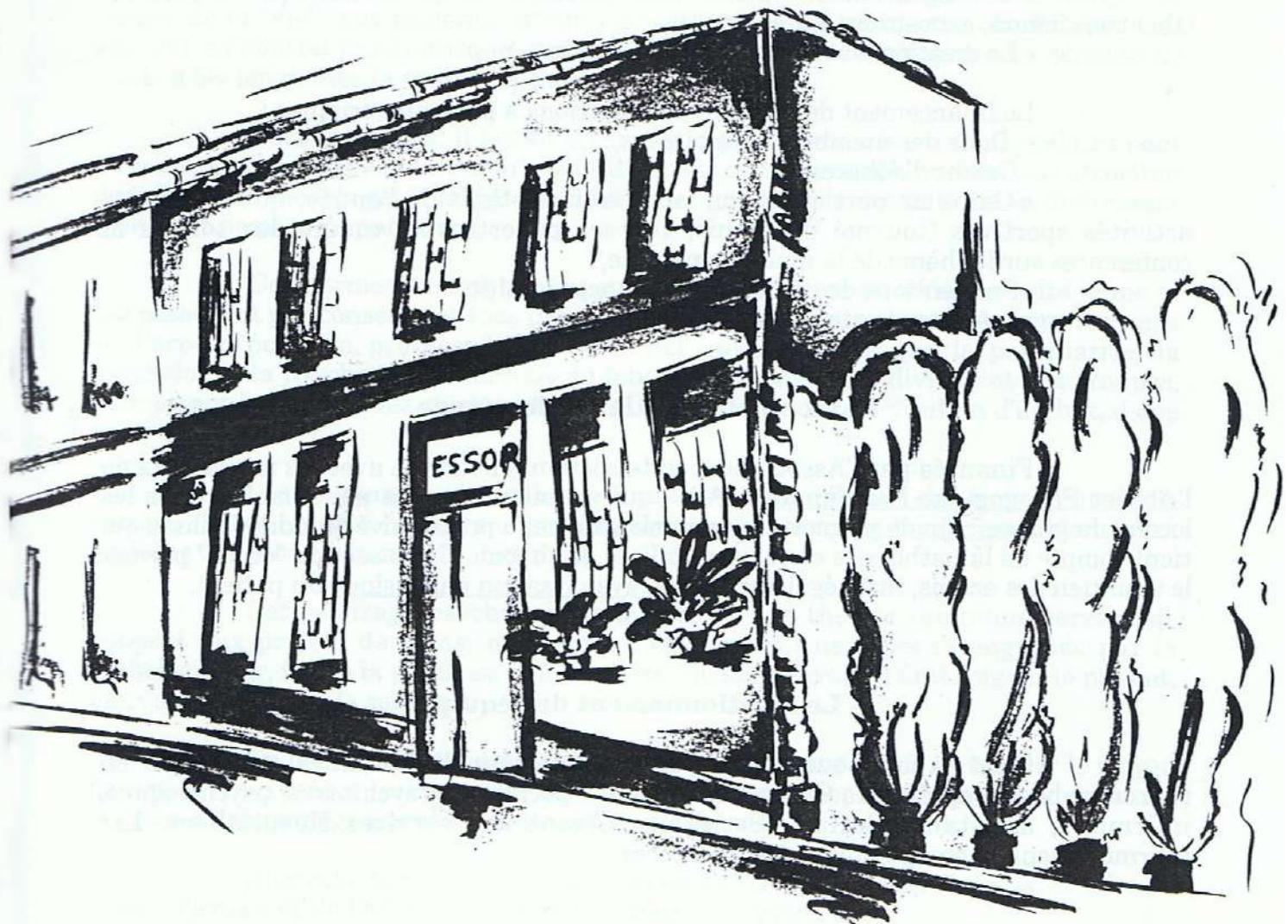
Tous les mois est organisé un séminaire réunissant toute l'équipe pour parler du fonctionnement du groupe, des difficultés rencontrées pendant les prises en charge.

Durant les réunions et séminaires est présente une psychanalyste donnant un éclairage extérieur à l'institution.

Tous les mois, se déroule également une réunion avec les parents, le Médecin-Chef de Service et certains membres de l'équipe. C'est avant tout un lieu de rencontre équipe-familles, mais aussi familles-familles, dont l'objectif essentiel est celui de déculpabiliser et rassurer les parents face à la pathologie et au comportement de leur enfant.

Enfin, toutes les prises en charge sont basées sur la création de pôles extérieurs, le minimum étant de différencier deux pôles comme, par exemple, le pôle de groupe et celui de la famille. Cette prise en charge "bipolaire" sert de support aux différents projets élaborés pour les patients; C'est un point que je vais essayer de développer ultérieurement, afin d'en saisir le mécanisme.

Le groupe ferme à Noël, à Pâques et une quinzaine de jours l'été, le patient ira alors vers un autre pôle. Actuellement, est à l'essai la fermeture du week-end.



d - L'association

Une association, créée en Avril 1988, est issue de la réflexion des soignants du groupe. En effet, le budget hospitalier ne pouvant prendre en compte que les soins psychiatriques spécifiques, d'importants problèmes financiers et humains se présentaient lors de la réinsertion sociale des patients. Cette réflexion a amené l'éventualité de la création d'une Association afin d'avoir un outil supplémentaire dans la prise en charge des psychotiques du groupe. Le but général étant d'améliorer leurs conditions de vie. La souplesse de fonctionnement d'une Association loi 1901 permet de répondre aux besoins des patients rapidement en évitant les formalités administratives.

la motivation des adhérents de l'Association facilite l'élaboration et la réalisation de projets multiples qui peuvent être :

- L'aide au logement,
- Une action en faveur de l'accès au loisirs (ski, randonnée, matériels, séjour,...),
- L'intégration du patient dans le cadre de vie économique et culturel (théâtre, cinéma, exposition, etc..),
- La création d'ateliers (peinture, dessin,...).

Le financement de ces différentes actions a plusieurs origines :

- Dons des membres bienfaiteurs,
- Cartes d'adhérents,
- Gains de participations aux manifestations de l'année, que ce soit les activités sportives (tournoi de tennis, courses pédestres,...) comme les soirées et conférences sur le thème de la maladie mentale,
- Subventions de différentes instances locales.

e - La création de la section étude

Financée par l'Association, cette section fonctionne avec les formateurs de l'Atelier Pédagogique Personnalisé (APP) qui viennent une fois par semaine dans les locaux du groupe, afin de permettre une remise à niveau progressive et individualisée qui tient compte de la pathologie et des possibilités de chacun. Cette section "étude" permet le maintien des acquis, mais également une revalorisation narcissique du patient.

f - Le fonctionnement de l'équipe

C'est le fonctionnement d'une équipe pluridisciplinaire, comme on en rencontre beaucoup dans le Centre Hospitalier Spécialisé : Psychiatres, psychologues, infirmiers, assistante Sociale, Secrétaire, Agent des services Hospitaliers. Les infirmiers sont en équipe unique sur 24 heures.

g - Le projet de sortie sur Avignon

Actuellement, existe un projet de sortie sur AVIGNON qui permettrait de faire un pas de plus vers le "dehors" et surtout d'éviter une séparation trop grande entre le patient et le flux normal des échanges sociaux.

B - LES CADRES CONCEPTUELS

Je vais développer ce qui, selon moi, a poussé le groupe à choisir un tel fonctionnement et notamment la prise en charge dite "bipolaire" que j'ai trouvée intéressante et originale.

a - Généralités

La psychose survient à un jeune âge qui va brutalement frapper et couper de la "vie". Les patients atteints de cette maladie très grave aboutissent très souvent à l'hôpital psychiatrique et à une mort psychique invalidante. La réponse de l'asile a été longtemps la seule proposition faite.

Pour le groupe, il fallait créer une coupure (avec le système asilaire pour certains, avec le milieu environnant pour d'autres) en les accueillant dans une structure dont le contre modèle est l'asile et donc éviter les grandes concentrations en s'adressant à un petit nombre de patients.

Ces derniers ayant décompensé à l'adolescence ou à l'âge adulte jeune et qui possèdent par conséquent tous des acquis, sont postulants et motivés pour les soins et d'accord pour un processus institutionnel qui utilise ce que la psychiatrie, la psychologie, la psychanalyse connaît du fonctionnement des individus et des groupes, permettant l'accueil et les soins au travers d'un contrat, de la définition d'un but, d'une fin.

Les soignants sont également motivés puisqu'ils ont choisi de venir sur le groupe. Ils ont accepté l'éclairage psychanalytique et une auto-formation théorique et pratique (réunions, séminaires, lectures).

Cet éclairage psychanalytique permet une théorie commune servant de support aux projets de soins, mais donne également une réponse engrenée par la pathologie, car, face à la psychose et à l'angoisse qu'elle renvoie, il faut soigner le patient, mais aussi protéger le soignant.

Au travers de tout cela, le but principal du groupe sera de trouver le moyen de conserver vivantes les capacités des jeunes psychotiques, en maintenant les acquis et grâce à l'accompagnement lui redonner goût à la "vie".

pour cela, le groupe utilisera la prise en charge "bipolaire" qui est la mise en place à l'extérieur de l'hôpital de nouveaux pôles d'interventions. Je vais donc m'attarder un peu sur cette "bipolarité" qui m'a fort intéressée dès le début de mon stage.

b - La prise en charge "bipolaire"

Lors des réunions du groupe, où j'étais présente, j'entendais toujours parler de "second pôle" : "comme ça, il aura un deuxième pôle", disait-on. A la demande d'explications, tout le monde m'en donnait volontiers et même si dans le fond c'était un peu la même chose, chacun avait sa version de la "bipolarité". Je décidais donc d'approfondir ce concept en faisant une recherche théorique personnelle qui me permettrait de mieux la comprendre et, après tout pourquoi pas, de l'expliquer à quelqu'un qui me le demanderait.

Pour cela, je vais m'appuyer sur la théorie de D.W WINNICOTT, concernant le développement de l'individu et plus particulièrement la façon dont s'opère le passage de la dépendance à l'indépendance. Si j'ai choisi D.W WINNICOTT, c'est parce qu'en cherchant de la documentation, j'ai trouvé un article parlant de ce concept et illustrant, à mon avis, parfaitement et de façon claire la "bipolarité".

* Le concept

Dans un premier temps, parler du nourrisson, selon D.W WINNICOTT, consiste à parler de la "structure individu-environnement". Le nourrisson n'existe que dans la relation symbolique mère-enfant avec la nécessité d'un environnement bon et fiable, relation de dépendance absolue où il n'existe pas de différence : le bébé fait partie de sa mère et celle-ci de lui par le biais d'une identification intense. A cette période, l'enfant ne fonctionne que selon le principe de plaisir-déplaisir, alors que la mère considère le nourrisson comme son prolongement narcissique. De plus, la mère, distributrice de satisfactions ou de frustrations est investie de la signification de cette puissance.

Du point de vue de l'auteur, cette situation se retrouve fantasmée par le psychotique et fonctionne comme un aimant vers un éternel retour, maintenant une certaine permanence de l'objet primaire.

* Les premiers temps de l'hospitalisation

Je comparerai la structure institution-patient par analogie à la structure individu-environnement (mère-enfant).

Les premiers temps de l'hospitalisation se placent sous le signe de la régression à des relations de dépendance absolue où l'institution va prendre en charge entièrement les besoins du patient. C'est cependant à cette période que vont fonctionner les processus propres aux relations primitives mère-enfant, proches de la fusion dans le sens où il n'est pas demandé grand chose au patient à ceci près qu'il doit suivre les règles institutionnelles.

Là donc, quand même, une nuance séparatrice :

- Vie communautaire,
- Réunions,
- Temps de séjour,
- Fermeture.

Au bout d'un mois d'essai environ, après avoir évalué les capacités réciproques du patient et de l'institution à vivre ensemble, va être établi un contrat introduisant un repère temporel (un début, une fin), ce qui pourrait être une première mesure évoquant la séparation.

* Les instances de séparation

Celles-ci peuvent renvoyer la notion de tiers extérieur qui tend à interrompre la relation mère-enfant, institution-patient.

Elles se situent donc en dehors et au dedans de l'institution tendant à introduire une structuration, une position du sujet tant par rapport à des règles ou instances internes que par rapport à des instances extérieures (investissement de l'espace extérieur).

Structure ouverte et activités extérieures

C'est un pavillon "ouvert" où l'on rentre et sort comme on le veut et que l'on se contente de simples relations sociales (courses dans les magasins, café) ou d'activités extérieures plus structurées (piscine, Atelier Pédagogique Personnalisé qui se fait à l'extérieur pour certains, théâtre,...), l'espace extérieur est en quelque sorte rempli d'un objet quelconque que le patient peut investir lui permettant un certain éloignement de l'institution. On retrouve là l'élargissement possible du champ de la relation que l'on peut rapprocher de la diversification des relations objectales qui permettent à l'enfant de se détacher progressivement de la mère.

Les différentes formes d'hospitalisation

Des espaces intermédiaires entre l'hospitalisation (le dedans) et la sortie (le dehors) sont apparus nécessaires au fur et à mesure des prises en charge depuis la création du groupe, soit dans la perspective d'un sevrage progressif, soit d'emblée lorsque un patient tend à s'installer dans une régression totale dans l'institution en même temps que dans la négation de dehors (symbiose mère-enfant).

Ces mesures intermédiaires, que j'appellerai "bipolaires" (nous y voilà) sont mises en place sous forme d'un contrat thérapeutique et situent la fonction soignante non seulement aux limites de l'institution, mais dans un espace englobant l'institution et le dehors et permettant au patient d'aller de l'un à l'autre.

Les mouvements possibles de va et vient dedans-dehors, maintiennent l'institution comme existante. Ils permettent d'être dehors tout en préservant la possibilité d'être dedans, jusqu'à ce que l'institution soit suffisamment intériorisée pour qu'il puisse réellement s'en séparer. On retrouve là le concept d'intériorisation suffisamment bonne de l'objet, qui semble si cher à D.W WINNICOTT, où s'instaure une relation de confiance (mère-enfant) qui introduit la capacité d'être seul.

Comme je l'ai cité dans le chapitre précédent, toutes les formules sont possibles ; le minimum étant la différenciation de deux pôles. La non-existence de la perspective d'un pôle extérieur est devenue un critère de refus de candidature d'un patient sur le groupe à l'heure actuelle.

Je vais illustrer ce paragraphe par un exemple rapide :
ROGER, 34 ans, sur le groupe depuis 5 ans, était au début hospitalisé à temps complet. Ensuite, s'est instauré un deuxième pôle qui consistait à aller chez ses parents le week-end. Des "accrochages" de plus en plus fréquents entre ROGER et son père ont poussé l'équipe à trouver un second pôle de remplacement. Ainsi, il fut trouvé à ROGER un studio sur AVIGNON. Au début, ce dernier s'y rendait un jour sur deux et passait la nuit là bas, tout en continuant à aller chez ses parents le week-end. Puis, rapidement, après une dispute avec son père, il est retourné de son plein gré pour y séjourner le week-end sans intervention de l'équipe.

Actuellement, ROGER vient de temps en temps passer une journée sur le groupe et le week-end, il va chez lui dans son studio. Il rend visite à ses parents lorsqu'il le décide en accord avec eux et non plus par obligation, et se refugie volontiers chez lui si il estime que cela se passe mal avec sa famille.

Les fermetures

Les fermetures de Noël, Pâques, du mois d'Août, ainsi que celles des weekends, ont été mises en place pour couper le temps de prise en charge totale. Par exemple, pour les patients ayant un appartement, pas de visite à domicile, ni de possibilité d'Hôpital de Jour. Ainsi est laissé aux patients un espace dans le temps au dehors. C'est en quelque sorte une épreuve de réalité par l'intermédiaire de la frustration (l'objet institution n'est pas idéalement bon).



C - CONCLUSION

Pour moi, le groupe est une aire intermédiaire qui se situe entre l'intérieur et l'extérieur et où se passent des phénomènes transitionnels indispensables pour l'autonomisation du psychotique. On se trouve dans un système tripartite patient-intérieur-extérieur, rappelant la relation triangulaire enfant-mère-père "*qui est l'axe du développement et de la structure de la personnalité*" (R. SPITZ).

II - Etude de cas

A l'aide de l'étude de cas qui va suivre, je vais montrer comment la "bipolarité" peut être appliquée dans la prise en charge d'un patient du groupe.

A - BIOGRAPHIE

Mme D... est née le 22 octobre 1939 dans la Drôme, elle a 52 ans. Elle est la cinquième enfant d'une fratrie de sept enfants (six filles, un garçon). De son père, ancien ouvrier agricole, elle n'a plus de nouvelle depuis 1975. Sa mère est décédée d'une artérite en 1970. Madame D... est allée à l'école jusqu'à l'âge de 14 ans. Au niveau de sa vie professionnelle, le dossier mentionne qu'"elle a travaillé dans un restaurant (pendant un mois) puis en usine jusqu'à l'âge de 18 ans. Elle fait la connaissance de son futur mari (garde pêche), qui est déjà marié. A cette époque, elle fait une **tentative de suicide** (phlébotomie + comprimés) en réaction au désaccord de ses parents avec son ami. Elle quitte le foyer familial car elle est enceinte, mais fait un avortement spontané entraînant une infection génitale qui la rendra stérile. Elle vit avec lui pendant cinq ans, puis se marie en 1964. En 1970, elle fait une **fugue** en Algérie avec un amant, puis revient six mois après. Son mari demande le divorce à son retour en 1971. La raison évoquée pour le divorce est une mauvaise entente surtout sur le plan sexuel (frigidité de Madame D....).

Jusqu'en 1975, elle vivra surtout chez sa soeur et effectuera plusieurs petits travaux (PTT, campagne, ASH dans un hôpital) en alternance avec des séjours en milieu hospitalier.

B - L'HISTOIRE DE LA MALADIE

Madame D... fait une première **dépression en 1970**, après le décès de sa mère, traitée par le médecin de famille puis en clinique psychiatrique privée.

Au Centre Hospitalier Spécialisé, elle est admise en 1975, adressé par son médecin traitant, pour un syndrome dépressif ancien, assez important, évoluant depuis plusieurs années. Sa présentation à l'époque est assez théâtrale avec subexcitation, logorrhée, passage du coq à l'âne. Elle met en avant des problèmes familiaux (décès de sa mère, divorce récent).

On trouve dans le dossier qu'au cours des entretiens, elle apparaît tantôt **séductrice** avec un discours plus ou moins adapté, tantôt plus **délirante** avec de nombreux thèmes sexuels et surtout l'impression de devenir sa mère, ainsi qu'un syndrome d'automatisme mental à minima.

Son humeur est plutôt **cyclique** avec une alternance de phases plus ou moins euphoriques ou dépressives (en rapport souvent avec les relations qu'elle peut avoir avec des hommes qu'elle rencontre). Elle fait quelques crises d'angoisse avec tachycardie souvent réactionnelles à des difficultés rencontrées (comme, par exemple, le divorce prononcé à ses torts). A noter, en 1976, l'apparition d'**hallucinations auditives** signalées par la malade. Le diagnostisc médical posé est le suivant : Madame D... présente un tableau de schizophrénie.

Depuis 1975, le séjour de Madame D... au Centre Hospitalier Spécialisé a été **quasi perpétuel**, entrecoupé de brèves sorties soit au Centre Hospitalier Général pour des problèmes somatiques (salpingite aiguë en 1976, curetage biopsique d'un fibrome en 1984), phlébite en 1985), soit dans des établissements de post-cure, mais ces sorties n'ont jamais dépassé deux mois.

En 1985, elle est transférée dans le service où elle est actuellement. A ce moment là, le dossier médical fait mention d'une schizophrénie développée sur un "caractère hystérique". Le délire, en voie d'enkyystement, laisse plutôt la place à une expression somatique (d'allure hypocondriaque) qu'à une expression dissociative vraie. L'état dépressif a disparu.

Elle commence une psychotérapie.

En novembre 1985, elle va dans un Centre de réinsertion sociale au VIGAN. Elle est réhospitalisée en Avril 1986 à la suite d'un geste d'autolyse (absorption d'eau de Javel). Elle refuse de retourner au Vigan.

Le projet s'est soldé par un retour au Centre Hospitalier Spécialisé avant la fin du contrat sur sa demande. Pourtant, Madame D... parle souvent de se "réinsérer", de "refaire sa vie", "d'acquérir son autonomie", en référence à un vécu antérieur, celui où elle était mariée, assumait une vie de couple, un travail.

C - LA PRISE EN CHARGE SUR LE GROUPE

Madame D... est admise sur le groupe à son ouverture ; elle a alors **47 ans**. Pour ouvrir l'Unité de Soins, il fallait un nombre minimum de prises en charge. Ainsi, pour pallier au manque de patients, malgré son âgé, Madame D... fut admise dans la structure.

Elle ne participe pas aux activités du pavillon et fait de multiples volte face par rapport à son projet d'appartement. Elle entame des démarches auxquelles elle ne donne pas suite et fait souvent des tentatives de suicide lorsque ses projets se concrétisent un peu. Pour les personnes qui la connaissent depuis longtemps, il n'y a pas de changement de comportement notable.

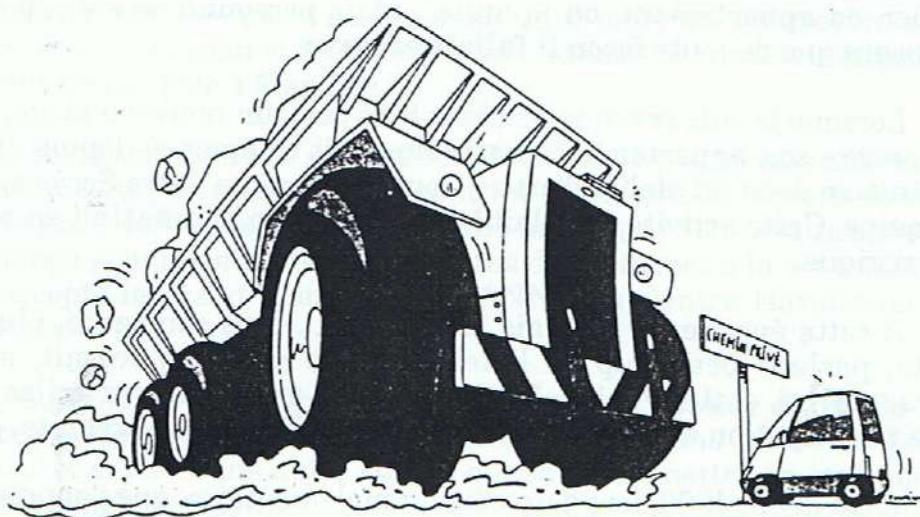
Alors qu'il lui est proposé un projet de mise en appartement thérapeutique, elle entame en Avril 1987 une période de repli en refusant de participer au repas. Elle reste tout le temps dans son lit et se plaint de la vie communautaire qui est demandée sur le groupe. En fait, d'après l'équipe, elle paraît essayer de **montrer que cela ne marchera pas**, tout en demandant sa réinsertion.

De Mai à Septembre 1987, Madame D... habitera dans l'appartement thérapeutique, mais fuguera pour aller chez sa soeur. L'équipe est un peu désespérée, avec l'impression que Madame D... est immobile, qu'elle ne s'engage pas dans le projet, qu'elle n'est pas motivée.

La famille de Madame D... est très opposée à un retour à l'appartement, ils l'ont trouvé "degueulasse", ont pris des photos et ont écrit au Président MITTERAND. En contre partie, la famille dit également ne pas pouvoir aider et s'occuper de Madame D... et estime qu'elle ne peut pas vivre en dehors de l'institution. Ils ne se sont jamais rendus aux réunion avec les familles malgré les convocations.

L'équipe envisage un passage de Madame D... dans un pavillon de patients dits "chroniques". Les thérapeutes s'y opposent.

De son côté la patiente ne veut plus d'appartement, elle demande à aller vivre dans une maison de repos, "un pavillon de repos", un lieu où on la laisse tranquille. L'appartement thérapeutique est maintenu malgré tout, mais la patiente n'y va plus. Madame D... n'a pas d'autre "ailleurs". En fait, l'équipe constate que plus elle est installée quelque part, moins elle s'investit.



le maintien d'un second pôle de prise en charge leur semble indispensable. On lui propose alors comme second pôle une Unité de Soins du Service se trouvant à CAIRANNE, à 50 kms de MONTFAVET et fonctionnant comme un pavillon d'entrées. La demande est qu'elle participe aux activités et qu'elle ait un point d'attache au dehors de l'hôpital. En décembre 1988, Madame D... commence à se rendre à CAIRANNE le week-end et y reste pendant les fermetures.

Le Médecin-Chef de Service notera "la prise en charge sur deux pôles n'entraîne pas de troubles du comportement psychiatrique". Toutefois, la patiente va alterner des périodes où elle participe bien aux activités et des périodes d'incurie avec incontinence, tabagisme et clinophilie aussi bien là bas que sur le groupe.

D - MADAME D... PENDANT MON STAGE

Lorsque je suis arrivée sur le groupe en Mars 1991, j'ai fait la connaissance de Madame D... Envers moi, elle était relativement distante et je constatais qu'elle choisissait beaucoup plus facilement des interlocuteurs hommes envers lesquels elle se montrait charmeuse. Lorsqu'elle me parlait, c'était surtout pour formuler des plaintes somatiques (mal au dos, mal au ventre, mal à la tête).

En dehors de cela, l'image qui me reste en mémoire de cette époque, c'est une patiente plus âgée que les autres, qui restait le plus clair de son temps dans son lit, habillée, à fumer, incontinente, au milieu des mégots et des croutons de pain, refusant de participer aux activités communautaires du pavillon et n'allant que de temps en temps faire du dessin ou à la piscine et à condition qu'on ne lui ait rien demandé d'autre.

J'appris qu'elle avait de gros problèmes financiers dûs à **un rappel du forfait journalier** depuis 1981. La seule possibilité financière semblait être une hospitalisation à la journée sur le groupe et les nuits chez elle, dans un appartement. Dans ces conditions, elle toucherait l'Aide aux Adultes Handicapés (AAH) complète ainsi que l'Aide Personnalisée au Logement (APL). L'association se proposait de financer les trois premiers mois de loyer de façon à ce que tout se mette en place.

Personnellement, il me semblait impossible que Madame D... puisse vivre en appartement, même simplement pour y passer la nuit. L'équipe, elle, semblait assez partagée à ce sujet et j'ai souvent entendu dire : "C'est sa dernière chance, si cela ne se passe pas bien en appartement, on la mute". Mais personne ne s'y opposait, les plus réticents pensant que de toute façon **il fallait essayer**.

Lorsque je suis revenue pendant l'été pour un nouveau stage, Madame D... n'avait pas encore son appartement, mais elle avait commencé depuis Juin 1991 une **activité peinture** dans un atelier d'art se trouvant dans un autre Service, encadrée par une autre équipe. Cette activité semblait la réjouir et elle manifestait en plus de réelles capacités artistique.

A cette époque, je trouvais Madame D... plus souriante, plus coquette et plus ouverte, parlant beaucoup de l'atelier, de ce qu'elle y faisait, ainsi que des compliments qui lui étaient faits. Un vernissage exposant ses toiles était prévu. Toutefois, sa participation aux autres activités du pavillon restait réduite.

C'est début 1992, lors d'un stage complémentaire, que j'appris que Madame D... avait un appartement. L'équipe était enchantée, la patiente aussi. A mon grand étonnement, tout se passait à merveille. Madame D... entretenait son appartement, avait envie de le décorer, faisait ses courses seule ou accompagnée, se préparait les repas. Je la trouvais très **épanouie**, parlant avec enthousiasme de sa nouvelle vie.

Le cadre qui lui était proposé était le suivant : la journée sur le groupe en Hôpital de Jour, l'appartement le soir pour le repas, la nuit et le petit déjeuner, ainsi que les week-end. L'équipe allait la chercher à 9h et la raccompagnait dans l'après-midi. Si ces horaires ne lui convenaient pas, elle prenait le bus. Dans le même temps, la prise en charge dans l'Unité de Soins de CAIRANNE s'était arrêtée.

A l'heure actuelle, la situation est inchangée. Tout se passe aussi bien qu'au début. Elle fait désormais ses courses toute seule et continue son activité à l'atelier d'art.

E - MADAME D... ET LA "BIPOLARITE"

Madame D... est hospitalisée **depuis 17 ans** au Centre Hospitalier Spécialisé de MONTFAVET, elle a donc un long passé institutionnel. Durant cette hospitalisation, de nombreux projets de sorties ont été mis en place (centre de réinsertion, établissements de post-cure) et se sont tous soldés par des échecs.

A son arrivée sur le groupe, un second pôle est proposé à la patiente sous la forme d'un appartement thérapeutique répondant à sa demande de réinsertion. Ce sera un échec également.

Il est incontestable qu'elle s'installe dans une **régression** totale dans l'institution avec une négation du dehors qui génère chez elle une forte angoisse. On remarque toutefois que sa façon de faire échouer le projet a évolué, la fugue a remplacé le geste d'autolyse. J'en déduis que l'angoisse dans laquelle est submergée la patiente face à la réalité extérieure et qu'elle cherche à épouser dans des passages à l'acte, commence à être partiellement émoussée.

L'équipe, malgré un petit moment de découragement et soutenue par les thérapeutes (importance d'un point de vue analytique extérieur) persévere et maintient que pour éviter cette régression et interrompre la relation fusionnelle institution-patient, il faut trouver un second pôle à Madame D...

Le choix est alors fait sur CAIRANNE, qui, je pense, est judicieux, puisqu'il se présente comme "un tiers extérieur" tout en étant une structure de soins, mais différente et éloignée de la première ; c'est donc une **séparation "nuancée"**. Bien que son attitude change peu (incurie, clinophilie, refus de participer à la vie communautaire), Madame D... accepte les va et vient de CAIRANNE au Centre Hospitalier Spécialisé sans décompenser.

Ensuite vient se greffer l'activité peinture à l'**atelier d'art**. Ce dernier est **aussi un autre pôle** de prise en charge, un extérieur dans un autre Service, avec d'autres patients et surtout une autre équipe qui saura la mettre en confiance, lui faire découvrir ses possibilités artistiques, la revaloriser, lui redonner une estime de soi au travers de ses qualités, ce qui est primordial pour ces grands blessés du narcissisme que sont les psychotiques.

Tout cela va lui montrer encore que l'extérieur n'est pas forcément mauvais et progressivement lui redonner envie de faire partie du "champ social".

On voit que successivement, deux extérieurs font partie de sa prise en charge et qu'ils sont remplis d'un objet qu'elle a investi et qui lui permettent, en diminuant sa peur de dehors, un certain éloignement de l'institution mère (dans ce cas le groupe).

Parrallèlement, Madame D... a pris confiance en l'équipe du groupe qui, malgré tout ce qu'elle avait mis en échec, continue à lui proposer une prise en charge personnalisée, à l'accompagner. On retrouve le concept d'intériorisation suffisamment bonne de l'objet instaurant la relation de confiance équipe-patient.

Ainsi a pu s'amorcer un processus de séparation avec son installation dans un appartement, véritable extérieur, dehors, début d'une réinsertion sociale, même si pour l'instant les liens institutionnels sont encore importants, mais qui normalement devraient continuer à s'estomper. De toute façon, même si sa vie à l'extérieur reste partielle, elle représente toujours un "mieux" par rapport à une existence qui pourrait être passée à l'Hôpital Psychiatrique sans autre perspective.

Il serait évident qu'à partir d'un cas, il serait imprudent de généraliser, mais, toutefois, le résultat positif d'un tel projet m'incite à penser qu'il pourrait être envisagé pour d'autres patients au long passé institutionnel, bien que la dynamique actuelle du groupe soit axée sur la réinsertion de **jeunes** psychotiques.

III - La théorie, l'infirmier et le psychotique

Dans ce chapitre, il m'a semblé intéressant de situer la rôle de l'infirmier concernant ce type de prise en charge, mais ce sera également l'occasion pour moi de parler de mes à priori sur la réinsertion sociale du psychotique et notamment celle concernant des patients au long passé institutionnel .

Je me permettrai ensuite d'émettre une critique concernant le fonctionnement du groupe.

A - LE ROLE DE L'INFIRMIER DANS UN TELLE PRISE EN CHARGE

En plus de son extrême dépendance vis-à-vis de l'objet (institution), dont il exige une toute puissance infaillible et son angoisse de le perdre, certains auteurs pensent que le psychotique utilise la projection comme mécanisme de défense et se débarasse de ses affects en les déposant dans le monde extérieur.

on voit que chez Madame D... l'angoisse est majeure et le rôle de l'infirmier aura pour but d'**engager le processus de séparation** tout en évitant son effet traumatique. Il y a là, pour le soignant, un savoir faire où dans les démarches d'autonomie vont être maintenues la relation de confiance et de continuité des soins.

Dans un premier temps, lorsque la patiente est encore totalement prise en charge par le groupe, l'infirmier fait un **travail d'accompagnement** lors des activités communes comme la piscine, les sorties, par exemple, avec un début de diversification des relations objectales, tout en restant présent, rassurant.

Lorsque le second pôle est mis en place à CAIRANNE, l'infirmier sera également présent pour l'accompagner, aller la chercher, lui montrant que cette séparation n'est que provisoire, pour un laps de temps court avec un retour.

Dans le cas de l'atelier d'art, qui devient un autre extérieur, c'est l'infirmier responsable de l'activité dessin qui lui propose ce lieu, l'accompagne, la présente à l'équipe, reste à ses côtés durant la séance et la ramène. C'est avec plus de confiance que seront donc investis ces espaces extérieurs.

Enfin, lorsque le processus de sortie en appartement est entamé, une organisation progressive consiste à signifier à la patiente que son départ **n'implique pas qu'elle se retrouve seule** dans un dehors hostile (qui l'est déjà moins qu'avant). Il s'agit de lui montrer que l'institution continue à exister pour elle jusqu'à ce qu'elle puisse s'en séparer totalement (si elle le peut). Ainsi, on l'accompagne à son appartement, l'aide à faire ses achats. On lui propose une hospitalisation de jour et de continuer les activités notamment la peinture.

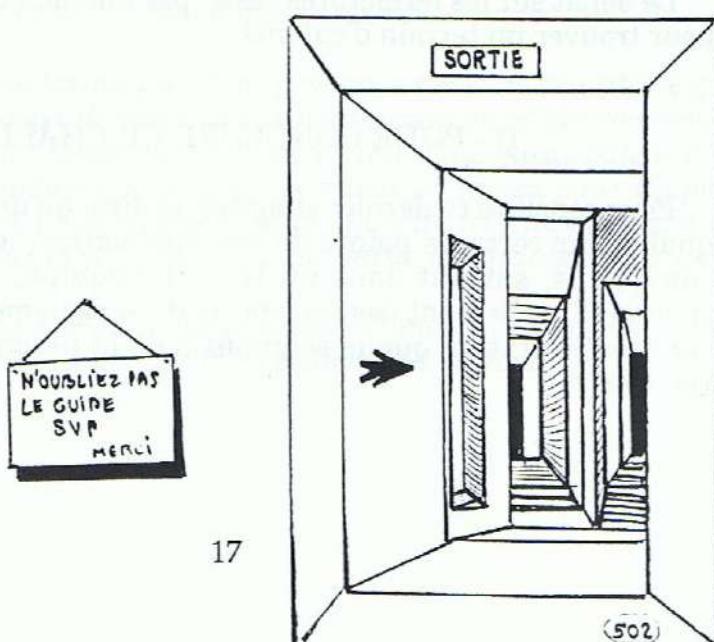
Là où le rôle de l'infirmier continue à être essentiel, c'est que la séparation progressive consiste à **ne plus répondre systématiquement** aux demandes d'aide de la patiente, quand on la suppose capable d'assurer certaines démarches. Par exemple, il lui sera demandé peu à peu de se rendre seule à l'atelier ou encore lorsqu'elle a eu son appartement, on a exigé d'elle, à un certain moment, qu'elle fasse ses courses seules.

Deux écueils menacent sans cesse une telle attitude :

Le premier est une **défaillance de la "fonction maternante"** qui amène le patient à se vivre abandonné face aux aléas de la réalité extérieure entraînant une angoisse qui le submerge.

Le deuxième est, au contraire, un **fonctionnement trop maternant** qui, en protégeant sans cesse le patient contre toute émergence de conflit et d'angoisse, entretient sa relation fusionnelle avec l'institution.

Un compromis permanent entre ces deux tendances est à faire et pour cela il est nécessaire d'avoir, au sein de l'équipe soignante, une **cohérence** tant au niveau de la conception que du déroulement des prises en charge, permettant d'offrir une image de cohésion face à un sujet en proie au morcellement. Cette cohérence du soin, je l'ai trouvée dans l'équipe du groupe et je pense qu'elle est la conséquence du concept théorique de la "bipolarité" qui sert de support à tous les projets et permet aux infirmiers de s'appuyer sur quelque chose d'identique pour tous.



B - L'IMPLICATION DE L'EQUIPE

Pourtant, il existe une autre raison à la réussite de cette prise en charge : c'est l'implication de l'équipe infirmière.

"La schizophrénie est l'exemple type de la maladie mentale chronique, mais la notion de chronicité a été et restera longtemps dévastatrice et, pour bien des soignants et des patients, elle justifie l'immobilisme".

Face à l'âge avancé de la patiente, à son long passé institutionnel, à tous les projets de sortie qui n'ont pas abouti ainsi que son comportement dans le pavillon, je pensais qu'une vie "dehors", dans un appartement serait impossible. Ce qui venait renforcer mes a priori, c'était d'être confrontée sans cesse à **son ambivalence**, avec sa demande de réinsertion et son attitude de repli et d'opposition au moment de la réalisation des projets, mais aussi cette angoisse qui me paraissait insurmontable pour la patiente avec cette souffrance qui l'accompagne. Pourtant quelque chose est sûr : si tout le monde avait eu une pensée identique à la mienne, Madame D... ne serait pas installée dans un appartement.

Par conséquent, il me semble évident de constater que la réussite d'un tel projet tient beaucoup à la **représentation que le soignant a de la psychose**.

C - UNE CRITIQUE DU FONCTIONNEMENT DU GROUPE

J'ai été étonnée par des fermetures aussi longues qu'impose le groupe à Noël, à Pâques et durant l'été, qui sont contraires aux "projets individualisés" spécifiques du fonctionnement de l'Unité de Soins et reposant sur un systématisme ne tenant plus compte de l'angoisse de tels patients et de leur état à ce moment là. Fermer plusieurs jours, c'est rester dans le global et s'inscrire dans une pédagogie, alors qu'un soin reste individuel.

L'épreuve de réalité, par l'intermédiaire de la frustration, est peut-être bien suffisante au niveau d'une fermeture lors des week-end, bien que dans certains cas, elle me semble encore trop importante.

Le débat sur les fermetures reste, par ailleurs, le seul point où l'équipe a des difficultés pour trouver un terrain d'entente.

D - POUR CONCLURE CE CHAPITRE

Pour conclure ce dernier chapitre, je dirai qu'un support théorique, même si il est critiquable sur certains points de son application, a l'avantage de donner de la cohérence aux soins, surtout dans un travail d'équipe, puisqu'il sert de support à l'élaboration et au déroulement des projets. Je dirai également, que je me suis aperçue à quel point la représentation que le soignant a de la psychose peut induire le résultat d'une prise en charge.

Conclusion

Le concept théorique de la "bipolarité" apparaît comme intéressant dans la prise en charge du psychotique. On voit comment, progressivement, il permet d'instaurer la **confiance** du patient envers l'équipe et diminue son angoisse face à l'extérieur, aboutissant à une vie sociale.

Ce qu'il présente d'attrayant également c'est qu'il contribue à donner à l'équipe un support théorique permettant une cohérence des soins indispensables chez les personnes dissociées.

Mais si j'ai pu constater en travaillant sur le groupe que la réinsertion sociale du psychotique (jeune ou pas) est possible, je persiste à considérer que la psychose reste une maladie chronique grave qui peut être **améliorée**, mais pas guérie en l'état actuel de nos connaissances.

Ainsi, j'estime que de tels patients auront toujours besoin, de façon très différente selon l'état de chacun, d'un retour à une structure de soin, soit **en gardant un contact** en permanence, soit de façon plus ponctuelle et que nous nous devons de leur donner cette possibilité.

Au regard de ce qui précède, je pense qu'il faut savoir se contenter d'une réinsertion même partielle qui, de toute façon, est un mieux dans la vie du patient comparé à une existence asilaire.

Enfin, pour terminer ce travail, je dirai que l'implication de l'équipe infirmière dans son travail et la **représentation** qu'elle a de la psychose induit le résultat de la prise en charge.

Actuellement le groupe.... En octobre 1995

Voilà maintenant deux ans que je travaille sur le groupe comme infirmière. J'ai pu constater que le fonctionnement de la structure était identique quatre ans après avoir fait mon mémoire, avec toujours cette même cohérence au niveau du soin.

Les patients qui sont sortis à ce moment là sont toujours dehors et ont consolidé leurs acquis et j'ai vu aboutir bien d'autres projets.

Mon travail de réflexion face à la psychose s'est un peu affiné grâce à ma pratique et m'a permis de changer de point de vue notamment en ce qui concerne les temps de fermeture sur le groupe. Ces longs moments de coupure me paraissaient à priori peu indiqués, et pourtant les fermetures se passent de mieux en mieux pour les patients qui arrivent à rester jusqu'à quinze jours dehors sans notre intervention. Il m'a donc fallu admettre que ce travail basé sur la séparation faisait partie intégrante du soin.

Je tiens à préciser toutefois que le service se mobilise pendant ces fermetures et que les autres unités sont prêtes à accueillir les patients en difficulté.

Bibliographie

GEETS C. :
WINNICOTT - Ed. Universitaires, J.P DELARGE, 1981

INFORMATION PSYCHIATRIQUE :
Psychose et structure intermédiaires
Vol. 60, Mars 1984, p.247

INFORMATION PSYCHIATRIQUE :
A petits pas vers la sectorisation d'un Service
Vol. 58, n°6, Juin 1982, p.749

INFORMATION PSYCHIATRIQUE :
L'hospitalisation en psychiatrie et les hospitalisations alternantes
Vol.58, n°6, Juin 1982, p.763

INFORMATION PSYCHIATRIQUE :
Service Public et modalités actuelles thérapeutiques de la schizophrénie
Vol.59, n° spécial, 1983, p.357

INFORMATION PSYCHIATRIQUE :
Du déclenchement des psychoses
Vol.59,n°7, Septembre 1983, p.903

INFORMATION PSYCHIATRIQUE :
La structure du psychotique et le processus pathologique
Vol.59,n°7, septembre 1983, p.895

SOINS PSYCHIATRIE :
n°89, Mars 1988, pp.15 à 31

TRANSITIONS :
Les structures intermédiaires et la désinstitution
n°5, Janvier 1981, p.41

LE THEATRE A L'HOPITAL DE JOUR DE SAINT REMY DE PROVENCE

Bernard CAIZERGUES et Claudine SAULNIER
Infirmiers - Centre de Santé Mentale de Saint Rémy
Secteur 27 - CH Montfavet

Le 1er Septembre 1995 après 3 années de négociations, ça y est, le secteur 27 des Bouches du Rhônes entre Alpilles et Durance, est rattaché au Centre Hospitalier de Montfavet : Vu du Vaucluse, ce secteur apparaît quasiment comme une création, perspective renforcée par la faiblesse des équipements. Pourtant, ce sont plus de vingt années de travail sur le terrain qui en jalonnent son histoire. Les deux auteurs de ce texte sont infirmiers de longue date à l'Hopital de Jour de Saint Rémy de Provence. Ils témoignent ici d'une activité qu'ils ont développée depuis quatre années, concrétisée par des représentations en particulier dans des maisons de retraite.

Jean Paul BOSSUAT, Claude MIENS et Christian MIRANDOL

Nous concevons le théâtre comme un moyen d'utiliser de façon originale des procédés dynamiques du langage et du corps, avec comme support un texte d'auteur et un but ultime : la représentation. But orienté vers la fête, la joie du spectacle.

Un théâtre, qui dans un premier temps utilise la comédie, les archétypes humains profondément constants dans la tradition sociale. Un théâtre qui démystifie par le rire, l'allégresse, ce qui est aussi une manière d'accéder au réel peut-être avec encore moins de complaisance.

Un texte d'auteur qui évite l'éparpillement des situations, qui permet d'atteindre à la densité et à la révélation plus sensible des rôles.

Seulement après plusieurs expériences menées après que les trois coups aient été frappés, une mémoire collective existe et devient un véritable support pour évoluer si on le désire, vers d'autres voies d'expression plus périlleuses pour l'individu et le groupe. (improvisation, actions, adaptation, créations dites collectives, etc...).



le choix d'un texte

Plusieurs textes sont proposés en groupe, étudiés par le groupe afin que le choix soit collectif (ou investi comme tel) et dynamique. L'adoption de textes (contes, fabliaux) prend beaucoup de temps. Nous pensons, pour l'instant, qu'il vaut mieux un texte déjà écrit et joué, un texte qui soit conçu pour la représentation.

Le choix de ce texte est le résultat des recherches effectuées par les membres du groupe. Recherches orientées diversement (auteurs français ou étrangers, anciens ou modernes). Le matériel peut-être recherché auprès de bibliothèques municipales ou personnelles, sur des lieux recueilleurs de mémoire théâtrale, auprès de relations... etc...

Les textes sont impérativement sélectionnés jusqu'à pouvoir en étudier trois en lecture collective à "l'Italienne". Puis en garder un définitif. La durée du texte après lecture ne devant pas excéder 30 ou 40 mn.

Le travail autour du texte choisi

Avant d'en arriver à l'étape de la représentation, il y a le choix du texte. Ce qui se passe autour du choix est déjà l'ébauche, l'émergence d'une dynamique collective future et déterminante. Le texte que nous choisissons et qui nous a choisi, la manière dont chacun en imagine la représentation, s'il aboutit, nous en dit plus, rétrospectivement, sur l'histoire et l'évolution du groupe, sur le désir et la motivation de chaque individu.

Un bon texte d'auteur ne limite en rien le travail de l'acteur. Des situations repérables, des indications de mise en scène satisfaisantes et cohérentes rassurent l'acteur, l'orientent vers une expression plus grande, plus rassurante, plus libre. S'exprimer et se représenter sans avoir peur, voilà notre objectif et notre parti pris.

Un lieu extérieur

Une démarche a été faite auprès de Monsieur le Maire de Saint Rémy pour négocier une salle et a abouti récemment. Démarches aussi auprès de l'aumônerie du collège, du Curé de la Paroisse, ou diverses associations.

Il paraît important de pouvoir utiliser un cadre scénique dans un lieu investi à l'extérieur de l'Hôpital de Jour. Un cadre ritualisé et rassurant, même sommaire, brut, mais délimitant un espace de jeu traditionnel où le corps puisse circuler, où l'espace puisse se repérer spatialement.

Devant = le public, derrière = les coulisses
Droite et gauche, côté cour, côté jardin

Cet espace devient au cours des répétitions un véritable espace - cellule, décor - cellule. Un lieu où circulation et parole se mobilisent harmonieusement.

Un lieu intérieur

Il est certainement le premier lieu (n'en possédant par d'autre jusque récemment), lieu naturel de la prise en charge, plus individualisé, de reprise de la parole, de rattrapage des émotions et pulsions engendrées par les jeux de rôles, avant le silence du week-end et de la prochaine répétition.

Le rythme des répétitions

L'alternance intérieur - extérieur doit pouvoir se dérouler au rythme de deux répétitions par semaine. En début de semaine et avant le silence du Samedi et du Dimanche.

L'animation

Nous pensons que nous devons pratiquer un travail d'acteur lorsque cela est possible. La priorité étant d'impliquer le plus de patients dans des rôles. Le soignant ne prendra finalement que le rôle qui lui reste ou qu'il lui incombe de sauver, qui pour une raison dynamique permettra au spectacle de mieux se structurer. En cours d'année, lors des périodes difficiles où la lassitude, la maladie, la constance de nos participants ne sont plus au beau fixe, (cela est souvent le cas), les soignants peuvent alors prendre plusieurs rôles tout en réactivant chez les acteurs qui flétrissent un désir qui renaîtra souvent sans trop de problèmes.

La vitalité du groupe est souvent le reflet de la convivialité qui règne sur la scène, une communion de vibrations par rapport à la construction du spectacle et de la représentation. Le soignant acteur aide à cela. Les patients aiment sentir que la défaillance et la santé du spectacle ne sont pas que de leur ressort.

Le maquillage

La grande importance du maquillage : lorsque l'on commence à y penser, le spectacle est presque monté. Bien des choses vont pourtant se révéler au cours des dernières répétitions.

Se maquiller n'est pas chose simple surtout chez nos malades. Un travail de préparation souvent long est nécessaire. La priorité est toujours de savoir le sujet dans son expression la plus libre et la moins contraignante. On accepte éventuellement l'non-maquillage.

La régie

Eclairages, vidéo, sonorisation sont des éléments substantiellement appréciables. Nous concevrons ces utilisations sans complexe lorsque le moment sera venu et souhaité en tenant compte de notre pratique et de notre expérience antérieure.

Les décors et les costumes

Les ateliers autour du spectacle

Le décor est rapidement proposé et schématisé afin que l'apprentissage du texte s'intègre et s'alimente autour de la représentation provisoire d'un espace.

Il peut évoluer en fonction de l'évolution du jeu des acteurs. Les décors comme la confection des costumes peuvent donner, à d'autres participants, l'occasion d'intervenir dans l'institution (soignants - soignés) sur le mode d'atelier décor, atelier costumes.

Cohérence par rapport au sujet traité, s'il n'y a pas de désignation précise de l'auteur, l'acteur peut choisir son costume ou l'imaginer.

Bien dans son rôle, bien dans son costume.

La diffusion du spectacle

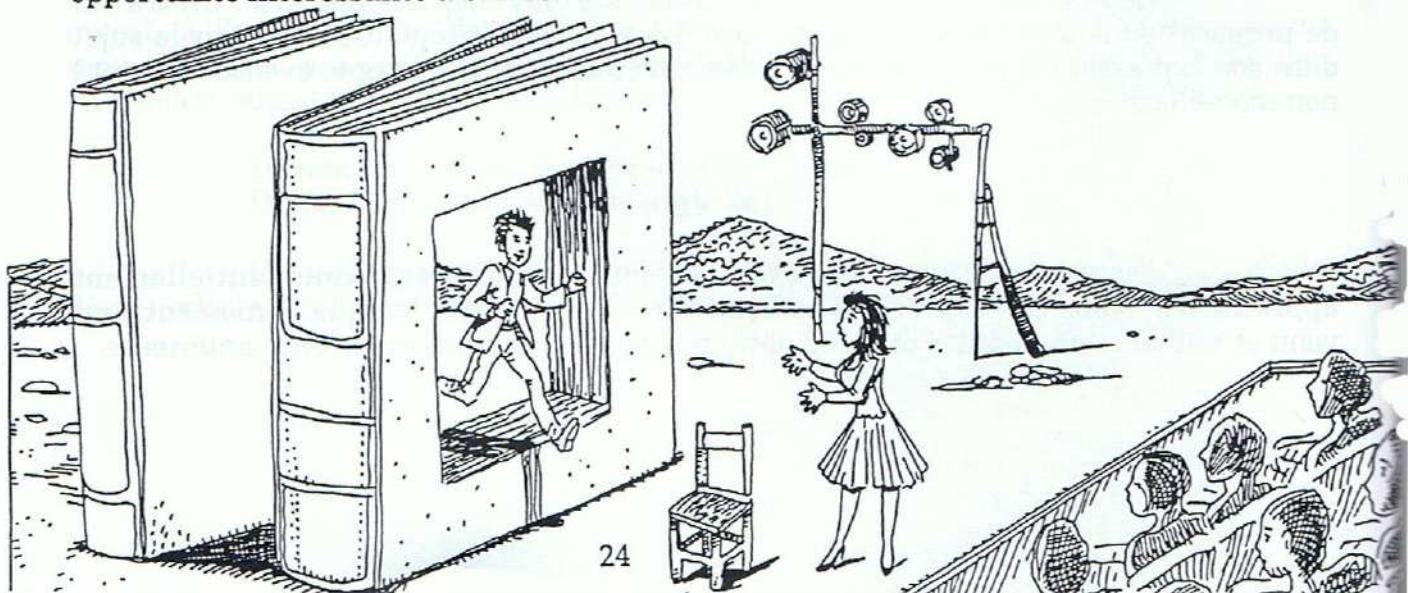
Pour l'avoir vécu sur quatres années, nous pensons que le spectacle doit être, une fois monté et rodé, exporté dans d'autres lieux du Secteur (Maison de Retraite, Foyers, Clubs de village, etc...). Il faut voir la gratification que reçoit le groupe lorsqu'il frappe les trois coups en dehors, vers un public inconnu. L'accueil chaleureux qu'il génère, les goûters, les rencontres avec les autres contribuent à l'esprit de fête.

Un spectacle par an, voilà notre objectif.

- Premier mois : prise de conscience du groupe et choix d'un texte.
- Deuxième et troisième mois : apprentissage du texte.
Conception des décors et réflexion sur les costumes.
- Quatrième mois : maîtrise de la pièce et de la mise en scène.
- Cinquième et sixième mois : représentation du spectacle.

En conclusion

Il faut à notre avis beaucoup de constance et de rigueur pour mener cette activité. La continuation régulière et répétitive dans le temps est une des grandes difficultés de ce type d'activité. Nous y sommes parvenus jusqu'à ce jour. La nouvelle donne du secteur avec son rattachement au Centre Hospitalier de Montfavet, est une opportunité intéressante à suivre.



L'ANOREXIE MENTALE : MODE DE VIE - DE SURVIE ? A PROPOS D'UN CAS

Joëlle ARDUIN
Praticien Hospitalier
Secteur 7 en 1994
Secteur 2 - CH Montfavet

Fabienne CAYOL
Médecin Assistant
Secteur 7 en 1994
Unité Mère Bébé - CH Montfavet

Cette observation retrace une histoire frappante par la coexistence au long cours de deux pathologies, l'une pouvant être le symptôme de l'autre, et permettre un relatif équilibre autorisant la survie en dehors des circuits spécialisés. L'anorexie mentale à terme s'est avérée efficace contre l'angoisse de type psychotique, évitant l'éclosion d'une pathologie éventuellement plus déstructurante. Les troubles de la personnalité trouvant dans cette économie de vie extrême leur équilibre, et permettant à l'anorexie, d'issue souvent fatale sans traitement, de rester viable.

* * *

*

La littérature rend compte en ce qui concerne le devenir des patientes anorexiques mentales, d'une proportion importante de l'ordre de 50 % de formes chroniques pour un recul inférieur à 10 ans. Cette proportion tend à diminuer avec le temps, la guérison restant une évolution possible, le décès survenant dans un nombre non négligeable de cas. Si l'anorexie mentale de la jeune fille a été largement étudiée, nous avons peu d'informations autres que statistiques sur le suivi au long cours de ces patientes.

Le cas que nous présentons ici nous a paru intéressant en raison de l'importance du recul par rapport à l'épisode initial puisque Melle R., hospitalisée 3 semaines à l'âge de 17 ans pour anorexie mentale, a vécu en marge de toute prise en charge psychiatrique pendant environ 40 ans.

Son poids, fluctuant peu, est resté de 30 kg et en aucun cas n'a dépassé 34 kg au cours de cette longue période.

L'aménorrhée qui a débuté lors de l'épisode initial à 17 ans, semble avoir été définitive puisque la patiente dit n'avoir eu des cycles menstruels que 2 ans environ à la puberté et ne s'est jamais inquiétée de leur disparition. Nous rencontrons Melle Andrée R. pour la première fois à l'âge de 55 ans. Elle est hospitalisée en H.O. le 25/11/92 pour, selon les termes du certificat initial : "Refus d'alimentation mettant en danger la vie de la patiente".

Andrée fait partie des **sinistrés du Vaucluse** lors des inondations du 22.09.1992. Il semble que cet événement ait majoré ses troubles, mais surtout les ait mis en lumière. Elle vivait en effet pratiquement recluse dans un local insalubre, des voisins et un cousin lui amenant quelques victuailles (ce dernier gérant également ses "maigres" ressources). Les secours avaient dû l'arracher à son lit tandis que l'eau montait dans son logement.

Son relogement à l'hôtel provoque alors une prise de conscience par l'entourage des aspects pathologiques de son comportement d'où l'arrêté d'H.O. pris tout de même deux mois plus tard.

Le certificat de 24 heures mentionne, outre les troubles alimentaires, un délire hypochondriaque avec automatisme mental, et une relative coopération permettant la levée de l'H.O. et la poursuite des soins en H.L.

Le poids est à l'entrée de 29 kg pour une taille de 1,58 mètre. L'état général est précaire. La patiente outre son aspect décharné, fragile et frileux, frappe par sa pâleur, l'altération des phanères et de la dentition contraste avec une mise correcte, digne. Les gestes et les déplacements sont lents et mesurés. La parole est ferme, courtoise à la limite de l'obséquiosité, le vocabulaire choisi.

Andrée reconnaît la restriction alimentaire qu'elle s'impose, mais la met sur le compte d'un régime destiné à limiter des troubles digestifs sur lesquels elle s'étend complaisamment. Au décours de l'hospitalisation, les troubles des conduites alimentaires restent au premier plan, notre patiente se nourrissant essentiellement de thé très sucré. Le personnel la soupçonne après des repas plus consistants de vomir. Son lavabo est bouché à plusieurs reprises. Andrée rationalise ces comportements en affirmant que c'est son intestin et non pas elle qui refuse l'alimentation, invoquant à ce propos une colopathie et un dolichocolon - toute intrusion alimentaire abusive entraînant selon elle nausées, vomissements et insomnies.

L'exonération des selles est un autre de ses grands sujets de préoccupation. Elle fait en effet l'objet de manœuvres très ritualisées allant jusqu'à l'extraction manuelle quotidienne des matières fécales.

La patiente évoque elle-même un contrat de poids qu'elle fixe à 38 kg ce qui laisse entendre qu'elle a déjà été confrontée à ce type de pratique.

Parallèlement, est décrit **un syndrome d'automatisme mental**, l'écho de la pensée entraînant une gêne dans la vie de tous les jours : elle ne peut plus lire ni écouter la radio depuis 2 ans environ. Ce phénomène serait cependant apparu à plusieurs reprises au cours de sa vie, avec une intensité variable, et relié par la patiente à des événements extérieurs pénibles.

Après 15 jours d'observation et une prise de poids d'un kilo, elle est mutée dans une unité d'hospitalisation ouverte, proche de son domicile. La mère d'Andrée qui ne s'était en aucune façon manifestée jusque-là (son cousin avait mentionné une brouille), fait littéralement irruption auprès de sa fille. Nous apprenons à cette occasion qu'elles habitent à quelques dizaines de mètres l'une de l'autre. Presque aussi maigre, mais beaucoup plus tonique que sa fille malgré ses 80 ans, elle assiège l'équipe soignante. Andrée demande alors sa sortie, avec une insistance confortée par l'attitude et les propos de sa mère.

Pour éviter la rupture qui s'amorce, nous acceptons un retour à domicile 15 jours plus tard. Le temps passé à l'hôpital a été mis à profit par le cousin bienveillant pour rendre le logement d'Andrée plus accueillant et notamment l'équiper d'une douche. L'hospitalisation aura duré un mois, le gain pondéral est de 2 kg (ils seront visiblement reperdus en quelques jours).

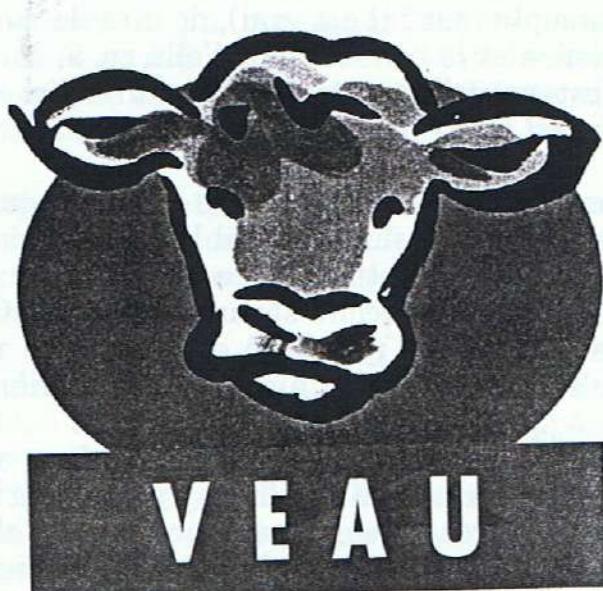
Le traitement par Haldol à raison de 10 mg / jour instauré depuis un mois prescrit à la sortie sera rapidement interrompu par la patiente à cause des brûlures oesophagiennes qu'il lui occasionne. Si l'automatisme mental paraît avoir disparu, les rituels et comportements alimentaires sont strictement inchangés.

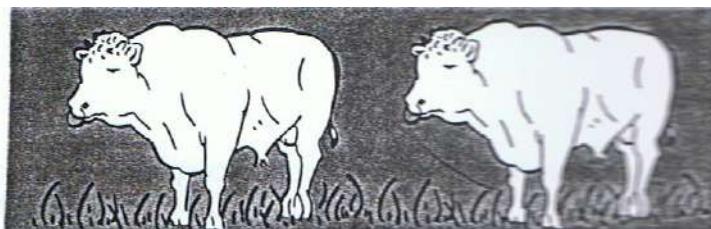
Un suivi sur le secteur est mis en place avec au départ hôpital de jour 3 fois par semaine et consultations médicales 1 fois par mois. Pendant les 8 mois qui suivent, Andrée vient régulièrement quoiqu'avec réticence au CMP, accompagnée de sa mère qui vitupère systématiquement contre les sorties "imposées" à sa fille malgré les intempéries alors "qu'elle est si fragile et pas du tout malade". Mme R. mère ne se manifestera plus dès le jour où l'équipe lui proposera des entretiens pour son propre compte afin de recevoir et canaliser ses plaintes.

Les entretiens avec Andrée commencent rituellement par des négociations visant à réduire le temps passé à l'**hôpital de jour**. Les raisons qu'elle met en avant laissent entendre que sa perception du temps est différente de la nôtre. Son économie de mouvements et sa lenteur peuvent en partie expliquer ce décalage : alors que les séances d'hôpital de jour ne correspondent qu'à 3 heures de présence 3 jours par semaine, elle ne peut commencer un traitement dentaire, ni donner des cours d'anglais particuliers, cours vraisemblablement hypothétiques du reste.

L'interruption du suivi aura lieu à la fin de l'été 93 à l'initiative de la patiente.

Elle sera **une seconde fois hospitalisée**, consentante cette fois, et adressée par l'hôpital général où elle était entrée pour un état de fatigue. La suite de cette hospitalisation est pratiquement superposable à ce qui s'était passé un an plus tôt, à la différence près qu'Andrée a accepté des entretiens hebdomadaires avec une psychologue et qu'une meilleure coopération aux soins proposés s'acquiert très graduellement.





Biographie

Sa biographie, retracée par la patiente elle-même, quelques détails nous étant apportés par le cousin, se présente ainsi :

Andrée, fille unique, dit ne pas avoir été désirée : "Ma mère m'a dit que si elle n'avait pas eu d'enfant, cela n'aurait pas été grave. Bien sûr puisque j'étais là, on m'a accueillie".

Sa mère doit très rapidement (dans les premiers mois), la laisser aux soins de ses propres parents ; en raison de problèmes pulmonaires, elle va se reposer. Par la suite, en raison cette fois d'une fragilité des nerfs, elle ne reprendra pas sa fille auprès d'elle et habitera Marseille pour des raisons professionnelles concernant le père qui travaille dans le commerce. Andrée reverra sa mère pendant la guerre "car dans les villes, il n'y avait rien à manger et, ici, il y avait tout ce qu'il fallait. Mon grand-père allait chercher chez les paysans de quoi nous nourrir".

Elle rendra par la suite de brèves visites à ses parents qui habitent un quartier bruyant de Marseille ce qui est "mauvais pour les nerfs de ma mère".

Il semble d'après le cousin que des troubles alimentaires se manifestent dès l'enfance, puisqu'**elle ne mangeait pas devant ses grands-parents**. Son grand-père réapprovisionnait le frigo, tacitement, lorsque la réserve de nourriture diminuait. Elle aurait été très "gâtée" avec notamment la liberté d'aller ou pas à l'école selon son bon vouloir. Les relations avec les grands-parents étaient bonnes, Andrée étant d'après ses dires, plus proche de son grand-père (elle mentionnera incidemment que sa grand-mère était obèse, qu'elle ne lui ressemblait pas du tout et que son grand-père était maigre lui aussi tout comme sa mère et son père).

Le premier épisode d'anorexie survient dès l'âge de 16 - 17 ans, concomitant de **difficultés scolaires** (arrêt des études en seconde, atteinte péniblement) et se solde d'après Andrée assez rapidement (trois semaines dans une maison de repos près de Toulouse, maison qui n'existerait plus, donc pas de trace). Andrée est incapable (40 ans plus tard il est vrai), de dire de quelle façon ses troubles ont régressé; elle les minimise et la conscience qu'elle en a, est particulière, puisque décharnée comme elle l'est actuellement elle nous dit "j'ai été anorexique, mais maintenant tout va bien, tout est rentré dans l'ordre !".

Assez bien insérée par la suite grâce à l'anglais qu'elle a appris un an à Londres (le père d'Andrée parlait aussi anglais, il l'avait appris au Canada lors d'un voyage de jeunesse), elle enseignera cette langue en l'absence de tout diplôme dans plusieurs écoles privées. Elle fera un second séjour au pays de Galles vers l'âge de 34 ans, qui se terminera par un retour précipité en raison de mauvaises conditions matérielles. Le tableau qu'elle nous dépeint alors est particulièrement misérable, à la limite du romanesque.

C'est vers la quarantaine que les **idées hypocondriaques** centrées sur le tube digestif se développent. Andrée situe l'apparition de ce qu'elle appelle "sa voix" en période de grande fatigue au cours Jacob où elle avait à enseigner à des adolescents difficiles. C'est, plus tard, au décès de son père que l'écho de la pensée réapparaîtra.

Elle déménagera plusieurs fois dans Avignon pour des logements également exiguës et sordides (ses revenus sont minimes et elle ne cotisera jamais). Des idées de persécution (qui paraissent élaborées à partir de rencontres masculines plus ou moins fortuites) semblent être à l'origine de ces déplacements.

Les cours se raréfiant, elle se retirera dans une petite ville du Vaucluse où ses parents ont entre-temps fait construire une maison pour leur retraite, maison qu'occupe sa mère actuellement depuis le décès du père survenu il y a 10 ans.

Le grand-père attentif aux besoins d'Andrée et apparemment assez conscient des difficultés qu'elle présente, a, avant de décéder, vendu sa maison en viager au bénéfice partiel de sa petite-fille lui assurant le logement qu'elle occupe actuellement et une petite rente.

Un premier rapprochement avec les parents a lieu lors du retour d'Andrée à son domicile, deux ans avant le décès de son père. Mais mère et fille resteront distantes (le cousin nous dit "en froid") bien qu'habitant à côté, l'une dans un garage, l'autre dans sa villa.

Réflexion psychopathologique

Quel éclairage psycho-pathologique pouvons-nous apporter à l'histoire d'Andrée à travers les événements qui ont jalonné sa vie, les moyens de défense qu'elle a mis en place pour se préserver ? Dans son équilibre et sa dynamique, qu'elle signification et quelle fonction pouvons-nous donner à son symptôme ?

Il est communément admis, et O. KERNBERG l'écrit en 1980, que les troubles narcissiques (dont relèvent souvent ces pathologies) ne sauraient apparaître que "*sur une pathologie individuelle grave des relations d'objet internalisées qui proviennent de l'enfance ou de la petite enfance*". Faut-il voir dans cette biographie perturbée de façon caricaturale, l'origine des troubles à venir ? Ceux-ci sont apparus tardivement mais ont certainement été mis en place très tôt : dès la petite enfance, à l'âge de quelques mois, Andrée est confiée à ses grands-parents maternels, sa mère ne pouvant s'en occuper en raison de problèmes respiratoires puis peut-être dépressifs. Le vécu abandonniqne précoce a pu entraîner des troubles liés au manque, au désinvestissement maternel du fait de la maladie et de la séparation qui a suivi. Toute relation a pu alors être vécue comme dangereuse et potentiellement destructrice, le risque de perte future possible menaçant la survie.

Encore antérieurement, dans son histoire prénatale, la patiente évoque le non désir d'enfant de sa mère et souligne "*qu'un garçon ou une fille ça n'avait pas d'importance*". Le choix du prénom peu différencié pourrait là confirmer l'ambiguité des parents vis-à-vis de cette enfant.

Lorsqu'Andrée vit chez ses grands-parents, les troubles des conduites alimentaires peuvent être interprétés soit comme une opposition (révolte ne pouvant être mise en mots et se traduisant par une expression agie ?), soit comme un désir de solitude pour échapper à ce repas symbole de lien familial et social, lieu d'échange et de partage, soit comme une fuite du regard de l'autre vécu comme intrusif. Nous voyons là déjà une manière d'exercer une emprise sur son corps, ses activités, ses relations aux autres.

A l'adolescence, moment des transformations pubertaires et de la réactivation des pulsions jusque-là enfouies, ce besoin de contrôle, de maîtrise, s'amplifie puisqu'il aboutit à une véritable anorexie avec aménorrhée et amaigrissement massif nécessitant une hospitalisation.

D'emblée la souffrance s'inscrit dans le corps à travers les conduites anorexiques, suffisant à maintenir un pseudo-équilibre en menant une vie tout à fait marginale. Ce n'est que lors du débordement des défenses que les symptômes psychiques apparaissent avec l'automatisme mental et les idées de persécution ; les manifestations digestives verbalisées ne sont-elles qu'une façon de rationaliser la restriction alimentaire, en sont-elles la conséquence ou bien correspondent-elles à des troubles psychosomatiques ou hypochondriaques ?

Cette **tentative de maîtrise** cherche à résoudre les conflits internes qui ne peuvent être gérés autrement, l'entourage familial, social ou soignant, devenant un danger potentiel de perte de liberté, d'autonomie, voire d'identité, cette identité si difficile à protéger. La nécessité de préserver un équilibre narcissique à tout prix rend difficile tout échange.

Comme l'écrit M.C. CELERIER : "ces patientes se débattent par un excès d'emprise contre un attachement qu'elles ressentent comme violemment mortifère... et dont elles ne peuvent pourtant se détacher. La mort se trouve des deux côtés à la fois, celui du lien à l'autre comme celui de la séparation".

Comment expliquer à la fois cette fusion et ce rejet d'Andrée par rapport à sa mère et inversement, leurs rapports actuels étant vécus sur un mode de dépendance étroite ? N'en citons pour exemple que la façon qu'a Andrée de parler en leur nom à toutes deux, de façon indifférenciée : "nos amis... nous prenons le thé... nous faisons ceci ou cela..." Ce lien de dépendance s'étant créé malgré ou à cause de l'absence de la mère dans la réalité. Perturbation de la relation d'objet et dépendance sont à l'origine du besoin d'une relation peu différenciée de type narcissique conduisant à des mesures défensives (évitement, ruptures brutales, dans la thérapie par exemple), le vécu persécutif pouvant correspondre à une inversion de l'attachement.

Nous pouvons nous demander de quelle façon les **inondations** catastrophiques du Vaucluse ont réactivé à l'âge de 55 ans cette problématique, le traumatisme entraînant une acutisation de l'anorexie quasi-suicidaire cette fois, parallèlement à une exacerbation des phénomènes psychiques.

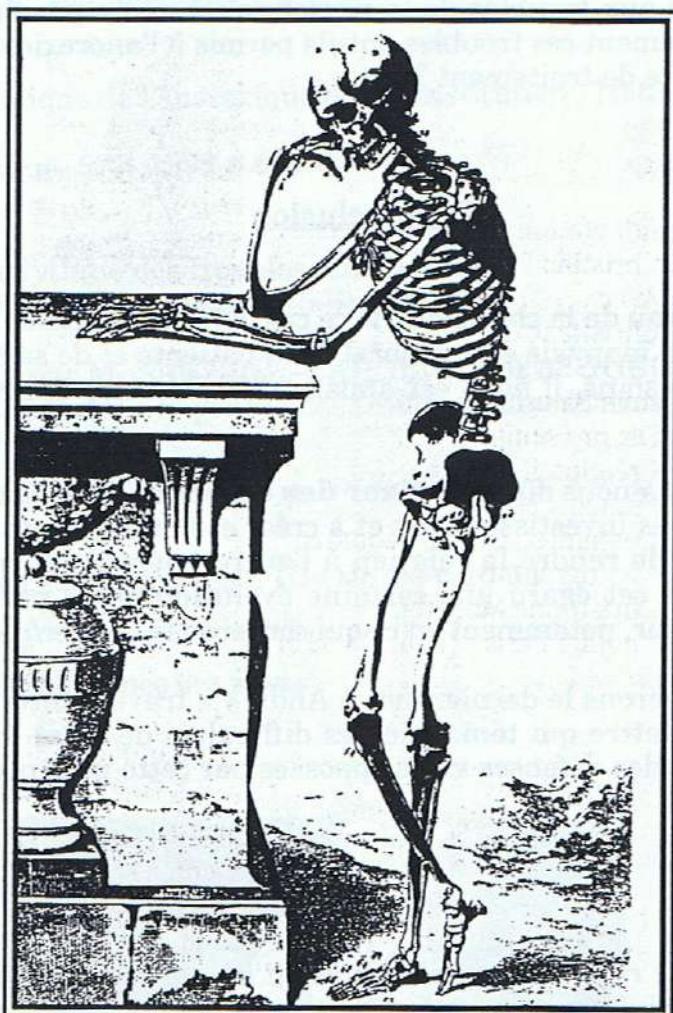
Le rapprochement mère-fille ayant lieu lors de l'hospitalisation d'Andrée, le symptôme n'a-t-il pas ici fonction de re-lier, re-attacher ce qui a été si longtemps séparé (en temps chronologique et en temps imaginaire).

La notion de temps, très souvent retrouvée dans les écrits concernant cette pathologie, présente des perturbations notables chez cette patiente : **temps figé dehors et dedans**

- dans la mise en suspens de l'horloge interne (aménorrhée, perte de la sensation de la faim et du rythme des digestions) comme dans la restriction des besoins alimentaires et celle des besoins matériels, réduits au minimum vital,

- dans l'économie des mouvements (gestes rares, figés, manquant d'énergie) comme dans celle des investissements et de la vie relationnelle,

- de cette notion d'économie peuvent se rapprocher les préoccupations anales incessantes avec rituels lors des repas et lors de l'exonération des selles.



Etant donné la chronicité du trouble (s'étalant sur une période de plus de 40 ans), nous ne savons rien du niveau de l'activité qu'a pu présenter Andrée à l'âge de 17 ans : était-elle hyperactive comme dans les descriptions classiques de l'anorexie de la jeune fille ou bien notait-on déjà ce peu d'énergie disponible ?

Ph. JEAMMET signale que les difficultés qui subsistent après abandon de la conduite chez les patientes ayant présenté des troubles anorexiques, sont d'ordre phobique, hypochondriaque ou dépressif. Or notre patiente, sans jamais abandonner cette conduite, a présenté une symptomatologie obsessionnelle, l'ensemble assurant une maîtrise suffisante de l'angoisse, et permettant la survie, dans des conditions précaires toutefois.

Dans cette perspective, faut-il interpréter la rechute à l'âge de 55 ans comme un équivalent dépressif avec idées suicidaires ? Ou alors la psychotisation progressive de la patiente dans sa relation avec le monde telle qu'elle la vivait depuis plusieurs années, peut-elle être invoquée devant ce repli quasi-catatonique ?

Nous pouvons nous étonner que cette patiente ait pu vivre plus de 40 ans dans cet état de maigreur en dehors de tout circuit spécialisé, dans une marginalisation extrême avec vie ralentie et rétrécie, sans que personne ait songé à s'inquiéter de son état pathologique qu'elle affichait pourtant de façon évidente. Est-ce le symptôme anorexie qui a permis aux troubles de la personnalité de ne pas éclore de façon plus brutale ou bien inversement ces troubles ont-ils permis à l'anorexie de ne pas entraîner la mort malgré l'absence de traitement ?

En conclusion

Compte tenu de la chronicité de ce cas, de la persistance de la pathologie au cours du temps, du très mauvais état général de la patiente et de sa farouche résistance à toute proposition de soins, il nous est apparu difficile voire dangereux d'aborder le symptôme "anorexie".

Aussi avons-nous dû **nous fixer des objectifs limités** consistant à élargir son périmètre de vie, ses investissements et à créer et maintenir un minimum de liens sociaux - en essayant de rendre la relation à l'autre tolérable et mobilisatrice. Nous avons pu remarquer à cet égard une certaine évolution de sa participation à la vie sociale de l'hôpital de jour, notamment en ce qui concerne le donner/recevoir.

Nous laisserons le dernier mot à Andrée à travers cette lettre qu'elle nous adresse en mai 1993, lettre qui témoigne des difficultés de prise en charge que nous avons pu rencontrer et des défenses vives opposées par cette patiente :

"Le 7 Mai 1993

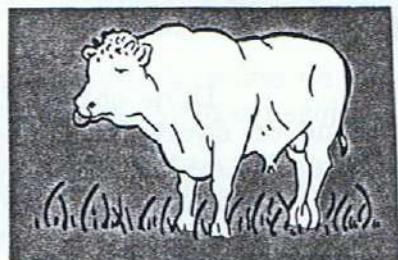
Docteur,

Ma famille refuse que j'aille aujourd'hui ce vendredi à l'hôpital de jour, malgré l'excellente vigilance que vous m'avez témoignée et les bons soins reçus ; les remèdes je les prends mais suis surtout parfaitement soignée par la médecine homéopathique. Il est évident qu'il serait préférable que vous ayez un entretien avec mon cousin lequel n'est à son domicile que le mardi. Je ressens pour vous Docteur une réelle amitié et une gratitude qui ne saurait s'oublier. A l'égard des infirmières si gentilles, j'éprouve de la sympathie et ne sais que les remercier. Veuillez agréer, Docteur, mes respectueuses salutations.

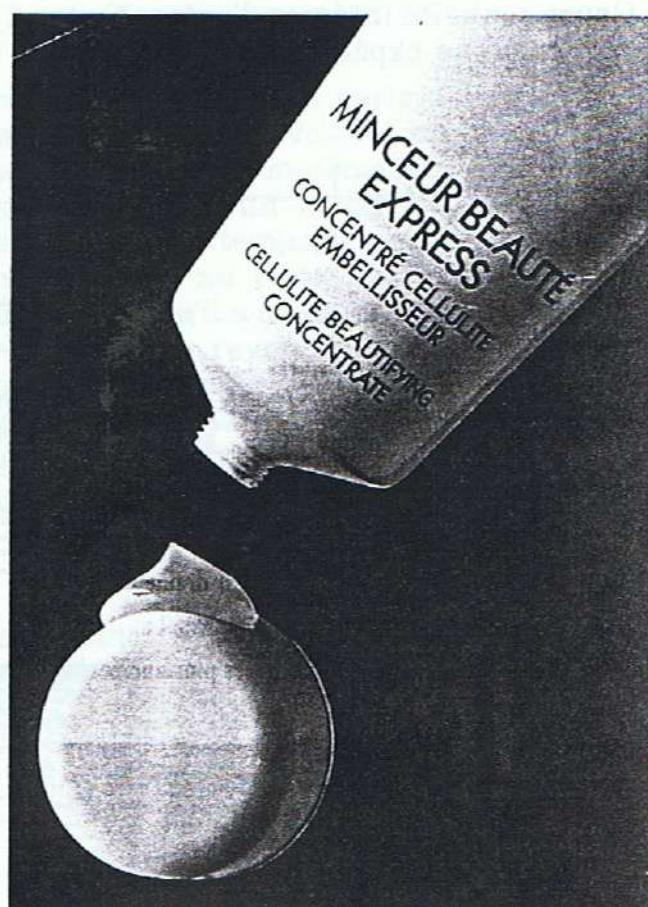
Andrée R."

Bibliographie

- CONFRONTATIONS PSYCHIATRIQUES 1989 - N° 31
"Epidémiologie des troubles des conduites alimentaires" p 141
- CELERIER M.C.
"Pathologie du détachement" p 579-594.
Evolution Psychiatrique 1992 - n°4 - Tome 57



- CORCOS M.
"L'anorexie mentale - Données actuelles".
Soins - Psychiatrie - n° 163 Mai 1994 p 3-7.
- GOFFINET S.
"Anthropologie systémique de l'anorexique dans l'institution - Notion de temps et de lien social".
Evolution Psychiatrique. 57,4,1992 p 635-646
- JEAMMET Ph.
"L'approche psychanalytique des troubles alimentaires"
Neuropsychiatrie de l'Enfance. 1993,41 (5-6) 235-244.
- KERNBERG O. cité par M. SANCHEZ-CAROENAS et A. GUECI-GUILLEMOT
"Eléments socio-culturels dans la genèse des troubles alimentaires".
Synapse - 1990 n°66
- LIPPE D.
"Ne renoncer à rien"
Nervure - Journal de Pyschiatrie tome III Déc. 90 p 10-14.
- SANCHEZ-VELEZ F.
Editorial "Le roc de la différence des sexes".
Nervure 1990 - III - p 7-9.



**DANS NOTRE NUMERO 3 :
DOSSIER IMMIGRATION ET SANTE MENTALE**

Psy-Cause est victime de son succès... Un certain nombre d'articles ont du être reportés au numéro 3. Il s'agit de très bons articles ayant en commun d'illustrer le thème de l'immigration et de la santé mentale. Le comité de rédaction a donc décider de consacrer une partie du n°3 à ce thème, sous forme d'un dossier.

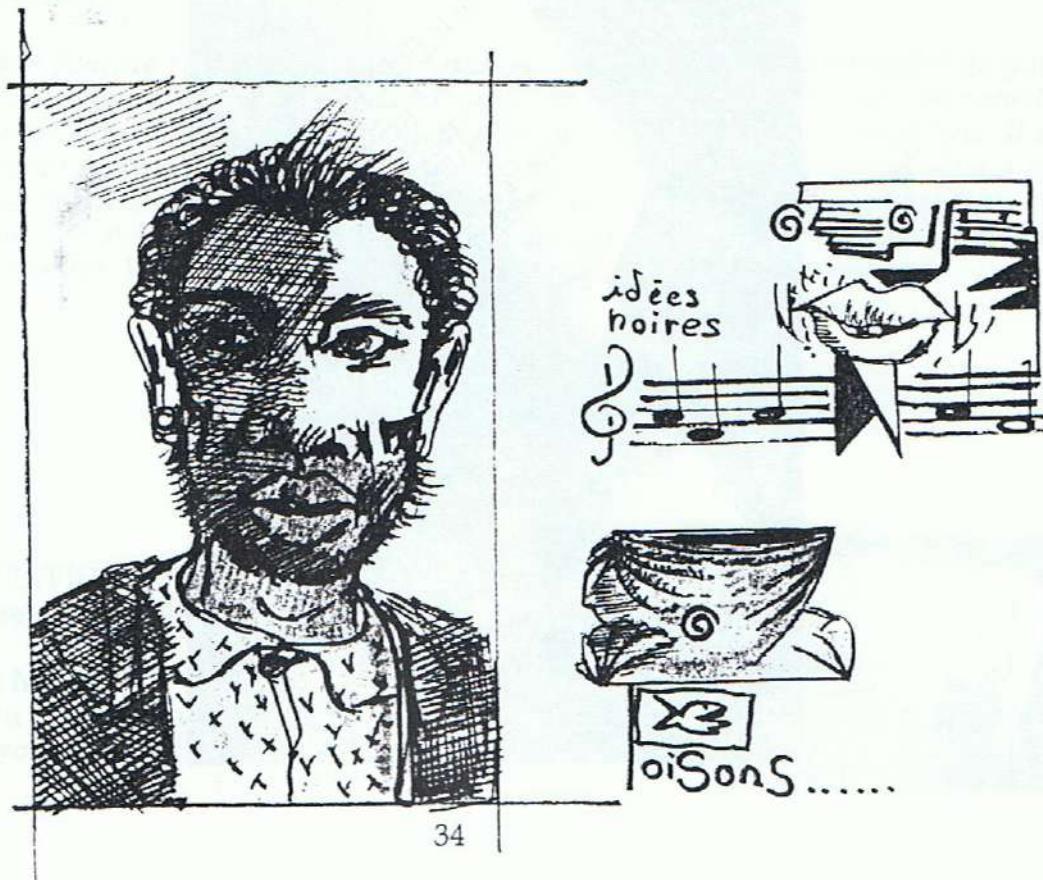
Trois articles ont déjà été retenus :

- **La prise en charge d'une Guinéenne enceinte** (Marie-France FRUTOSO, Dominique LIBES-ARNAUD, René PANDELON). Michèle ANICET a proposé de demander à l'Unité Mère Bébé qui est intervenue à partir de la naissance, d'apporter son point de vue complémentaire.

- **Le jeune Maghrébin et le jeune Français face à la drogue : fait elle la différence ?** (Mohand SOULALI).

- **Contribution à une modélisation intégrant les éléments psychodynamiques et ethnologiques de sujets en séjours irréguliers rémittents.** (Didier BOURGEOIS). Cet article fait une étude de la trajectoire d'un certains nombres d'immigrés suivis dans le cadre de la consultation psychiatrique à la prison d'Avignon.

La revue Psy-Cause souhaite intégrer d'autres textes à ce dossier, dans la mesure où il s'agit de témoigner d'une expérience concrète sur le terrain. **Avis aux futurs auteurs.....**



**L'INCONSCIENT :
L'ETAT DES CONNAISSANCES ACTUELLES,
ET COMMENT SE FIT LE PREMIER PAS
DE SA DECOUVERTE PAR FREUD**

Marie Josée PAHIN

Psychanalyste

texte à partir d'un enregistrement
(Exposé du 17 Janvier 1995)

Cet exposé de Marie Josée PAHIN, psychanalyste à Marseille, entre dans le cadre de l'enseignement effectué à l'Atelier de Thérapie Institutionnelle Michel Silvestre au titre de la formation des équipes, depuis 3 ans par l'association La Question Freudienne. Cet enseignement, d'abord publié dans le bulletin du secteur 2, Point Virgule, l'est à présent dans Psy-Cause depuis le numéro 1.

Jean Paul BOSSUAT

* * *

*

La dernière fois, je vous ai parlé du cas d'un analysant obsessionnel de Lacan. Lors d'un précédent cours, je vous ai exposé aussi un cas de ma pratique qui était une analysante atteinte d'un symptôme de stérilité. Ces deux cas illustrent ce que Freud n'a découvert que dans un deuxième temps de sa pratique concernant l'inconscient. Dans un premier temps, Freud a fait l'hypothèse que le contenu de l'inconscient pouvait revenir au conscient par la remémoration, et c'est par ce phénomène de remémoration qu'il a découvert les mécanismes de l'inconscient. Dans un deuxième temps, Freud a du revoir quelque peu ses conceptions du fait d'une contradiction rencontrée par rapport à sa première hypothèse : tout ne peut devenir conscient par la remémoration. Malgré cela le premier pas de la découverte Freudienne ne doit pas être oublié, il a été extrêmement important, et c'est pourquoi aujourd'hui j'ai choisi de vous rappeler quelques cas de la psychopathologie de la vie quotidienne et un cas des études sur l'hystérie, "Miss Lucy", qui illustre dans sa fraîcheur cette pratique Freudienne.

Je vais néanmoins, dans la première partie de mon exposé, vous résumer les connaissances actuelles sur ces deux parts de l'inconscient.

A - Les deux parts de l'inconscient

L'inconscient est structuré comme un langage

Je vais donc évidemment vous dire quelques mots avant de revenir, dans la deuxième partie de mon exposé, à cette première découverte de Freud qui a permis à Lacan d'avancer cette première phrase concernant l'inconscient : "*l'inconscient est structuré comme un langage*". Cela aussi n'est pas rien. La psychopathologie de la vie quotidienne et les études sur l'hystérie, suffisent à fonder cette affirmation qui est le premier pas scientifique franchi par la psychanalyse.

**Une part de l'inconscient est directement accessible
par les associations libres,
une seconde part ne peut être déchiffrée
que par un revécu transférentiel avec un psychanalyste**

Le second aspect de l'inconscient, que Freud va découvrir dans la deuxième partie de son oeuvre, sera qu'une partie de l'inconscient ne peut pas être remémorée mais demande à être déchiffrée, partie qui correspondra à ce que j'appelle entre guillemets "un revécu transférentiel". C'est à dire que cet inconscient exige d'être remis en acte dans le lien transférentiel, dans cette situation très particulière qui installe le lien social de la cure.

Nous pouvons donc dire qu'il y a deux parts dans l'inconscient. La première est accessible à la conscience par le procédé de l'association libre. Freud y a accédé tout seul en s'appliquant à lui-même ce procédé qu'il utilise pour ses patients. Et puis il y a cette part de l'inconscient à laquelle on ne peut absolument pas accéder tout seul, puisque pour la déchiffrer, il faut un partenaire particulier qui est un psychanalyste.

**Dans les deux parts de l'inconscient,
le refoulement survient quand le Sujet
manque à savoir quoi se faire
pour exister dans l'amour de l'Autre**

Il existe néanmoins un point commun à ces deux types d'inconscient : le refoulement les concerne tous les deux. Le point de départ dans la structure, est le même : le Sujet refoule quand il est confronté à son manque à être.

L'année dernière nous avons étudié le discours du maître, le mot "maître" étant aussi à entendre comme "m'être". Le discours du maître désigne ce qui peut convenir à la jouissance de l'Autre (Grand Autre) qui au départ est incarné par la mère, désigne cette dimension de se faire l'objet de ce qui peut être repéré comme ce qui concerne le désir de l'Autre, désir en tant que jouissance. Nous sommes dans le domaine de la pulsion : ce qu'il faut se faire pour être aimé. Cela renvoie au stade du miroir, ce point où le Sujet est dans le regard de l'Autre, où il entrevoit alors son unité possible anticipée mais éphémère

Le discours du maître échoue. Il peut réussir à faire croire au Sujet qu'il y a un être, qu'un discours peut répondre de son être. Mais le refoulement intervient (dans les deux cas d'inconscient) au point où le Sujet éprouve un manque quant à ce qu'il peut repérer de l'objet qu'il conviendrait qu'il se fasse pour être aimé. Il est confronté alors à l'énigme : "comment se faire" pour être aimé ; il est dans l'incertitude : y a t'il une satisfaction possible à cette demande d'amour qui lui donnerait le sentiment de son unité dans le regard de l'Autre ? Ce point de manque est dans les deux parts de l'inconscient, là où survient le refoulement.

On peut dire dans ce sens, que la psychanalyse est l'envers du discours du maître. Elle est ce qui démontre le ratage du discours du maître.

**Dans la deuxième part de l'inconscient,
qui exige un revécu transférentiel,
le Sujet masque son interrogation
par une réponse qui fait certitude**

Dans la deuxième part de l'inconscient, qui est plus difficilement accessible que la première, qui est réfugiée dans le fantasme, il y a une astuce supplémentaire. En effet, cette deuxième part exige un revécu transférentiel. Cette astuce ne s'est pas fixée de la même façon que dans l'inconscient qui procède une remémoration (première part de l'inconscient).

Le ratage de son être, c'est le moment où le Sujet est confronté à l'éénigme du désir de l'Autre : quand la mère s'absente, va ailleurs, l'enfant est confronté à cette question = que veut elle, qu'est ce qui l'intéresse ? Dans l'institution aussi, lorsque les soignants s'intéressent à autre chose qu'aux malades, ces derniers se demandent : "*mais que veulent ils donc ?*"

Là, le Sujet n'a pas de réponse à la question, il reste suspendu au point d'interrogation. L'astuce de l'inconscient pris dans le fantasme (la seconde part de l'inconscient), est que le Sujet ne reste pas sur cette question qui évidemment produit un sentiment de manque, le côté de déplaisir, d'insaisissable de son image. Le Sujet masque cela d'une réponse.

C'est une réponse qui fait pour lui certitude, qui équivaut à un point de certitude de son fantasme où en quelque sorte il répare le manque qu'il avait éprouvé.

Dans la première part de l'inconscient qui concerne seulement la remémoration, le Sujet se contente de refouler. Ce refoulement perturbe les intentions conscientes : les oublis, les actes manqués, contrarient ce qu'il avait consciemment décidé de faire.

Alors que dans cette deuxième part de l'inconscient, chez le Sujet le refoulement concerne un point de certitude qui vient là comme pour masquer ce manque.

Cette deuxième part de l'inconscient après "l'inconscient est structuré comme un langage", amène cette deuxième définition : "l'inconscient, c'est le discours de l'Autre". Ainsi le fantasme est une astuce pour réaliser un "être le phallus de la mère"

Je vous ai déjà exposé l'exemple de cette patiente qui se fait stérile. Son désir inconscient est impliqué dans cette stérilité qui pourtant l'embarrasse. L'analyse de son symptôme renvoie à cette deuxième définition de l'inconscient, que va introduire Jacques Lacan. Il s'agit de cette deuxième part de l'inconscient, fixée dans le fantasme, qui chez cette analysante atteinte de stérilité, est que son symptôme finit par être déchiffré comme quelque chose de rattaché au discours de l'Autre maternel. Cet exemple illustre la deuxième définition de Lacan "l'inconscient, c'est le discours de l'Autre". Il s'agit de l'Autre qui a été important dans l'enfance du Sujet, qui a présidé à sa naissance, de cet Autre par rapport auquel il a structuré son désir.

Dans cet exemple, cette stérilité renvoie à ceux que le discours de la mère, vénérait et désignait comme les rivaux plus aimés que sa fille, ceux de la famille qui étaient déjà morts et enterrés dans "cette-terre-île", la Corse.

L'astuce de cette névrosée, est de couvrir ce manque en étant cette-terre-île, en étant comme ses rivaux qui étaient le phallus de sa mère, qui étaient au summum de ce qu'elle pouvait imaginer lorsqu'elle était un enfant, et ainsi être l'état où l'on pouvait être aussi satisfaisante qu'aimée aux yeux de la mère. Nous voyons bien au travers de cet exemple, que le fantasme réalise un "être le phallus de la mère".



Le névrosé sait dans son inconscient que d'effacer le manque, c'est du faux.

Il le réintroduit dans son symptôme qui le ramène à une insatisfaction, à une impossibilité ou à un évitement.

Mais le névrosé sait quelque part que cet état où son manque serait effacé, est du faux. Il sait que cette histoire n'est pas possible. Cela est réintroduit astucieusement par le névrosé dans son symptôme : il faut que ce symptôme qui lui sert de certitude inconsciente qu'il demeure malgré tout le phallus de sa mère, le ramène soit à une insatisfaction (par exemple la stérilité est une source d'insatisfaction dans la vie) qui est l'insatisfaction hystérique, soit à une impossibilité qui est l'astuce obsessionnelle (cette version du fantasme, être le phallus de la mère, est impossible), soit à un évitement qui est l'astuce phobique (qui évite par des inhibitions cet "être le phallus", qui reste malgré tout la visée inconsciente de son désir).

Lacan le note dans ses Ecrits, dans son chapitre "la direction de la cure" : il dit que le paradoxe du désir est au cœur du fantasme, et que le névrosé en tient compte. Certes, ce paradoxe du désir est présent dans toutes les structures de la personnalité, on le repère dans la psychose et dans la perversion. Mais ce que le névrosé a de particulier, c'est qu'il en tient compte. C'est à dire que même s'il se débrouille pour couvrir un manque par son inverse (il positive ce manque), cela est ramené à quelque chose d'insatisfaisant, d'impossible, ou à éviter. Le manque change de statut.

Par le travail de remémoration, la certitude s'amollit et le Sujet demande confirmation à l'analyste, qu'il peut être son phallus : c'est la re-pétition qui, interprétée comme t'elle, permet un dénouement

Dans cette deuxième partie de l'inconscient, ce sont justement cette insatisfaction, cette impossibilité ou cet évitement, qui restituent le manque, le font revenir, et qui permettent que cette certitude fixée du fantasme, puisse faire l'objet d'une nouvelle demande dans la cure.

Mais pour que cela soit possible, le travail préalable de remémoration est important. Par ce travail, en passant d'un Signifiant à un autre, le Sujet voit sa certitude figée du fantasme, s'amollir. C'est alors que l'insatisfaction ou l'impossibilité poussent le Sujet à demander la confirmation de cette certitude à son analyste. A un moment donné, le Sujet redemande : c'est une répétition dans le sens de re-pétition, de pétition à nouveau. Le Sujet va ramener cette histoire.

C'est le cas de cette patiente stérile qui tout d'un coup en séance, me demande que j'ai de la compassion pour elle. Je la lui refuse catégoriquement, de façon décidée. Mon attitude lui permet d'associer et de retrouver l'origine de son symptôme, dans le discours de l'Autre.

C'est à dire que devant cette insatisfaction, cette impossibilité à être le phallus, tout d'un coup le névrosé va pouvoir de nouveau demander cette confirmation à l'analyste : est ce que je peux être votre phallus ? (= re-pétition). Nous avons vu dans le précédent cours (1) le cas de cet analysant de Lacan, obsessionnel, qui avait remis en acte une "contrebande" : il rejoue une espèce de théorie "contre-bande" qu'il propose à son analyste. L'analyste ne répond pas à cette théorie qu'il ne cautionne pas et qu'il interprète comme lui étant adressée.

(1) voir dans Psy-Cause N° 1, pages 55 à 59

**Le Sujet interprète le désir de l'Autre
pour masquer le manque qu'il ressent face à lui.
Il trouve cette interprétation dans la "version du père",
père-version qui pourra être restituée à une demande.**

Cette deuxième partie de l'inconscient, que Freud a découvert comme beaucoup plus difficile à déchiffrer, est donc ce manque qui manque, est la certitude du fantasme, qui masque le manque ressenti face à l'Autre.

Cette certitude est une interprétation du désir de l'Autre. L'enfant confronté à l'absence de réponse de la mère à son désir, invente, interprète une réponse, il se fait l'interprète du dessin de l'autre, dans son fantasme. Cette interprétation du fantasme dont le Sujet fait une certitude, comment va t'il la piocher, où va t'il la chercher ?



Eventuellement, le Sujet va aller la chercher du côté de ce qu'il prête imaginairement au savoir du père. Elle sera quelque chose qu'il va aller tirer d'une version du père, version qu'il va isoler comme étant la réponse au désir de la mère. Lacan dit que cela équivaut à une "père-version". Lacan indique que cette réponse au désir de l'Autre, que le Sujet fixe dans son fantasme, est une version du père qui ne renvoie pas à une autre, qui est isolée et fixée. A la différence près que cette perversion pourra être restituée à une demande, ce qui fait sa différence avec la perversion comme structure.

**La version du père doit être fausse
dans le fantasme du Sujet,
pour permettre de ne pas bloquer
le jeu du désir**

Cette histoire de père-version, est une version du père mais est aussi le fait de se tourner vers le père, fait observer Muriel MOSCONI, psychanalyste de la Question Freudienne. Il y a une certaine version du père qui va vers le père.

Cela est vrai, reprend Marie Josée PAHIN, dans ce sens que dans la mesure où le Sujet dans son fantasme, est dans cette visée de couvrir son manque, c'est toujours vers le père qu'il va essayer de trouver la solution qui va lui permettre d'y parvenir. Il se tourne vers le père comme recours pour masquer son manque, son manque à être originel, par une réponse.

A partir du moment où le Sujet ne cherche plus à être le phallus de la mère, il ne cherche plus une réponse fixe sur une père-version, il a moins besoin de se tourner vers le père pour avoir une réponse puisqu'il sait que ce n'est pas possible. C'est ce que Lacan dit qu'il faut savoir pour terminer une analyse : cette notion d'un phallus qui devient un Signifiant sans père, à entendre sans "père" mais aussi sans "pairs", sans rivaux (comme pour cet obsessionnel qui dans sa contrebande voudrait introduire un autre homme dans la relation avec sa maîtresse ; pour soutenir son désir, il lui fallait un rival, un pair).

- Il tente de le faire croire à Lacan, tout aussi bien pour accuser l'impuissance de Lacan à le traiter, fait observer Muriel MOSCONI C'est à dire qu'il s'appuie sur un autre désir masculin pour soutenir le sien...

- parce qu'il contrebande dans sa théorie, la théorie de Lacan, répond Marie Josée PAHIN.

Lorsque cette version s'avère ce qu'elle est, c'est à dire qu'elle n'est qu'une version et en plus fausse, le névrosé a traversé ce qu'il en est de son fantasme qui fait en sorte que cette version doit se vérifier en étant fausse, puisqu'elle l'insatisfait ou est impossible. D'où l'équivoque entre "il faut" et "faux". Le fait qu'elle soit fausse, conclut Muriel MOSCONI, permet que le manque continue à jouer, que le jeu du désir ne soit pas bloqué.



B - La découverte par Freud, de l'inconscient

Nous allons maintenant revenir à la première partie de l'inconscient, à sa découverte par Freud que nous allons illustrer par plusieurs exemples qui sont plus distrayants.

Le bon buvard : Fliesspapier et l'ami Fliess

Dans cette petite histoire, Freud montre à quel point il s'interrogeait sur ses oubli (page 170 de la psychopathologie de la vie quotidienne). Il note que dans les projets de moindre importance, un projet peut être refoulé "*en vertue d'une simple association extérieure*". Ainsi Freud se propose de profiter d'une course qu'il doit faire en ville pour acheter un bon buvard. Pendant 4 jours consécutifs, il oublie son projet et il finit par se demander quelle peut être la cause de cet oubli. Il se rappelle qu'il a l'habitude de dire "Fliesspapier" pour désigner le bon buvard (l'une des manières de dire "bon buvard" en Allemand). Il constate : "*Or Fliess est le nom d'un de mes amis de Berlin, au nom duquel se sont trouvées associées dans mon esprit, ces jours derniers, des idées et préoccupations pénibles*".

Comme il y a un sentiment de déplaisir lié à cette idée de son ami, il refoule ce qui désigne le buvard, Fliesspapier, et cela aboutit au fait qu'il oublie d'acheter son buvard pendant 4 jours. C'est la ressemblance phonétique, "Fliesspapier", qui a produit ce refoulement. Ca illustre le fonctionnement de l'inconscient structuré comme un langage.

La vitrine aux cassettes dans une rue frappée d'interdit

Dans cet exemple (page 147 de la psychopathologie de la vie quotidienne), Freud est chargé de procurer à une dame nouvellement arrivée à Vienne, une petite cassette en fer où elle conservera ses documents et son argent.

Lorsqu'il lui avait offert ses services, Freud avait devant ses yeux "*l'image, d'une extraordinaire netteté visuelle, d'une vitrine dans le centre de la ville*" où il avait dû voir des cassettes comme celle qu'elle voulait. Il n'arrivait pas à se rappeler le nom de la rue, mais il pensait être certain de retrouver le magasin au cours d'une promenade en ville puisqu'il y était passé un nombre incalculable de fois.

A son grand dépit, il lui est impossible de retrouver la vitrine aux cassettes. Il cherche dans toutes les directions et n'y arrive pas. Alors il procède à des associations et il se rappelle qu'effectivement il passait devant cette vitrine quand il allait voir une famille qui habite depuis des années une maison proche de ce magasin. Il se rappelle : "*depuis qu'une rupture complète a succédé à mon ancienne intimité avec cette famille, j'ai pris l'habitude, sans me rendre compte des raisons qui m'y poussaient, d'éviter et le quartier et la maison*".

C'est ainsi qu'au cours de sa promenade à travers la ville, alors qu'il cherchait la vitrine aux cassettes, il a longé toutes les rues avoisinantes, évitant de nouveau, inconsciemment cette fois, cette rue "comme si elle avait été frappée d'interdit".

Il note : "Ce sentiment désagréable, qui avait motivé dans ce cas l'impossibilité de m'orienter, est facile à concevoir. Mais mon antipathie était naturellement dirigée, non contre le fabriquant de cassettes, mais contre une autre personne" qui avait simplement une relation de proximité géographique. Freud repère là un déplacement de l'inconscient, de cette famille sur le lieu où se trouvait ce magasin. C'est là une métonymie.

Le diapason de l'âne, à la place du marteau à réflexes

Dans cet exemple (page 177 de la psychopathologie de la vie quotidienne), Freud est appelé en consultation. Il a sur son bureau, toujours disposés à la même place, un marteau à réflexes et un diapason. Pressé, car il ne doit pas manquer son train, il glisse dans la poche de son pardessus, le diapason à la place du marteau à réflexes. Mis en éveil par le poids, il s'aperçoit immédiatement de son erreur, se demande ce qui s'est passé et soumet à l'analyse cet acte manqué.

Pourquoi ce diapason ? Il y a donc "*dans cette confusion entre le diapason et le marteau, un problème*". Il se demande quel est le dernier qui s'est saisi du diapason. Il se rappelle alors que c'est un enfant idiot qu'il examinait justement quelques jours avant, et qui s'était trouvé captivé par ce diapason au point qu'il n'avait pu que difficilement le lui arracher des mains.

Freud en déduit : "s'ensuivrait il que je suis moi aussi un idiot", que je me dise à moi-même que je suis un idiot ? Il en trouve la confirmation par la première idée qui lui vient en pensant à "Hammer" (= marteau à réflexes en Allemand), à savoir le mot hébreu "chamer" = âne. Il se traite donc d'âne.

Pourquoi, en prenant ce diapason, se traiter d'idiot ? Il se souvient qu'il y a quelque temps, comme aujourd'hui, il était pressé et devait prendre le train, pour aller voir un malade qui avait fait une chute de son balcon et était dans l'impossibilité de marcher. Le médecin de ce patient avait appelé Freud parce qu'il hésitait sur le diagnostic entre une lésion médullaire et une névrose traumatique. Freud qui avait à trancher un diagnostic difficile, savait que les médecins pensaient que le psychanalyste pouvait avoir le penchant de diagnostiquer trop facilement l'hystérie plutôt que la lésion. Freud, qui était aussi neurologue, vivait comme une injure qu'on puisse penser cela de lui. Or le diagnostic d'hystérie qu'il posa, n'était pas tout à fait exact car le patient avait une sclérose expliquant aussi cette incapacité à marcher. La promesse de guérison que Freud avait faite à propos de ce cas, n'avait pu être tenue.

Or Freud repère que cette fois ci, il doit descendre à la même station de chemin de fer que celle où il avait du descendre... la fois où il a été descendu dans son diagnostic en faisant une erreur. Donc cette fois-ci, inconsciemment, du fait qu'il se rend à la même station, il se rappelle cet épisode passé, il oublie le manteau et prend le diapason lié par le fait qu'il pourrait être un idiot comme cet enfant idiot qui s'était emparé de cet instrument.

Il y a un nouage au niveau des Signifiants "marteau-diapason", lequel renvoie à la crainte de Freud de se tromper, encore une fois, de diagnostic. (Ceci est aussi à relier à la névrose de Freud qui était liée à une phobie des voyages en train).

Une fois que c'est dénoué, rendu au conscient, ça paraît simple. Mais il faut réaliser que le Sujet au départ ne voit pas du tout le pourquoi du diapason à la place du marteau : c'est tout à fait inconscient. Freud dit : "*ce qui motive le refoulement, c'est la voix de la critique à l'égard de soi-même*". C'est cette voix qu'il appellera plus tard le *Surmoi*. Freud aurait pu, en partant, se dire : je ne vais pas aller là, je ne vais pas faire la même erreur que l'autre fois. Mais cela, il le refoule.

Le livre retrouvé lorsque la femme témoigne son amour à son mari, en s'occupant de la mère de ce dernier

Un exemple de Freud (p. 150 de la psychopathologie de la vie quotidienne), retrace comment la question de l'amour est en jeu dans le refoulement. Il s'agit d'un homme encore jeune qui raconte à Freud ce qui lui est arrivé.

Cet homme n'est pas très content de sa femme qu'il trouve trop froide à son égard, idée qui provoque chez lui un déplaisir. Le refoulement va jouer lorsque sa femme arrive, lui tend un livre qu'elle lui a acheté, en lui disant qu'il l'intéressera sûrement. Il prend ce livre et la remercie de son attention. Ayant en tête que de toute façon ça ne va pas fort avec elle, il le range soigneusement puisqu'il est touché de l'attention de sa femme. Mais aussitôt il oublie complètement l'emplacement et pendant une longue période, il lui est impossible de le retrouver alors que sa femme lui demande s'il a lu son livre.

Bien plus tard, la mère de cet homme tombe malade. Il est surpris que son épouse soigne sa mère avec un dévouement dont il ne se serait pas douté. Il se rend compte qu'elle témoigne par là que malgré sa froideur, son mari ne lui est pas indifférent, qu'elle l'aime quand même. Il entre chez lui enchanté et plein de reconnaissance envers sa femme.



Sigmund Freud

Cet homme raconte à Freud ce qui se passe alors : "Je m'approchais de mon bureau, j'ouvris un tiroir sans aucune intention précise, mais avec une assurance toute somnambulique, et le premier objet qui me tomba sous les yeux fut le livre égaré, resté si longtemps introuvable".

Miss Lucy : de l'odeur d'entremets brûlé à celle du cigare, et comment le refoulement procède du refus du manque à être aimé par son patron

Je vais maintenant vous exposer un cas décrit par Freud dans les "études sur l'hystérie" (pages 83 à 97).

Miss Lucy a un problème de nez que l'on peut considérer comme psychosomatique. Elle a une rhinite clinique purulente à rechutes. Se rajoute un autre symptôme également lié au nez car, si d'une part elle a totalement perdu l'odorat, d'autre part elle est poursuivie presque sans interruption par une odeur que Freud appelle "*sensation olfactive d'ordre subjectif*". A cette invasion d'une odeur évidemment désagréable, s'ajoutent des troubles de l'humeur : Miss Lucy se trouve morose, fatiguée, a mal à la tête, manque d'appétit, n'a plus trop envie de faire grand chose.

Miss Lucy est gouvernante chez un directeur d'usine qui habite la banlieue de Vienne. Elle est Anglaise. Freud la décrit pâlotte, mais elle s'était bien portée jusqu'à cet épisode de rhinite chronique. Il fait l'hypothèse que cette odeur est un symptôme hystérique. L'humeur maussade serait aussi liée au complexe refoulé qui est là agissant.

Freud reprend son hypothèse du traumatisme : cette odeur subjective, a été réelle à un moment donné. Il faut donc pour déchiffrer celle-ci, que la malade se souvienne de la première situation où l'odeur s'est réellement produite. Lorsqu'elle aura découvert ce qui s'est passé à ce moment là, il n'y aura plus de problème d'odeur. C'est l'hypothèse de Freud.

Cette odeur est l'équivalent d'une hallucination olfactive hystérique répétée. Cette hallucination ne relève pas de la psychose, elle ne parle pas. Freud lui demande ce qu'est cette odeur. Elle répond : c'est l'odeur d'un entremets brûlé. Il conclut : "J'admis donc simplement qu'elle avait dû réellement sentir cette odeur lors de l'incident traumatisant (...). Je résolus alors de prendre comme point de départ de l'analyse, cette odeur d'entremets brûlé".

Freud va dans un premier temps utiliser l'hypnose pour lui faire se rappeler la première fois où cette odeur s'est produite. Mais ça ne marche pas et il est amené à expérimenter une autre méthode qui sera petit à petit sa méthode. Dans cette technique de suggestion, il lui ordonne de s'allonger, de fermer les yeux, lui met les mains sur la tête et lui dit qu'elle va avoir une image devant les yeux ou une pensée, que ce sera la bonne, qu'elle doit dire ce que c'est, et c'est de cela dont il est question. Pour Freud dans son hypothèse, ce sont justement les souvenirs pathogènes qui font défaut à la mémoire des malades. Il s'agit seulement, pour Freud, de les forcer à révéler ces souvenirs.

Donc, dit Freud, "j'agissais de la façon suivante : j'appuyais une main sur le front du patient, ou bien je lui prenais la tête entre les deux mains, en disant : "vous allez vous en souvenir sous la pression de mes mains. Au moment où cette pression cessera, vous verrez quelque chose devant vous ou il vous passera par la tête une idée qu'il vous faudra saisir, ce sera celle que nous cherchons. Eh bien qu'avez vous pensé ?"

Lorsque je commençais à utiliser ce procédé, je fus moi-même étonné de constater qu'il me livrait justement ce dont j'avais besoin et je puis dire qu'il ne m'a jamais déçu". Freud est là tout à fait affirmatif. Il en conclut que les malades savaient la vérité mais se refusaient à la reconnaître et l'avaient rejetée :

"Et en fait l'expérience me donna chaque fois raison. Les malades n'avaient pas encore appris à abandonner l'usage de leur sens critique et rejetaient l'idée ou le souvenir resurgis parce qu'ils les considéraient comme inutilisables, ou comme un obstacle interférent (pas intéressants) ; mais une fois qu'ils l'avaient révélé, nous pouvions constater qu'il s'agissait vraiment du fait important. Parfois, lorsque après la troisième ou quatrième pression j'avais fini par extorquer leur information aux malades, ils me disaient : "c'est vrai, je l'avais appris dès la première fois, mais je ne voulais pas le dire". Ou bien : "j'espérais que ce ne serait pas ça !".

Cette façon d'élargir le champ sans doute rétréci d'une conscience, exigeait bien plus d'efforts que l'investigation à l'aide de l'hypnose (c'est plus long), mais elle me rendit indépendant du somnambulisme (état hypnotique) et me permit de prendre connaissance des causes souvent déterminantes de l'"oubli" des souvenirs".

Muriel MOSCONI intervient pour rappeler que Freud a été un des traducteurs des hypnotiseurs Français, dont Lébault. Elle note que l'approfondissement de la technique d'investigation pour plus d'efficacité, se traduit par une démarche de plus en plus longue quant à la durée, que l'on constate avec le passage de l'hypnose à la suggestion, de la suggestion à la psychanalyse, et même dans l'allongement de la durée de la cure analytique, de Freud à nos jours.

Marie Josée PAHIN poursuit les propos de Freud qui constate : "Il m'a semblé peut être plus étrange encore de faire resurgir, par un procédé semblable, des chiffres et des dates soi-disant depuis longtemps oubliés et de prouver ainsi la fidélité insoupçonnée de la mémoire". Ce qui lui prouve son hypothèse.

Il s'agit donc que cette patiente, Miss Lucy, se rappelle. Freud lui demande avec sa technique, de se souvenir des circonstances qui avaient entouré l'apparition de la sensation olfactive d'entremets brûlé. Voilà ce qu'elle dit en réponse à Freud : "Oh oui, dit-elle, je le sais très bien, c'est il y a deux mois environ, deux jours avant mon anniversaire. Je me trouvais dans la salle d'études avec les enfants et jouais avec elles (deux fillettes) à faire la cuisine. (Ces deux fillettes étaient les filles de son patron, qu'elle gardait). On me remet une lettre que le facteur vient d'apporter. D'après le timbre et l'écriture, je reconnais que c'est une lettre de ma mère qui habite Glasgow ; je veux l'ouvrir et la lire, mais les enfants se jettent sur moi, m'arrachant la lettre des mains en criant : "non, tu ne la liras pas maintenant, c'est sûrement une lettre pour ton anniversaire, nous allons la mettre de côté". Tandis que les enfants s'amusent ainsi autour de moi, voilà qu'une intense odeur de brûlé se répand tout à coup. Les enfants avaient planté là l'entremets qu'elles faisaient cuire, et il brûlait. Cette odeur me poursuit, je la sens tout le temps et elle devient plus forte quand je m'énerve".

"Vous voyez distinctement cette scène ?". - "Tout à fait comme je l'ai vécu". - "Qu'est ce qui a pu vous frapper à ce point dans cet incident ?". - "J'ai été touchée de voir combien les enfants se montraient affectueuses à mon égard". - "Ne l'étaient elles pas toujours ?". - "Oui, mais c'était justement au moment où je venais de recevoir la lettre de ma mère". - "Je ne comprends pas comment les témoignages d'affection des enfants et la lettre de votre mère ont pu susciter le contraste auquel vous faites allusion". - "J'avais justement l'intention de partir chez Maman et il me parut bien pénible de quitter ces chers enfants". - "Parlez moi de votre mère, se sent-elle isolée, veut elle vous faire revenir ? Ou bien est elle malade en ce moment et attendez-vous de ses nouvelles ?". - "Non, elle est maladive mais non vraiment malade et elle a auprès d'elle une dame de compagnie". - "Pourquoi, alors, allez-vous quitter les enfants ?". - "La maison est devenue intenable, l'intendante, la cuisinière et la Française semblent penser que je me crois trop ; elles ont intrigué ensemble contre moi et ont raconté au grand papa (des enfants) toutes sortes de choses sur mon compte. Je n'ai pas trouvé auprès des deux messieurs l'appui sur lequel je comptais quand je me suis plainte. Là-dessus, j'ai offert ma démission au directeur (le père des fillettes), il m'a dit très amicalement de réfléchir encore deux semaines avant de lui faire part de ma décision définitive. C'est dans cette période de flottement que je me trouvais (quand s'est produite cette odeur d'entremets brûlé), je pensais quitter la maison, mais j'y suis restée". - "En dehors de l'affection des enfants, y a t'il quelque chose d'autre qui vous attache à cette maison ?". - "Oui, à son lit de mort, j'avais promis à la mère des enfants, qui est une parente éloignée de ma mère, de me consacrer aux petites de toute mon âme, de ne pas les abandonner et de leur tenir lieu de maman. En donnant ma démission, je trahissais ma promesse."

Ceci étant dit, Freud pense que l'analyse de la sensation olfactive et de ce qui l'entourait, se trouvait presque achevée. Le regret de quitter les enfants et les désagréments qui l'avaient contrainte à prendre cette détermination, avaient produit un conflit qui avait pu l'impressionner. Pourquoi Miss Lucy a t'elle pris comme symbole une odeur, se demande Freud. A sa question, la malade signale qu'à ce moment là elle était enrhumée, et il paraît logique de penser que cela s'était focalisé sur son nez qui était fragile.

Mais cette explication ne satisfait pas Freud, d'autant plus que sa patiente ne guérit pas, que l'odeur continue. Pourquoi avait elle retenu cette odeur, au lieu de repenser tout simplement à la scène ? Freud se dit que s'il avait eu affaire à une vieille hystérique coutumière du fait, il aurait laissé tomber. Mais comme cette patiente montre un problème de conversion hystérique pour la première fois de sa vie, cela l'encourage à poursuivre.

La conclusion s'impose qu'il y a un motif que cette jeune fille de 30 ans ne veut lui révéler et qui est à l'origine du traumatisme. Freud va alors de ses propres associations, devançant les associations de sa malade, pour lui donner une explication qui est ce qu'il suppose. Il lui dit : "je ne crois pas que cela explique entièrement vos sentiments à l'égard des enfants ; je soupçonne plutôt que vous êtes amoureuse de votre patron, le directeur, peut être sans vous en rendre compte vous même". Il ajoute, ce qui ne se fait plus aujourd'hui : "Vous devez nourrir l'espoir de prendre la place de la mère" (des enfants).

Cette intervention est dans la démarche Freudienne. Freud a découvert le fonctionnement du principe du plaisir et que le refoulement procède du déplaisir. Le plaisir-déplaisir est en rapport avec ce sentiment de l'amour, d'être aimé ou de ne pas être aimé. Ce qui est refoulé est donc un manque à être aimé que le Sujet ne veut pas voir en face. Pour sa patiente, Freud se lance dans l'hypothèse qu'il s'agit du personnage le plus important, le Directeur, dont elle manque à être aimée. Freud colle le mythe oedipien qui n'est pas totalement élaboré à cette date (Etudes sur l'hystérie : 1895), mais qui est en cours dans son analyse.

Freud ajoute à l'adresse de Miss Lucy : "A cela s'ajoute le fait que vous êtes devenue très susceptible à l'égard des domestiques avec qui vous entreteniez depuis des années de bonnes relations. Vous craignez qu'elles ne s'aperçoivent de vos espoirs et qu'elles ne se moquent de vous à cause de cela". Freud a réfléchi aux propos de sa malade, de cette susceptibilité où elle dit que les domestiques pensent qu'elle se croit trop.

Freud poursuit son récit : "Elle me répondit avec sa brièveté habituelle : "oui, je crois bien que c'est ça" - "Mais puisque vous savez que vous aimez le directeur, pourquoi ne pas me l'avoir dit ?" - "Je l'ignorais ou plutôt je ne voulais pas le savoir, je voulais le chasser de mon esprit, ne plus jamais y penser, et je crois y avoir réussi ces temps derniers".

"- Pourquoi donc ne vouliez-vous pas vous avouer cette inclination ? Etiez-vous honteuse d'aimer un homme ?" - "Oh non, je ne suis pas aussi stupidement prude, d'ailleurs on n'est pas responsable de ses sentiments. Ce qui m'était pénible, c'est qu'il s'agissait de mon patron, que je suis à son service, que je vis dans sa maison et que devant lui je ne puis me sentir aussi indépendante que devant les autres. Et puis aussi, je suis une pauvre fille et lui est un homme riche appartenant à une famille considérée ; on se moquerait de moi si l'on soupçonnait cela."

Freud dit qu'il s'attendait après cet entretien révélateur, à une amélioration profonde de son état, mais elle ne se produisit pas. Miss Lucy continua à être maussade et déprimée, et de plus l'odeur d'entremets brûlé, n'avait pas tout à fait disparu. Elle était devenue plus rare et moins intense, elle la tourmentait seulement dans les moments où elle était très énervée.

Freud, persuadé que la persistance de ce symbole, avait du se charger, en plus de ce traumatisme principal, de tas de petits traumatismes secondaires, fait associer sa patiente sur ceux là et, au bout de ses peines, arrive tout de même à un résultat puisque Miss Lucy lui dit : "ça y est, l'odeur de brûlé a disparu... mais il y en a une autre qui a pris sa place !

- *c'est une odeur de fumée de cigare*". Freud se dit : l'odeur de fumée de cigare devait être refoulée et nous sommes arrivés à une odeur plus refoulée que la première. Cela est tout de même un résultat. Muriel MOSCONI fait observer que de nos jours, nous le dirions dans l'autre sens, c'est à dire que le symptôme s'articule au transfert. Freud d'ailleurs, fait remarquer un autre participant, était lui-même un grand fumeur.

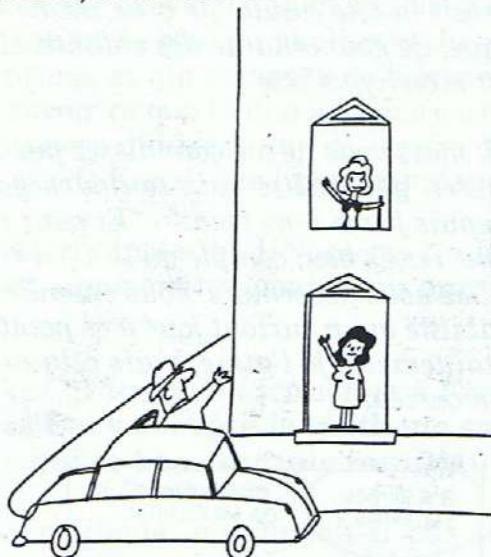
Cette idée de Freud, reprend Marie Josée PAHIN, était donc que l'odeur de cigare était plus refoulée que l'odeur d'entremets apparue avant. Cette odeur de cigare apparaît maintenant à l'état pur. Mais Freud n'était pas très satisfait du résultat de son traitement. Il se disait qu'il n'avait fait que déplacer le symptôme, remplacer le symptôme par un autre.

Il décide donc de continuer. Il constate que cette fois Miss Lucy ignore complètement d'où émane cette sensation de cigare et dans quelles circonstances elle l'a ressentie pour la première fois. Elle lui dit qu'il lui est impossible de se rappeler cette première fois : "on fume tous les jours chez nous, je ne sais vraiment pas si l'odeur que je sens représente un incident important."

Freud insiste pour qu'elle essaie de se souvenir sous la pression de sa main. De fait il parvient à faire surgir en elle une image au début imprécise, fragmentaire, celle de la salle à manger de la maison. En compagnie des enfants de son patron, elle attend que les messieurs reviennent de l'usine pour le déjeuner. Elle finit par raconter cette scène ainsi, dans son échange avec Freud :

"Nous voilà tous autour de la table, les messieurs, la Française, l'intendante, les enfants et moi. C'est comme tous les jours" - "Considérez encore cette image, elle se développera et se précisera" - "Oui, il y a un invité, le comptable chef, un vieux monsieur qui aime les enfants comme s'ils étaient ses propres neveux, mais rien d'extraordinaire là dedans, car il vient très souvent déjeuner" - "Persévérez, regardez cette image, quelque chose va sûrement se passer" - "Rien, nous quittons la table, les enfants doivent dire au revoir comme tous les jours et monter avec nous au second étage" - "Et ensuite ?" - "C'est vrai, un incident se produit ; je reconnaissais maintenant cette scène. Au moment où les enfants lui disent au revoir, le chef comptable veut les embrasser. Le patron se lève brusquement et lui crie : "N'embrassez pas les enfants !". Cela me donne un coup au cœur et comme les messieurs sont déjà en train de fumer, c'est l'odeur de cigare qui reste dans la mémoire!".

Telle était donc la scène la plus profondément enfouie, constate Freud, qui, ayant eu une action traumatisante, avait laissé une trace mnémonique. Ce précédent incident, se souvient la patiente, avait eu lieu 2 mois avant l'odeur d'entremets brûlé.



Freud poursuit son interrogatoire : "Pourquoi cette réaction du père vous a t'elle donné un coup au cœur puisque l'admonestation ne s'adressait pas à vous ?" - "Ce n'était pas bien de rudoyer de cette façon un vieil homme, grand ami de la maison, et de plus invité. On aurait pu le dire tranquillement." - "Donc, c'est la façon cavalière dont votre patron a parlé qui vous a blessée, peut-être avez-vous été gênée pour lui, ou bien vous êtes-vous demandé en le voyant traiter un vieux ami avec tant de rudesse pour une bagatelle, comment il agirait envers vous si vous étiez sa femme ?" - "Non, ça n'était pas ça" - "Mais c'était bien à cause de sa violence ?" - "Oui, à cause des baisers aux enfants, il ne voulait jamais qu'on les embrassat.

Freud poursuit : "Et maintenant, le souvenir d'une scène plus ancienne surgit sous la pression de ma main, celui du traumatisme véritable qui avait conféré à l'affaire du chef comptable son pouvoir traumatisant. Plusieurs mois auparavant, une dame était venue en visite et, en partant, avait embrassé les enfants sur la bouche. Le père présent se contraignit à ne rien dire à la dame mais, après son départ, attrapa violemment la malheureuse gouvernante. Il lui déclara qu'elle serait responsable si quelqu'un embrassait les petites sur la bouche, qu'elle se devait de ne pas le supporter et qu'elle manquait à ses devoirs en le tolérant. Si cela devait se reproduire, il confierait à quelqu'un d'autre l'éducation de ses enfants".

A cette époque, Lucy s'imaginait encore que son patron qui avait au cours d'une soirée, fait quelques confidences quelque temps auparavant, avait donné alors ainsi le signe qu'il était amoureux d'elle. Elle entretenait donc encore cet espoir. Or la scène dont elle vient de se rappeler, anéantit ses espoirs. Lucy se dit que si son patron était capable de s'en prendre ainsi à elle et de l'engueuler de cette façon pour une bagatelle dont elle n'était pas responsable, allant jusqu'à la menacer du renvoi, c'est qu'il n'était pas amoureux d'elle.

Freud fait observer qu'à la suite de cette déception, un peu plus de courage moral aurait évité à Lucy de se trimballer cette odeur gênante et persistante. Mais Lucy a refoulé son sentiment de déception et ce qui a pris la place, c'est l'odeur d'entremets brûlé cachant l'odeur de cigare qui a réapparu après. Freud, au travers de ce cas, veut démontrer comment le refoulement a procédé, indépendamment de la relation transférentielle.

Freud conclut : "Quand Miss Lucy revint me voir, deux jours après cette dernière analyse, je lui demandais ce qui lui était arrivé d'heureux. Elle semblait transformée, souriante, et portait la tête haute. Je crus même un instant avoir porté un faux jugement sur les faits et que, de gouvernante des enfants, elle était devenue la fiancée du directeur, mais elle détruisit mon hypothèse :

"Rien n'est arrivé, mais vous ne me connaissez pas : vous m'avez toujours vue malade et déprimée, alors qu'en général je suis toujours gaie. Hier, au réveil, mon oppression avait disparu, et depuis je me sens bien." - "Et pour votre situation, que pensez-vous qu'elle devienne ?" - "Je me rends bien compte qu'il n'y a rien à en espérer, mais je ne m'en ferai pas à ce sujet." - "Allez vous désormais vous entendre avec le personnel ?" - "Je crois bien que c'est ma susceptibilité qui a surtout joué à ce point de vue" - "Continuez vous à aimer le directeur ?" - "Certainement, je l'aime, mais cela ne me fait plus rien. On est libre de penser et de sentir ce qu'on veut".



C - Discussion

La discussion à la fin de l'exposé de Marie Josée PAHIN, a porté sur le cas de Miss Lucy.

Si Freud interprète du côté phallique, Lucy ramène du matériel situé du côté maternel

Nous avons vraiment l'impression d'un entrecroisement entre quelque chose de l'ordre de la jouissance féminine, et le phallus. Entre cette odeur de cigare et cette odeur d'entremets (l'entremet c'est féminin), Freud fait systématiquement un forçage du côté phallique de l'interprétation alors que chez Miss Lucy, il y a toujours ce qui est du côté du rapport à la jouissance maternelle, qui revient à chaque fois, fait observer Muriel MOSCONI.

Il y a cette mère qui dit à Lucy : "je te confie les enfants, mais aussi je te confie mon mari", remarque Mireille BRUN, surveillante de l'ATI Michel Silvestre. Et de plus, ajoute Marie Josée PAHIN, ce n'était pas rien pour elle, l'idée qu'elle puisse être amoureuse de son patron et que ça puisse être réciproque ; et cela, au bout du compte elle l'assume.

Pourtant, reprend Muriel MOSCONI, nous avons le sentiment que c'est le forçage de Freud. En effet la première scène au sens chronologique du terme, c'est quand même une dame qui embrasse des filles sur la bouche. Il y a cette fonction de la mère, qui insiste, et cette fonction du père qui intervient pour couper cette scène. Il y a aussi l'arrivée de la lettre de la mère de Lucy qui déclenche. Nous avons l'impression que Freud tente chaque fois l'interprétation du côté du phallus et du père, tandis qu'il y a toujours du maternel qui reste intact et qui remonte de scène en scène. C'est ce que Freud trouvera bien plus tard, à savoir ce que le lien à la mère est bien plus ancien, bien plus fondamental, que le lien au père qui n'est que de l'ordre du transfert. Nous voyons là l'intérêt qu'il y a à relire ce cas de Freud, à la lumière des apports de Lacan.

Mais, conclut Marie Josée PAHIN, ce cas a aussi l'intérêt de repérer ce qui se passe dans le refoulement, comment le refoulement procède.

C'est grâce à son transfert à Freud, que Miss Lucy accepte la méthode suggestive qui se base sur une intuition

Freud, par sa méthode, n'induisait-il pas les réponses ? demande un participant.

Oui et non, répond Marie Josée PAHIN, car il devine quelque chose d'important qui permettra de débloquer la situation. S'il s'était trompé, la malade lui aurait dit : "ce n'est pas du tout cela". Il est cependant vrai que Freud induit énormément, demande des précisions, cherche, insiste. Malgré cette véritable pénétration vocale, c'est grâce à son transfert à Freud, du fait qu'elle est quand même en analyse avec Freud, que Miss Lucy accepte ce forçage.

L'utilisation du discours du maître

Cela rappelle ce que vous avez étudié, il y a 1 an : le discours de l'hystérique et le discours du maître, rappelle Muriel MOSCONI. Miss Lucy donne des significations à tire larigot et Freud est en position de maître.

$\$ \longrightarrow S_1$: l'hystérique s'adresse au maître.

$S_1 \longrightarrow S_2$: discours du maître.
 $\$ \qquad\qquad\qquad a$

Freud s'adresse à elle en lui disant : "vous savez". Il lui fait ainsi lâcher son objet (a), un sentiment de jouissance qui la cerne.

Lacan considère que quelquefois la suggestion a sa place

Il est intéressant de voir quand Lacan parle de la suggestion. Il ne l'élimine pas complètement, note Marie Josée PAHIN. Lacan dit que quelquefois la suggestion a sa place, à condition de savoir ce qu'on fait, tout est là.

Freud, collant à la problématique oedipienne, n'a pas abordé la relation à la mère

Feud obtient là des scènes de plus en plus précises, des Signifiants de plus en plus précis, effectivement, reconnaît Muriel MOSCONI. C'est son collage à lui et ce forçage est de l'ordre de l'oedipe féminin. Mais il colmate quelque chose d'antérieur qui se joue au regard de la mère.

C'est à dire, précise Marie Josée PAHIN, que toute la relation de cette patiente à sa propre mère n'est pas analysée, n'est pas abordée. Un symptôme est analysé.

*

* * *

La suite du cours paraîtra dans le numéro 3 de Psy-Cause avec un nouvel exposé par une psychanalyste de la Question Freudienne.

SYLLOGISME THERAPEUTIQUE MODERNE

Didier BOURGEOIS
Praticien Hospitalier
Secteur 5 - CH Montfavet

D'après ce qui est montré à la télévision, (Zone interdite France 3, Juillet 1995) dans les "**cliniques coraniques**" de la bande de Gaza, les "**docteurs de la foi**" soignent les pauvres croyants persécutés par les démons. Ce sont des démons juifs en général, car ceux-ci ont tendance à s'attaquer aux bons musulmans participant ainsi à l'immense affrontement invisible, insoupçonné et cosmique entre juifs et musulmans dont les multiples guerres israëlo-arabes que nous connaissons ne sont que la partie visible de l'iceberg (Iceberg, encore un juif !).

*

* * *

La technique mise au point est imparable :

- Prendre un flacon de soluté pour perfusions, de préférence fourni par les organisations humanitaires, le déboucher et y hurler jusqu'à plus soif, le plus fort possible, des versets du coran. C'est en général un "docteur de la foi" qui en est chargé.
- Reboucher le flacon (qui a toute les chances d'être resté aseptique !) et en perfuser le croyant-possédé (une femme bien sur !).
- Au besoin ponctuer le traitement de vigoureux coups de bâtons sur la plante des pieds du possédé, ce qui rend la perfusion plus efficace et accélère l'issue du démon juif hors du corps du croyant (par le pied gauche en général).

*

* * *

Cette technique qui fait appel on le voit, à **la mémoire de l'eau** (Jacques BENVENISTE) chère aux tenants de l'homéopathie, peut susciter à la réflexion, bien des syllogismes thérapeutiques. Nous proposons donc, à son image, dans le cadre de la lutte contre la schizophrénie, maladie peut être bien provoquée par un démon -et on en a brûlé pour moins que ça il y a des siècles en Europe-, de réciter la version originale des textes freudiens (après s'être assuré qu'il ne s'agit pas d'un démon juif de plus !) à des plants de tabac sélectionnés, sur pied. Ces plants, naturellement, seront plus tard fumés par des schizophrènes, car chacun sait que les schizophrènes fument beaucoup dans les hôpitaux psychiatriques, et ceux-ci ne manqueront pas, à l'instar de leurs congénères de la bande de Gaza, d'être imprégnés, donc soignés, de la bonne pensée freudienne. Ceci constituera une source d'économie pour la sécurité sociale et un grand soulagement pour les familles, CQFD.

Il s'agit là finalement d'un allothérapie bien banale et sans doutes les scientifiques autorisés en seront bientôt à déterminer le Nombre d'Avogadro de versets nécessaires (N_v) pour atteindre la pleine efficacité voulue, à moins que par analogie à l'homéopathie ne soit-il recommandé un jour, de diluer à 5 CH par exemple, les anti-textes voulus. Il sera alors possible de voir ces bons fidéthérapeutes hurler le nouveau testament, les cours de Wall Street ou Le Capital de Karl Marx dans les précieux flacons (et pourquoi pas leur mélange synergique) afin de pouvoir, après dilution convenable, lutter contre les grands satans respectivement à l'ouvrage sur les pauvres créatures en question.

Si l'on peut rire de ces extravagances, elles montrent bien, au delà du désarroi des populations placées sous l'emprise de tels illuminés, une certaine cohérence dans tous les mécanismes en usage dans ce qui relève finalement de la **pensée magique** et de la **conversion hystérique** à manifestation collective.

On dit que les plus grandes inventions sont les plus simples ; sans doute en est-il ainsi dans les bourrages de crânes. Après tout, pourrait dire un grand paranoïaque, "qui me prouve que l'Amérique n'est pas une pure invention, un mythe orchestré à l'échelle planétaire depuis des siècles pour tromper les gens ?"

NB : Ne serait-ce la difficulté à en contrôler l'approvisionnement, compte tenu de l'activité du cartel de Medelin, semblable opération pourrait être menée sur des plants de café de Colombie ou de coca, afin de traiter les grands addictifs qui peuplent la planète.



ACTUALITE SCIENTIFIQUE LOCALE

Novembre 1995

Jean-Paul BOSSUAT
Praticien Hospitalier Chef de Service
Secteur 27 - CH Montfavet

Cette rubrique a pour projet de rendre compte d'un certain nombre de manifestations scientifiques, de rencontres professionnelles, se déroulant dans le Vaucluse et ses environs. Elle pourra regrouper un certain nombre d'informations transmises au responsable de la rubrique par les participants à ces réunions, qui souhaitent que Psy-Cause en donne un écho. Cette première parution ne se prétend pas exhaustive mais est à considérer comme une introduction à des développements ultérieurs.

Maison IV de chiffre, Avignon le 24 septembre 1995 Hystérie et Féminité

Cet exposé original de Geneviève MOREL dans le cadre d'un cycle de conférences organisé par l'Association de la Cause Freudienne Via Domitia, apporte un éclairage moderne sur le fameux continent noir de la féminité sur lequel Freud annonça avoir trébuché.

On considère actuellement, avec Lacan, que la différenciation des sexes se fait en trois temps. Le premier temps est le réel mythique de la différenciation anatomique naturelle anticipée par l'échographie, l'amniosynthèse..... Ce premier temps est mythique car il ne prend sa valeur qu'à partir du second temps qui est celui du discours sexuel. En effet, aucune différence n'est pensable sans le Signifiant. Le sujet est alors confronté à "l'erreur commune" qui pose l'universalité du phallus. S'il la refuse, c'est la psychose. S'il accepte la fonction phallique, il peut aborder le troisième temps : la sexuation. Freud l'avait posé en termes de développement : on devient fille ou garçon avec un seul signifiant pour signifier deux sexes. Lacan essaie d'aborder les choses autrement.

Pour Lacan, l'homme est dans son rapport à l'autre sexe, pris tout entier dans la fonction phallique, tandis que la femme n'est pas toute inscrite dans la fonction phallique.

A partir de ces trois temps de la différenciation sexuelle, on peut repérer ce qu'il en est du transsexualisme, de la névrose et de l'homosexualité féminine. Les transsexuels disent qu'ils sont victimes d'une erreur de la nature. Ils ne veulent pas inscrire leur organe sous le Signifiant phallique. Le transsexualisme est une psychose délirante face au désir de la mère pour un enfant phallus féminin. Le névrosé a accepté l'existence du phallus. Mais l'hystérique brouille les cartes pour ne rien savoir de son choix initial : être homme ou femme. L'homosexuelle, par contre, affirme son sexe et ne fait pas là venir une question. Sa difficulté avec le phallus n'est pas de l'ordre de la forclusion du transsexuel, du refoulement qui se déchiffre dans le symptôme du névrosé, mais se traduit par un refus de la lettre du phallus. Elle pense accéder plus radicalement à la jouissance féminine en prétendant anéantir le Signifiant phallique ; elle rate le pas tout de sa jouissance, en refusant ce qui la rend désirable pour un homme, d'être l'objet à de l'homme.

Le pas tout qui caractérise la féminité est une position instable. Il peut osciller entre le "pas plus d'un" et "l'au moins un". Le pas plus d'un, c'est la femme-femme fixée amoureusement à un père divinisé, et qui ne peut s'attacher qu'à un partenaire élevé à la position de Dieu. L'au moins un, c'est la fixation virile de l'hystérique qui prend un homme et le jette.

Montfavet, le 3 octobre 1995 : La psychiatrie dans tous ses débats

Cette table ronde organisée par le syndicat CGT du Centre Hospitalier de Montfavet, fait le point sur l'état actuel de la psychiatrie, tout particulièrement en référence au courant de la psychotérapie institutionnelle. Odette WACKS, psychiatre au CH (S) d'Etampes est très critique sur la politique de santé conduite depuis ces quinze dernières années. Elle dénonce la réforme des études médicales en 1984 qui "*tarit le recrutement médical des hôpitaux, produit de jeunes psychiatres considérant le secteur comme ringuard, et attirés par des théories qui oublient que le malade est un sujet*". En 1992, le rapport Massé propose dit-elle, "*un autre type d'enfermement dans les hôpitaux généraux, ainsi qu'une psychiatrie à deux vitesses distinguant les cas aigus, des malades au long cours*". L'année 1992 est aussi celle du diplôme unique qui est le pendant de la réforme des études médicales. Le nouveau diplôme infirmier est basé sur une formation en psychiatrie, de qualité discutable.

Antoine VIADER, psychiatre à l'hôpital Edouard Toulouse, décrit les "*dégâts actuels d'un mouvement de mise à mort froide et technocratique de la substance même du soin*". Alors qu'à Saint Alban, la nouveauté avait été de considérer les malades hospitalisés comme des êtres humains.

Espace médical, le 15 novembre 1995 : les neuroleptiques atypiques

Par "neuroleptiques atypiques", il faut entendre ceux qui ne correspondent pas à la définition Française des années 1950 en particulier au niveau des effets extrapyramédaux. Le laboratoire Wyeth-Lederlé, animateur de cette conférence, a fait le point des connaissances actuelles sur les récepteurs dopaminergiques et serotoninergiques.

L'association de l'Espace Médical organise très régulièrement des exposés sur des sujets très variés, au Centre Hospitalier de Montfavet, dans ses locaux de la Domus Médica.

Le 30 novembre 1995, le Docteur Jean-Charles CROMBEZ, psychiatre, psychanalyste et psychotérapeute Canadien, enseignant à l'université Francophone de Montréal, parle à l'espace Médical autour de son dernier livre : "La thérapie en écho". Nous en rendrons compte dans le numéro 3 de Psy-Cause.

Montfavet le 25 novembre 1995 : thérapie systémique de la violence conjugale

Joëlle ARDUIN, présidente de l'association CLEFS (Collectif de liaison et d'échanges sur les familles et les systèmes, dont le siège social est à Saint Didier), organise le 25 novembre au Centre Hospitalier de Montfavet une matinée d'étude sur la violence et la dépendance, avec comme invité Michel SILVESTRE, psychologue systémicien formé à l'école de Palo Alto et exerçant à Marseille.

Ce spécialiste venait d'intervenir à l'émission "Bas les masques" (France 2) sur les violences familiales. Il nous a exposé son expérience de thérapie de la violence conjugale. Son exposé a porté sur le couple homme brutal et femme soumise battue, entre un homme qui est responsable de sortir de la loi pour écraser l'autre et une femme coresponsable d'entretenir le système. Le thérapeute doit prendre position car sinon il cautionne par sa neutralité, la violence.

Michel SILVESTRE introduit son sujet par des propos recueillis auprès d'hommes qu'il suit en thérapie de groupe : - "Les femmes sont comme les chiens, elles changent de nom en changeant de maître - Là où la chèvre est attachée, il faut qu'elle broute - Si tu n'as pas ce tu aimes, aimes ce que tu as - La femme est la propriété du mari , comme l'arbre à fruits est celle du jardinier."

Don Jackson, fondateur de l'école Palo Alto, affirmait : "Aucune relation conjugale ne se déséquilibre ou ne s'appauvrit du fait d'un seul conjoint. L'observation de l'interaction met en évidence le marché conclu entre le mari brutal et sa victime".

Comment démarre une relation violente ? Il y a d'abord la lune de miel entre un homme et une femme qui vivent un collage fusionné. Les problèmes débutent lorsque la femme a un mouvement d'autonomie : " si elle veut sortir, c'est que ma présence ne lui suffit pas et que donc, elle ne m'aime pas". Cet homme a une très mauvaise image de lui-même. Il ne vaut que si elle le reconnaît et comme il a du mal à communiquer verbalement, il cogne... Et il en souffre. Elle s'en rend compte et se dit "je ne l'ai pas aimé comme il aurait fallu, il faut que je l'aide ". Elle entretient ainsi la spirale de la violence et de la dépendance.

Dans la thérapie, l'homme doit grandir en développant sa compétence, son image de lui, sans pour cela dépendre de l'autre et sans que ce soit pour écraser l'autre. Quant à la femme, elle doit se désintoxiquer d'être forte et compétente pour deux : ce doit être uniquement pour elle. Il faut introduire entre les protagonistes, la notion de sujet qui passe par le respect des territoires de chacun, à commencer par la façon dont on parle en ne traitant pas l'autre comme un objet. Le vocabulaire utilisé par l'un vis à vis de l'autre est d'ailleurs un excellent indicateur de gravité quant au risque de violence physique.

P.S. : Il n'y a pas de lien de parenté entre le systémicien Michel SILVESTRE, et son homonyme psychanalyste de l'Atelier de Thérapie Institutionnelle Michel SILVESTRE.

PUBLICITE

Le laboratoire Wyeth-Lederlé
recommande à notre attention le LOXAPAC

COURRIER DES LECTEURS

Pavillon l'envol, le 21 novembre 1995

La création de la revue Psy-Cause, dont j'ai lu avec beaucoup d'intérêt le Numéro 1, est une excellente initiative car nous disposons ainsi d'un outil local d'échanges et de communication.

Moi même, en 1991, ai été sélectionné pour participer à l'élaboration et à la réalisation d'un film professionnel afin d'établir un jumelage entre un CHS de Marseille où j'exerçais, et l'hôpital Razi en Tunisie. Nous avons établi des échanges scientifiques très intéressants, en particulier lors d'une soirée débat à Marseille en présence du Consul de Tunis.

Dans bientôt 4 années, nous aborderons l'an 2000. Nous ne pourrons rester indifférents à l'évolution des conceptions dans les domaines du soin, de la communication, des nouvelles technologies, de la biologie et de la psychiatrie, dans les institutions hospitalières. Cette évolution nous intéresse, qu'elle soit le fait des pays industrialisés comme le Canada par exemple, ou des pays en voie de développement comme les pays de l'Est.

Je pense que la formation des personnels (médecins, administratifs, paramédicaux) dans une grande institution hospitalière comme le CH (S) de Montfavet, passera obligatoirement, nous en sommes tous persuadés, par une ouverture culturelle d'échanges internationaux de compétences inter-hôpitaux.

Le Centre Hospitalier Universitaire Razi de la Manouba, situé à une dizaine de kilomètres au Nord Est de Tunis sur une superficie de 43 hectares, est au cœur de la mise en place d'une réforme hospitalière programmée sur 5 années de 1992 à 1996 qui permettra d'instaurer, tout en conservant le caractère social de l'établissement, une véritable dynamique axée sur l'hôtellerie, l'équipement biomédical, une restructuration et un renforcement de l'administration, une meilleure gestion des coûts par l'apport de la comptabilité analytique ainsi que l'aménagement de certains services.

Je pense que les échanges avec l'étranger, apportent un éclairage sur notre propre évolution et c'est dans cette optique que j'ai eu le projet en accord avec les docteurs BERNARD et GOUDARD, de fonder une association l'ECRI (Échanges de Compétences et de Recherches Inter hôpitaux Internationales).

Je signale aux lecteurs de Psy-Cause que le film réalisé à l'hôpital Razi peut être visionné en me téléphonant au poste 9170 (l'envol, 5ème secteur).

Guy MIRABELLA, Infirmier à l'envol

Réponse de la rédaction : votre lettre à le mérite de pointer l'une des missions d'une revue locale de psychiatrie, à savoir de faire connaître les projets et les idées de ses lecteurs, ceux-ci les exprimant en toute liberté. Nous ne nous autorisons pas à exprimer une quelconque position quant à la suite à donner aux projets, n'ayant pas à nous substituer aux instances compétentes. Nous serons heureux dans l'avenir de nous faire l'écho d'échanges internationaux qui connaissent déjà un important développement dans l'établissement avec divers pays. (A titre d'exemples, des échanges bilatéraux réguliers se déroulent depuis 2 ans avec la République Tchèque).

Le Puy, le 28 novembre 1995

J'ai souvent susurré à des oreilles amies qui gentiment m'écoutent sur le parcours que le Mistral emprunte et qui chaque semaine m'entraîne vers le sud, combien cet opuscule, ce bulletin qui pour le secteur 2 du VAUCLUSE, faisait organe, de liaison, de diffusion, d'échange ; me servait de viatique.

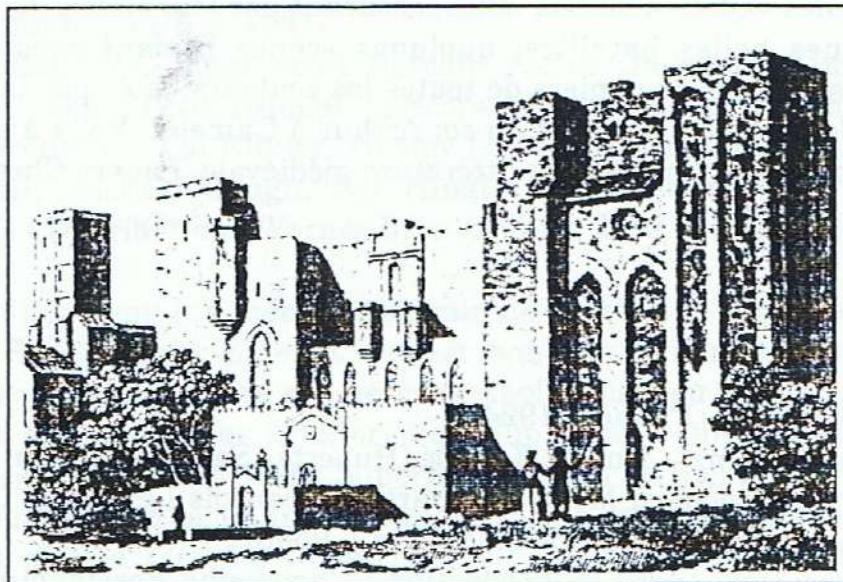
Et voilà que ces feuilles que les vents saisonniers emportent, s'attachent à des ramures plus fortes, qu'elles poussent leurs racines sur des terres plus vastes, plus riches, qu'un Autre pas arpente, un pas de Sénateur et que leur bruissement s'accroît, qu'il enflé et qu'à tout plein de gens du coin, d'alentour, voire même du pourtour de cette Mer qui médite, Il cause.....

Ca m'évoque Vincennes et ses effervescences et son département psy, où les flots bouillonnants des pensées de l'époque, tout agités encore des tempêtes d'un mai inoubliable, laissaient se déposer aux grèves parisiennes des objets merveilleux, étranges :

(a), heideggeriens, althusseriens, hégéliens, deleuziens, colorés, bigarrés comme mille cailloux riant dans le soleil, brillant sur le chemin du Poucet que j'étais et ça redonne à l'Ogre que je suis devenu, un appétit léger de Savoir, parfumé aux herbes de Provence.

*Docteur JP. LECIAK
Psychiatre, Psychanalyste, Praticien Hospitalier
au CHS Sainte Marie du Puy (43000)*

Réponse de la rédaction : Merci de pointer le fait que notre revue a résolument choisi de ne pas être dogmatique. Elle est ouverte à tous les courants de pensée et peut en être un creuset contribuant, à un niveau bien plus modeste qu'à Vincennes (!), à ce que sera la psy dans les années à venir.



Avignon.— Le palais des papes.

RUBRIQUE CINEMA

Août 1995

Huguette FERRE
Praticien Hospitalier
Secteur 5 - CH Montfavet

LANCELOT

De Jerry Zucker - USA (1994)

Avec Sean Connery (le roi Arthur) - Richard Gere (Lancelot) - Julia Ormond (Guenièvre) - Ben Cross (Méléagant) - Scénario : William Nicholson - Photo : Adam Greenberg - Musique : Jerry Goldsmith - Production : Jerry Zucker & Hunt Lowry - Distribution : Colombia TriStar - Durée : 2h13 (300 copies).

Richard Gere incarne Lancelot au côté de Julia Ormond (Guenièvre), Sean Connery (Arthur), Ben Cross (Méléagant). Avec une telle distribution, Jerry Zucker prend peu de risques pour cette version de Lancelot du cycle breton. Sean Connery est comme à son habitude parfait en roi, ainsi que Julia Ormond en Guenièvre. Cependant Richard Gere paraît peu crédible dans son personnage de chevalier. En effet, le réalisateur s'inspire avec liberté de la célèbre trame romanesque. Il fait tenir des propos, adopter des attitudes au personnage de Lancelot à mon sens trop contemporains pour être crédibles dans le cadre de l'amour courtois. Mais à quoi bon évoquer Chrétien de Troyes, alors que pour Zucker les Héros du cycle breton ne sont que des prétextes à mettre en scène des vedettes au box office, assurant par leur notoriété le succès forcé du film. Quelques belles batailles, quelques scènes romantiques, un accueil à l'américaine (des milliers de papiers de toutes les couleurs, jetés par la population de Camelot) pour l'entrée Guenièvre et du roi Arthur à Camelot. Voilà à quoi se résume l'interprétation du chef d'œuvre de la littérature médiévale. Pauvre Chrétien de Troyes !.

LA HAINE

De Mathieu Kassovitz - France (1994)

Avec Vincent Cassel (Vinz) - Hubert Koundé (Hubert) - Saïd Taghmaoui (Saïd) - Karim Balkhadra (Samir) - Edouard Montarte (Darty) - François Levaantal (Astérix) - Solo Dicko (Santo).... Scénario : Mathieu Kassovitz - Photo : Pierre Aïm - Musique : MC Solaar, FFF, Assassins, IAM ... - Production : Christophe Rossignol pour Lazennec Productions - Distribution : MKL - Durée 1h35.

Le film commence par des images de heurts entre des CRS et des manifestants. Pendant quelques minutes, le noir et le blanc des images évoque immanquablement les fameux événements de 68. Puis le regard s'habitue, et on remarque que ce ne sont plus les mêmes forces de Police, ni la même jeunesse. Les slogans si évocateurs, provocateurs du mythique mois de Mai sont absents. 24 heures de trois jeunes des banlieues, une journée et une nuit qui traînent en longueur, mais sont racontées. Malgré la gravité du sujet, une bavure policière sur un jeune beur de 16 ans, l'obsession de la vengeance chez l'un des trois personnages ; des scènes, des dialogues, le parler beur, verlan, l'accent de la langue, font sourire et par moment le film prend un ton de comédie. On retiendra la performance des trois acteurs principaux : la gravité incarnée par Hubert (Hubert Koundé), l'humour (qui rappelle) celui à la Smain ou à la Boujenah de Saïd (Saïd Taghmaoui), enfin le désespoir et l'impulsivité interprétés par Vincent Cassel dans le rôle de Vinz. Ce film dépeint, évoque les multiples facteurs à l'origine du malaise dans les banlieues : l'architecture, le chômage avec le désœuvrement, la drogue, le ghetto des familles immigrées autour de la capitale. On regrettera tout de même un certain manichéisme de l'auteur ; l'agression, le passage à l'acte est situé plutôt du côté de la Police comme si cette institution seule était responsable du désespoir régnant, avec peut-être l'idée de l'innocence présumée de cette jeunesse. Le personnage du flic beur vient adoucir cette image de Police perverse et sauvage. La question du passage à l'acte est posée pendant tout le film. Passage à l'acte sur l'Autre (le flic, le beur, le skin) ou sur soi dans le jeu ordalique de la roulette russe. Pourtant l'intelligence de personnages si attachants, la culture musicale (le RAP, le longue) montrent que ces lieux ne sont pas aussi vides et désespérés mais sont aussi créatifs. "*L'important ce n'est pas la chute c'est l'atterrissement*". Devant l'amitié de ces trois garçons, leur solidarité, leur humour, j'espérais que l'atterrissement ne serait pas aussi tragique.

BATMAN FOREVER - Le mythe moderne du Super Héros -

De Joël Schumacher - USA (1995)

Scénario : Lu Batchier, Janet Scott Batchir, Akiva Oddsman - Image : Stephen Goldbata, ASC - Son : Petit Hliddal - Décor : Barbara Ling - Montage : Demmis Virkler - Interprétation : Val Kilmer, Tommy Lee Jones, Jim Carrey, Nicole Kidman, Chris O'Donnell, Mickael Cough, Pat Hingle - Production : Tim Burton, Peter Moggregor Scott - Distribution : Warner Bros - Durée : 2h01 - en salle le 19 juillet.

Tout à fait régulièrement, le Cinéma Américain ne résiste pas à mettre en scène un de ses mythiques Super Héros. En effet, ces personnages de bandes dessinées "comics" représentent la version moderne des héros mythologiques ou folkloriques. Le citoyen américain peut dormir sur ses deux oreilles, Superman veille dans son inconscient pour venir sauver l'Amérique. Dans Superman II, film de Richard Lester, Superman replace symboliquement la bannière étoilée sur la maison blanche. Ce sont des personnages à double identité, Superman vit sur la terre sous les apparences modestes d'un journaliste timide ; Batman est un homme d'affaires reconnu et respecté.

Le mythe du Super héros "satisfait les nostalgie secrètes de l'homme moderne, qui, en se sachant déchu et limité, rêve de se niveler un jour un "personnage exceptionnel" un héros" (Mircea Eliade - Aspects du Mythe - Foho-essai- 1963). Mais les super héros ne sont pas des rigolos, le visage sombre, le sourcil froncé, ils doivent accomplir leur devoir en sauvant la veuve et l'orphelin, en rétablissant la justice défaillante. L'originalité est plutôt du côté des méchants (Lesluthor : Gene Hakman - Lessober : Jack Nickolson). Dans Batman Forever, Joël Schumacher met en scène un couple de méchants, le savant fou (Jim Carrey), les délires maniaques de double (Tommy Lee Jones). Malgré les gesticulations maintenant habituelles et quelque peu grotesques de Jim Correy (Mask, Pet détective), l'interprétation des méchants n'arrive pas à faire oublier celle magistrale de Jack Nickolson dans le rôle de Sober psychopathe, pervers et quelque peu délivrant (première version de Batman réalisé par Tim Burton). Heureusement la "psy" est là incarnée par une blonde pulpeuse (Nicole Kidman), pas aussi pulpeuse et surtout mythique que Kim Bassinger (journaliste - première version de Batman)- Il faut reconnaître tout de même que Batman avec ses petites oreilles pointues, sa cuirasse qui aine ses muscles bandés est quand même sexy. Mais le super héros en plus de ne pas être un rigolo, se doit d'être "politically correct". Nous n'assisterons à aucune scène "hot", à aucun mouvement de jambes, la blonde n'oublie pas sa petite culotte. Le personnage de Robin, moins sombre, le réalisateur a voulu être fidèle aux "comics", fait tout de même l'originalité de ce film. A n'en pas douter, ce film fera beaucoup d'entrées et ravira les "teenagers" grâce aux effets spéciaux . Et vous serez obligés d'acheter les inévitables gadgets (Batmobiles, Batman de toutes sortes) à vos chères têtes blondes.



ADULTERE (mode d'emploi)

De Christine Pascal - France (1995)

Avec Karine Viard - Richard Berry - Vincent Cassel - Emmanuelle Halimi - Scénario : Christine Pascal, Robert Boner - Photo : Rénato Berti - Musique : Bruno Carlais - Production : Rober Boner - Distribution : Pen Européenne - Durée : 1h35 - Sortie le 05 juillet (60 copies).

Le film retrace 24h de la vie d'un couple, 24h décisives pour leur vie professionnelle. Ils sont tous les deux jeunes, beaux, intelligents. Ils vivent ensemble, travaillent ensemble (architectes) et se battent ensemble pour décrocher un contrat d'Etat. Le couple idéal où $1+1=1$. Christine Pascal met en scène avec délicatesse et sans faux semblant l'ambiguïté du couple. Naturellement, l'idéale et fantasmatique équation ($1+1=1$) ne résiste pas à la question du désir. Un troisième personnage, l'ami célibataire du couple (Richard Berry) va venir le questionner. Pour la troisième fois après "La Garce" et le "Petit Prince", Christine Pascal dirige Richard Berry. Ici, Richard Berry (Simon) apparaît en retrait, comme une présence masculine physique. Personnage marginal (célibataire, un peu traînant, un peu drogué) qui contraste avec la normalité du couple.

Le titre du film "Adultère (Mode d'emploi)" évoque d'emblée un classique Vaudeville : le mari - la femme - l'amant. Ici, il ne s'agit pas de cela, mais plutôt un questionnement sur le couple, le sexe, le désir.

Vincent Cassel (Bruno) dans le rôle du mari, jeune dynamique, BCBG est aussi remarquable que lors de son interprétation du jeune des banlieues, désespéré (La Haine). Christine Pascal filme les transgressions successives de chacun. Les scènes "de cul" interviennent ici sans effraction et sont plutôt des scènes de "tête" avec les visages filmés en gros plan. L'Acmé de la transgression est montrée dans une longue scène érotique (presque un film dans le film). Bruno (le mari) va dans un hôtel particulier - sexe caché, sexe pervers avec le regard de l'autre (l'autre mari) - où attaché il se laisse guidé, excité par la "maîtresse" femme qui lui amène un "esclave". Richard Berry dans le personnage de SIMON est là pour interroger le couple. On se laisse porter pendant tout le film par les interrogations, les divagations de chacun des personnages. Le spectateur peut être séduit, ou choqué, par l'audace des dialogues. Dans une scène intime entre Fabienne et Simon, Fabienne prononce dans un souffle "elle est bonne, elle est grosse...". La fin heureuse du film vient pour être là en rupture par rapport à toutes ces scènes ; on s'attendait à une rupture. Mais non ironiquement le couple sort renforcé ; c'est l'union sacrée. Monsieur et Madame se sont fait des frayeurs, ont pris du plaisir et en scène finale, ils réintègrent leur baignoire. Ce film de Christine Pascal a le mérite d'interroger, de questionner et il ne peut laisser indifférent. Il est remarquablement servi par les acteurs Richard Berry, Vincent Cassel et Karine Viard. Rassurons nous, malgré le Happy End, il n'est pas assez "Politically correct" pour que les Américains en fassent un "remake".

Novembre 1995

LA CEREMONIE

De Claude Chabrol - France (1995)

D'après A. Judgment in Stone de Ruth Rendell. Adaptation et dialogue : Claude Chabrol et Caroline Eliacheff - Image : Bernard Zitzermann - Montage : Monique Fardoulis - Son : Jean Bernard Thomasson, Claude Villiend - Musique : Mathieu Chabrol. Interprétation : Isabelle Huppert, Sandrine Bonnaire, Jacqueline Bisset, Jean Pierre Cassel, Virginie Ledoyen. Production : Marin Karmutz - Distribution : MKL pour MKZ Diffusion - Durée 1h51 - en salle le 30 août.

Une famille bourgeoise, les Lelièvre, jouée par Jacqueline Bisset, Jean Pierre Cassel et leurs deux enfants, est à la recherche d'une employé de maison modèle. Avec Chabrol, d'emblée l'on sait que "le charme discret de la bourgeoisie" va être perturbé et souvent même plus. Sophie (Sandrine Bonnaire) dans le rôle de la bonne, Jeanne la postière (Isabelle Huppert) vont par leurs agissements (comportements) bousculer en quelque sorte l'ordre moral de la famille et même de la petite société étriquée de Province. Sophie est plutôt discrète, inhibée voire mutique ; elle va être d'emblée fascinée par Jeanne, expansive, un tantinet garce et surtout provocatrice. Chabrol va conduire l'intrigue en nous dévoilant progressivement les facettes de ses deux personnalités. "Il n'y a pas de hasard, il n'y a que des rencontres" cet adage se vérifie là pour ces deux femmes. Il s'agit là de la rencontre de l'étrange, de l'inquiétante étrangeté (comme nous dirions nous les psy) et même de la monstruosité. Comme rien n'est jamais laissé au hasard par Chabrol, il nous indique dans le titre "la cérémonie" le tragique dénouement. La cérémonie est le nom que l'on donnait aux exécutions capitales. Chabrol a réussi ici, un bon film bien servi par ses interprètes. Le prix d'interprétation féminine pour Sandrine Bonnaire et Isabelle Huppert (lion de Venise) vient couronner ce tandem complice.

LE HUSSARD SUR LE TOIT

De Jean Paul Rappeneau - France (1995)

Avec Juliette Binoche (Pauline), Olivier Martinez (Angelo), Pierre Arditi (Peyrille), Isabelle Carré (la précepitrice), Jean Yanne (le colporteur)....Scénario : Jean Paul Rappeneau, Nina companeez, Jean Claude Carrière, d'après le roman de Jean Giono. Photo : Thierry Arbogast - Musique : Jean Claude Petit - Production : René Cleitman, Hachette Première - Dir AMLF - 2h15 - 350 copies

Le centenaire de Giono est l'occasion de redécouvrir son oeuvre. Rappeneau réalise donc à l'écran l'oeuvre célèbre "le hussard sur le toit". Giono entretenait des relations ambivalentes avec l'image, et était très scrupuleux pour l'adaptation de ses œuvres à l'écran. Le projet (d'adapter pour l'image le Hussard sur le toit) remonte aux années 1950, mais n'avait jamais pu aboutir. Giono préférait les mots aux images, l'image en quelque sorte bridant par sa réalité l'imagination du spectateur. Le film respecte l'esprit du roman, le ton épique, lyrique de l'œuvre est bien rendu. Les deux acteurs principaux Juliette Binoche (Pauline), Olivier Martinez (Angelo) sont parfaits dans

leur interprétation. Rappeneau a vu juste en choisissant Olivier Martinez pour le rôle d' Angelo. Ce jeune acteur (on l'a vu dans trois films) rend bien la personnalité fougueuse, chevaleresque du Hussard de 25 ans. Rappeneau a eu le mérite de le choisir pour ce rôle, rôle tant brigué par tous les acteurs de la génération (Vincent Perez, Vincent Lindon, Christophe Malavoy, Keanu Reeves). Lors des projets d'adaptation des grands noms avaient été cités, notamment Gérard Philippe, Alain Delon. Binoche interprète à merveille Pauline de Theus, jeune femme douce, loyale mais aussi décidée et téméraire. Malgré certaines imperfections du film (utilisateur de la voix off, le personnage du médecin ironique dans le roman, absolument pas présent). On ne peut qu'être transporté par le charme de ce film. Le spectateur est saisi devant la beauté des scènes dans les grands espaces naturels provençaux, et dans le même temps devant l' horreur du drame, l' hécatombe de l'épidémie de choléra.

LES ANGES GARDIENS

De Jean Marie Poiré - France (octobre 1995)

Acteurs : Gérard Depardieu, Christian Clavier Les Anges Gardiens est le dernier film réalisé par Jean Marie Poiré. Cette comédie, écrite avec Christian Clavier, a bénéficié d'une campagne de publicité bien orchestrée. En effet, en avant première a été présenté le bêtisier du film où l'on pouvait voir les fou-rires de Christian Clavier et de Gérard Depardieu. Malheureusement, le film ne tient pas véritablement ses promesses. L'idée du film - Christian Clavier en curé, Depardieu en directeur de boîte, tous les deux flanqués d'anges gardiens pour le moins encombrants, était prometteuse. Cependant, le scénario s'avère embrouillé, l'intrigue est compliquée et même difficile à suivre notamment pour un jeune public. L'apparition des anges se fait attendre. Malgré cela, il faut tout de même admettre que l'on passe de bons moments avec de nombreuses scènes tout à fait loufoques. Les inconditionnels des "visiteurs" apprécieront Clavier tout à fait hilarant en diablotin en soutane. Le couple Depardieu-Clavier rappelle le couple Depardieu-Pierre Richard dans "la chèvre". Là aussi, tout comme dans ce film, Depardieu joue juste, donne bien la réplique au comique de Clavier. Il faut reconnaître qu'il est tout à fait craquant en Ange Gardien blond et bouclé. Moins réussi que "les visiteurs", ce film est tout de même un agréable divertissement. A aller voir en Famille.

CASPER

De Brad Silberling - sortie le 4 octobre 1995

Avec Christina Ricci, Bill Pullman, Cathy Moriarty Production : Spielberg - durée 1h40

Casper est un joli fantôme facétieux qui s'ennuie dans un manoir en compagnie de ses oncles les fantômes. Jusqu'au jour où il trouve une amie dans la personne d'une petite fille venue habiter le manoir avec son loufoque de psychiatre de père.

Ce film s'adresse aux enfants, il s'agit d'une adaptation d'une bande dessinée et d'une série VS des USA. Le petit fantôme aux yeux bleus est tout à fait mignon. Le film réalisé par Spielberg utilise des effets spéciaux qui rappellent Roger Rabbit par le mélange des personnages animés et des acteurs. Cependant, il est beaucoup moins hilarant que ce dernier.

La jeune actrice Christina Ricci (la Famille Adams) fait une prestation remarquable ; on peut même dire que le film repose sur elle (et Casper bien sûr !). Ce film a le mérite d'aborder pour un jeune public le thème de la perte, de la séparation, de la mort, question rarement traitée à notre époque où d'habitude les héros sont immortels (Superman, Belli man, Robocop...). Ce sujet est traité sur un ton tendre et touchant. Le personnage du père psychiatre spécialiste des psychothérapies de fantômes est attachant. Le travail de deuil ne peut s'accomplir pour lui qu'en retrouvant sa tendre épouse "fantôme - fée". Certaines scènes rappellent "Ghost" avec Demie Moore. Casper est un film agréable, pour une fois sans violence et tendre pour les enfants.

VOUS VOULEZ Ecrire UN ARTICLE ?

- Le plus simple pour nous est de nous adresser **une disquette** aux normes suivantes :

- Traitement de texte Word 5
- Caractères New Century (taille 12)
- Marge 2 cm à droite et à gauche
- Ordinateur Macintosh

Si vous n'êtes pas équipé ou que vous n'avez pas accès à cet équipement, nous acceptons votre texte **dactylographié**.

- Envoyez ce texte à la direction de la revue (Docteur Jean Paul BOSSUAT, secteur 27, Centre Hospitalier de Montfavet, 84143 cedex). Renseignements : 90 03 92 76

- Si vous désirez **vous abonner**, adressez un chèque de 100 F à l'ordre de "Psy-cause en Vaucluse", à la direction de la revue.

- Dans le numéro 3, nous prévoyons **un dossier** sur "Immigration et Santé Mentale" (voir dans cette revue, page 34).

SOMMAIRE : RAPPEL

- La prise en charge bipolaire du psychotique : pages 3 à 20
- Le théâtre à l'Hôpital de Jour de Saint Rémy : pages 21 à 24
- L'anorexie mentale : mode de vie - de survie ? : pages 25 à 33
- Projet de dossier Immigration et Santé Mentale : page 34
- L'Inconscient, connaissances actuelles, sa découverte : pages 35 à 52
- Syllogisme thérapeutique moderne : pages 53 à 54
- Actualité scientifique locale : pages 55 à 57
- Courrier des lecteurs : pages 58 à 59
- Cinéma : pages 60 à 66.

Athynil® 60 mg

miansépine

Antidépresseur

pour faire
la différence

FORMES ET PRÉSENTATIONS : Comprimé enrobé suetable (blanc) : Boîte de 2 plaquettes de 7. **COMPOSITION :** Miansépine (DMS chlorhydrate) : p. comp. : 60 mg - p. boîte : 0,84 g. - **EXCIPIENT :** Amidon de Maïs, stéarate calcium anhydre, cellulose microcristalline, hydroxyapatite de calcium. Enrobage : Hypromellose, hydroxypropylcellulose, macrogol 15 000, talc, polyacrylate 20, glycérol de stearate. **INDICATIONS :** États dépressifs majeurs (n'est pas caractérisée). **POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION :** Comprimé à avaler sera croqué. La posologie est à adapter à chaque cas et peut varier entre 30 mg (1/2 comprimé) et 90 mg (1 comprimé 1/2) par jour. Chez certains patients, en fonction de leur sensibilité individuelle, la posologie sera instituée progressivement (en une semaine). Le traitement commence par un demi-comprimé par jour. La dose quotidienne pourra être soit répartie au cours de la journée, soit administrée de préférence le soir au coucher (dans ce cas, une prise ne devrait pas excéder 60 mg). Cours du traitement journalier de 2,45 f à 7,35 f. **CONTRE-INDICATIONS :** États de moins de 15 ans. Contre-indications relatives : associations déconseillées avec l'alcool, avec le clonidine (cf. interactions médicamenteuses). **MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :** Mises en garde : - En cas de relais d'un traitement par MAOI par la miansépine, respecter un délai de 15 jours. - En cas de relais d'un traitement par miansépine par un MAOI, un intervalle de 3 jours est suffisant. - Cette présentation n'est pas adaptée au sujet âgé. **PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :** - Les patients avec tendance suicidaire doivent être tout particulièrement surveillés en début de traitement. - Chez les diabétiques, la surveillance doit être renforcée en raison de la possibilité d'assouplissement du seuil épiphlogique. - Surveiller la glycémie chez les diabétiques non stabilisés. **INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES :** Associations déconseillées : - Alcool : majoration par l'alcool de l'effet sédatif de la miansépine. L'utilisation de la vigilance peut rendre dangereuse la conduite de véhicules ou l'utilisation de machines. Eviter la prise de boissons alcoolisées et de médicaments contenant de l'alcool. - Clonidine et substances apparentées : inhibition de l'effet antihypertenseur de la clonidine (relaxation au niveau des récepteurs adrénergiques). Association à prendre en compte. - Médicaments dépresseurs du SNC : majoration de la dépression centrale pouvant avoir des conséquences imprévues, notamment en cas de conduite automobile ou d'utilisation de machines. **GROSSESSE ET ALLAITEMENT :** Grossesse : Les études chez l'animal n'ont pas mis en évidence de risque théorique. Toutefois, en l'absence de données dans l'espèce humaine, l'administration de miansépine est déconseillée pendant la grossesse. Allaitement : en l'absence de données, l'administration est déconseillée en cas d'allaitement.

CONDUITE ET UTILISATION DE MACHINES : L'utilisation est stricte notamment chez les conducteurs de véhicules et les utilisateurs de machines qui nécessitent de la vigilance et de la coordination de la marche, de la bouche, de la coquille, etc. Des états d'insomnie, de peine de poitrine, d'arthralgies, d'ostéomes, de dysfonctionnement féminin, etc. sont également possibles. Des états d'hypertonie d'origine psychique ont été rapportés, notamment chez les personnes âgées de plus de 65 ans. Un contrôle de l'hémogramme est donc recommandé, notamment lorsque le malade présente de la fièvre, une angine ou d'autres signes d'infection. **SURDOSSAGE :** Un surdosage accidentel provoque généralement de la somnolence mais n'entraîne pas d'effet toxique cardiaque. Il n'existe pas d'effaceur spécifique de la miansépine. Le traitement, en cas de surdosage, consiste en l'évacuation rapide du contenu gastrique et le maintien des fonctions vitales jusqu'à l'élimination du produit. Celle-ci n'est pas améliorée par l'hémodialyse. **PHARMACODYNAMIQUE :** Antidépresseur. Les études chez l'homme ont montré que la miansépine possède également une action analgésique et un effet régulateur du sommeil. Elles ont montré également l'absence d'effets neuroleptiques et cardio-vasculaires de la miansépine aux doses thérapeutiques. **PHARMACOCINÉTIQUE :**

La miansépine est absorbée rapidement par voie digestive. La concentration plasmatique est maximale 2 à 3 heures après l'ingestion. La demi-vie plasmatique est de 17 heures environ. La biodisponibilité est approximativement de 30%. La miansépine se fixe 4-90% sur les protéines plasmatiques et cette fixation n'est pas modifiée par l'administration concomitante d'antidépresseurs, de neuroleptiques ou d'acalypiques. Le métabolisme hépatique semble la voie majeure de transformation soit par hydroxylation aromatique, soit par N-méthylation. Ces métabolites sont exécrés à 70% dans l'urine et le reste dans les fèces. L'excrétion dans le lait est négligeable. **LISTE I - A.M.M. 337 073.7 (1992)**

PRIX : 16,00 F (14 comprimés). Remb. Soc. soc. 71,65 % - Collect. ORGANON - 27 144 - 93204 SAINT DENIS Cedex 01 - Tél. (1) 46 13 83 00.

Retrouver les Couleurs de la Vie.

