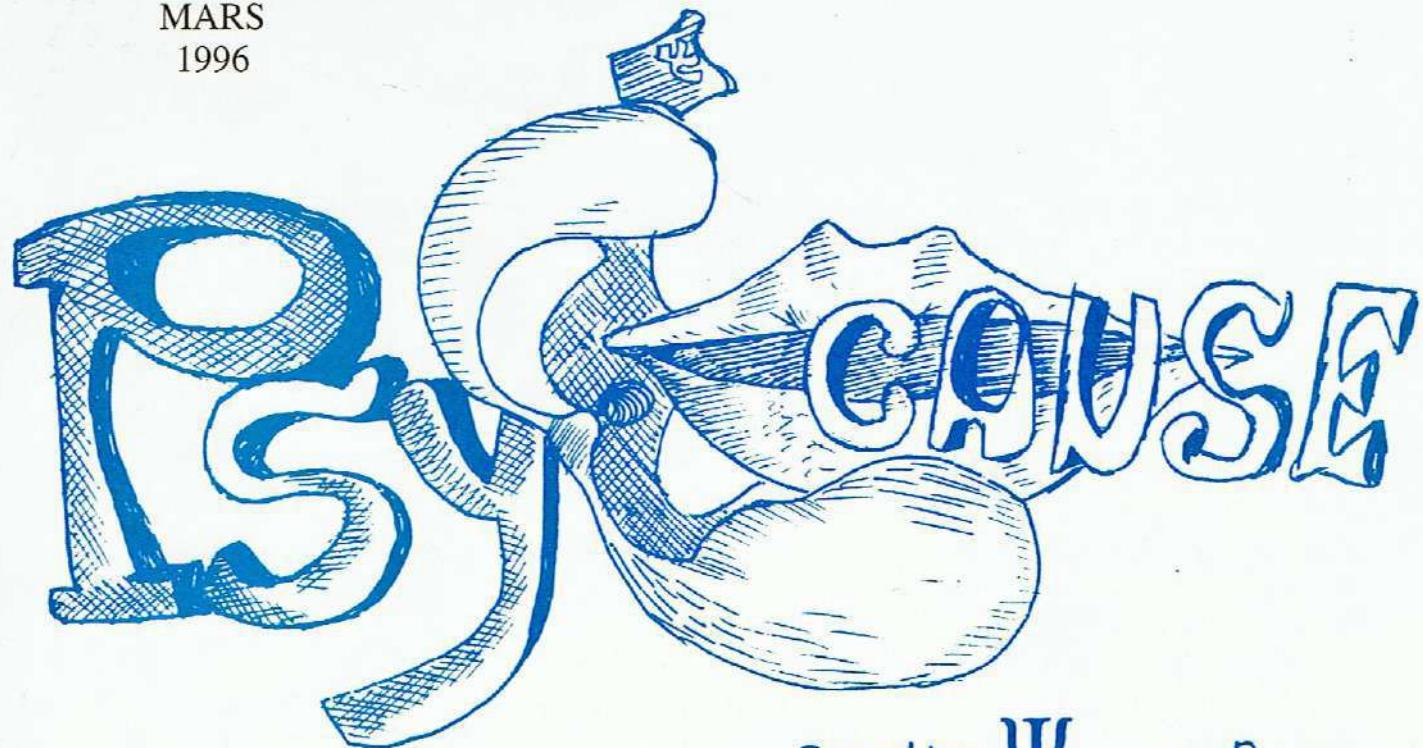


JANVIER - FEVRIER

MARS

1996

N°3



Quand les Ψ causent en Provence

Sommaire :

- Dossier Immigration et Santé Mentale :
 - Dans les quartiers chauds d'Avignon...
 - Questions à l'anthropologie.
 - Séjours irréguliers rémittents à la maison d'arrêt.
 - Le jeune maghrébin et le jeune français face à la drogue.
 - Immigrés maghrébins et psychiatrie (Mémoire infirmier).
- Guide pratique de l'hospitalisation sans consentement.
- Au carrefour de la névrose et de la perversion.
- Rubriques : actualité scientifique locale,
société (le plan Juppé), 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

PSY-CAUSE, REVUE DE PROXIMITE

C' était au début de juin de l'année dernière, que l'association Psy-Cause en Vaucluse fondée en 1991 au Centre Hospitalier de Montfavet, après refonte de ses statuts et de son objet, prit la décision d'éditionner une revue de proximité.

Cette idée est venue d'un désir de quelques uns, dans un contexte où l'innovation en santé mentale rencontre des difficultés de réalisation grandissantes qui peuvent décourager plus d'une bonne volonté, de créer un outil de communication entre des individus, des équipes, pour lesquels faire connaître entre proches voisins des questionnements et des avancées, positive des pratiques soignantes.

Réussir une revue de proximité, c'est pour les animateurs de celle-ci, être **dedans et dehors**. Dedans, c'est au niveau de l'aire de diffusion, être proche des équipes en participant au dispositif de soins, en ayant une pratique avec des malades, en connaissant de l'intérieur de quoi on cause. Dehors, c'est ne pas être enfermé dans les enjeux économiques ou de pouvoir d'une institution, avoir une autonomie suffisante et repérable par ceux qui adressent des articles. Et cela doit être, malgré une certaine intimité avec nos différents interlocuteurs sans le partenariat desquels nous ne pourrions parler de véritable proximité.

Y parvenir nécessite **un dispositif particulier** dans la structuration de Psy-Cause, qui se met en place progressivement. Nous avons des contraintes et des exigences très différentes d'une revue nationale, et au fil des mois nous avons pris conscience de participer à une expérience innovante dans laquelle il faut inventer. Thierry LAVERGNE et moi-même, avons croisé nos fonctions de direction et de rédaction en chef de la revue. De même le comité de rédaction débat autant sur des questions rédactionnelles que sur la gestion de la publication. Un fonctionnement résolument collégial et polyvalent est la première garantie de réussir cette synthèse du dedans et du dehors.

Lors de notre réunion du CR de Janvier, nous avons délimité plus précisément **notre aire d'implantation** à l'intérieur de laquelle Psy-Cause ne s'adresse pas qu'à la psychiatrie de secteur, mais aux établissements de tous types concernés par les maladies mentales : soins, réinsertion, hébergement, maison de retraite, structures pour toxicomanes, ainsi qu'au domaine associatif et à la pratique libérale. Nous avons retenu le découpage en secteurs psychiatriques comme repérage de cette aire géographique :

- Les secteurs rattachés au Centre Hospitalier de Montfavet.
- Trois secteurs rattachés au Centre Hospitalier de Montperrin qui est notre second pôle en importance : secteur de Salon, secteur 13G18 qui comprend Pertuis, l'intersector de pédopsychiatrie à cheval sur le Vaucluse.
- Le secteur du Gard qui contient Villeneuve les Avignon.
- Le secteur du sud de la Drome limitrophe du secteur 7 du Vaucluse.
- Le secteur ouest des Alpes de Haute Provence.

Nous avons ainsi défini une aire suffisamment étendue pour qu'il existe un dehors au niveau des échanges, et suffisamment restreinte pour un dedans au niveau de la proximité. Là se situe notre seconde garantie.

Le directeur de Psy-Cause
Jean Paul BOSSUAT

EDITORIAL

Casaque verte, toque blanche, c'est le numéro Troie...

Elle apprend ses verbes et ouvre un dossier immigration et santé mentale :

*Je réforme,
tu découpes,
il réduit,
nous évaluons,
vous accréditez,
ils objectivent.*

Sujet du dedans, sujet du dehors, c'est en causant qu'il advient.

Docteur Thierry LAVERGNE
Rédacteur en chef

QUI FAIT LA REVUE ?

Directeur de la Publication

Jean Paul BOSSUAT

Directeur Adjoint

Thierry LAVERGNE

Directeur de la Publicité

Huguette FERRE

Rédacteur en Chef

Thierry LAVERGNE

Rédacteur en Chef Adjoint

Jean Paul BOSSUAT

Secrétaire de Direction

Didier BOURGEOIS

Comité de Rédaction

Régis ASTIC

Fabienne CAYOL

Huguette FERRE

Jean Michel GAGLIONE

Jean Louis GAUTHIER

Léo GOUDARD

Marc Alloïs LILLO

Henri LOMBARD

Jean Louis PAULETIG

Christian TARDIEU

Jany VIDON

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
éatrice SEGALAS
Danièle SILVESTRE
Mohand SOULALI
Jean Pierre SUC
Yves TYRODE

Correspondants

Joëlle ARDUIN
Mireille BRUN
André Salomon COHEN
Rémi DELAITRE
Gérard IMBERT
Claude MIENS
Christian MIRANDOL
Hosni OUACHI
Marianne PARIS
Danielle RAOUX

Didier BOURGEOIS a dessiné les illustrations originales.

Guy-Emile CAT, Marie Josée CEBE, Christine CERAULO et Martine FLAMICOURT ont contribué à sa fabrication. Martine BAROZZI a assuré le mailing.

SOMMAIRE

Dossier Immigration et Santé Mentale

- . *Dans les quartiers chauds d'Avignon.... Interview d'un CMP par Huguette FERRE, Praticien Hospitalier.* Pages 5 à 11.
- . *Question à l'anthropologie à propos d'un cas : Marie France FRUTOSO et Dominique LIBES-ARNAUD, Praticiens Hospitaliers, ainsi que René PANDELON, Médecin Chef de Service.* Pages 12 à 15.
- . *Contribution à une modélisation théorique intégrant les éléments psychodynamiques et ethnologiques de sujets en séjours irréguliers rémittents : Didier BOURGEOIS, Praticien Hospitalier.* Pages 17 à 22.
- . *Le jeune maghrébin et le jeune français face à la drogue : Mohand SOULALI, Psychiatre Assistant.* Pages 23 à 25.
- . *Immigrés maghrébins et psychiatrie : Mireille JONARD, Infirmière.* Pages 26 à 33.

Psy-Cause, suite...

- . *Guide pratique de l'hospitalisation sans consentement : Jean Louis DESCHAMPS, Attaché de Direction et maître de conférence des facultés de droit.* Pages 35 à 38.
- . *Au carrefour de la névrose et de la perversion : l'opération de la privation, à propos de deux femmes analysées par Freud.* Marie Josée PAHIN, Psychanalyste. *Pages 39 à 57.*

Rubriques

- . Courrier des lecteurs. Page 58.
- . Actualité scientifique locale (Responsable de la rubrique : Jean Paul BOSSUAT), Pages 59 à 67.
- . Annonce du IIème colloque international de périnatalité à Avignon, par Michèle ANICET et Michel DUGNAT. Pages 68 à 70.
- . Société : *le plan JUPPE, état des lieux* (Responsable de la rubrique : Jean Michel GAGLIONE) . Pages 71 à 75.
- . Cinéma (Responsable de la rubrique : Huguette FERRE). Pages 76 à 78.

DOSSIER

IMMIGRATION ET SANTE MENTALE

C'est spontanément que s'est constituée l'idée de réaliser ce dossier. L'arrivée d'un certain nombre d'articles sur ce thème commun, sur la table du comité de rédaction, nous a conduit à les regrouper et à considérer qu'il y a là un effet de sens à prendre en considération. Il est plus habituel de décider d'un dossier et de commander des articles, pourquoi ne pas partir du désir des auteurs comme point d'origine du dossier ? Un politicien dirait que c'est démocratique ; un psy, que c'est favoriser l'émergence du sujet.... du sujet en tout cas, du dossier.

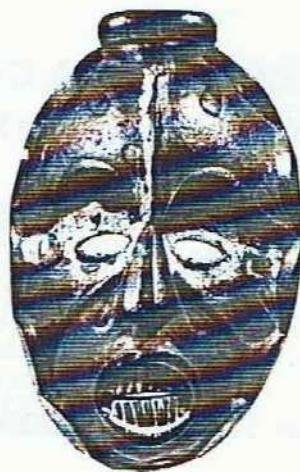
Une interview réalisée par Huguette FERRE auprès du CMP Laure de Noves, introduit la question au niveau de la pratique sur le terrain dans les "quartiers chauds" d'Avignon où dominent deux communautés : les gitans et les maghrébins (sans compter celle, silencieuse, des asiatiques).

Marie France FRUTOSO, Dominique LIBES-ARNAUD et René PANDELON, témoignent de **l'apport de l'anthropologie** dans la prise en charge d'une guinéenne enceinte au C.H. Montfavet.

Didier BOURGEOIS apporte son point de vue clinique sur les séjours à répétition de certains **immigrés à la prison d'Avignon** dont la trajectoire n'est pas sans parallèle avec celle du toxicomane.

C'est justement de **toxicomanie** que nous parle Mohand SOULALI qui, s'autorisant de sa position personnelle, s'interroge sur une supposée plus grande appétence des maghrébins au recours à la drogue.

Mireille JONARD conclut ce dossier par 4 cas cliniques représentatifs pour lesquels **il y a un problème** : pour le patient, et pour la psychiatrie, qu'elle nous expose dans le cadre d'un extrait de son mémoire pour le diplôme d'infirmier.



DANS LES QUARTIERS CHAUDS D'AVIGNON... INTERVIEW DU CMP LAURE DE NOVES

Huguette FERRE
Praticien Hospitalier
Secteur 5 - CH Montfavet

A l'occasion de ce dossier sur la pathologie des migrants et peut être plus largement sur quelques éléments d'ethnopsychiatrie, la revue "Psy Cause" a trouvé indispensable d'aller recueillir le témoignage d'une équipe de CMP exerçant auprès de populations d'origine étrangère ou de culture différente. Le CMP Laure de Noves assure le travail de secteur pour la partie Ouest d'Avignon (secteur 5. service du Docteur BERNARD) dont les quartiers MONCLAR et CHAMPFLEURY.

Ces deux quartiers dit "chauds" d'Avignon sont habités notamment par une forte communauté gitane et maghrébine. Tout au long de cet entretien, nous nous sommes interrogés avec l'équipe du CMP s'il y avait nécessité de développer des soins spécifiques pour mieux s'adapter aux particularités de ces communautés.

Entretien réalisé par le Docteur Huguette FERRE pour la revue "Psy Cause" auprès de l'équipe du CMP Laure de Noves.

Personnes présentes : Mme Hélène de PICCOLI (Psychologue), Mme Danièle VIAL (Infirmière), Mr Marc LOPEZ (Infirmier), Mme MAUPE (Infirmière), Mme BRUNI (Infirmière), Mme Simone ORAISON (Surveillante), Mme Marie-Josée GLASSO (Infirmière), Mr le Docteur Jean-Claude MAUREL (Psychiatre).

1 - La drogue

"Psy Cause" : Ce secteur est composé des deux quartiers dits "chauds" d'Avignon : Monclar et Champfleury. Ils sont habités par une communauté gitane, ainsi qu'une communauté maghrébine. La toxicomanie y semble importante. D'après vous, est-elle plus importante ici qu'ailleurs ?

Mme de PICCOLI : La toxicomanie touche un public très large. Il y a tout un public que l'on ne connaît pas parce qu'il a de l'argent pour s'approvisionner (les soirées techno - S...). Je ne pense pas que ce soit la même population qui va dans les soirées, que celle qui nous concerne en tant que structure de soins. Quant aux facteurs de la toxicomanie, ils sont multiples : l'histoire individuelle, les facteurs sociaux. A mon sens, il n'y a pas que les quartiers comme Monclar qui sont touchés. La toxicomanie est un problème pour toutes les couches de la société. Nous n'avons pas de chiffres, et donc ces propos ne sont que des impressions qui se basent sur les discussions avec les collègues de l'AVAPT. Ici, nous y sommes peut-être plus directement confrontés parce qu'il y a un problème de fric, il y a de la délinquance, alors que celui qui a de l'argent, peut se procurer sa drogue, son cannabis...

"Psy Cause" : Cela ne trouble pas l'ordre social en quelque sorte. Donc selon vous, la toxicomanie touche toutes les couches de la population. Si l'on considère la famille ; il y a une différence de structure entre les familles gitane, maghrébine ou autochtone. Quelle est la réaction de la famille lorsque l'un de ses membres est atteint de toxicomanie ?

Mme de PICCOLI : Il y a quelques années la drogue n'avait pas envahi le milieu gitan. Cela a du certainement modifier les relations entre les membres. La toxicomanie a fait éclater les liens, les clans.

2 - L'alcool chez les gitans

"Psy Cause" : Dans le milieu gitan, la toxicomanie serait plus récente ?

Mme BRUNI : Il y a 20 ans, le problème était plutôt l'alcool. Les pères étaient alcooliques, maintenant les enfants sont toxicomanes.

Docteur MAUREL : Une pathologie que l'on ne voit plus beaucoup, ce sont justement les gitans quadragénaires alcooliques.

"Psy Cause" : Ils sont peut être guéris ou malheureusement morts ?

Mmes VIAL ET BRUNI : Nous avons connu toute une génération de gitans alcooliques : ils sont pratiquement tous morts.

Dr MAUREL : Les gitans font souvent la fête. L'alcool était intégré dans la culture. Ils se disaient franchement qu'ils allaient arrêter de boire mais, c'est bien évident, jusqu'à la prochaine fête, et cette pratique était bien tolérée alors que la drogue non, c'est quelque chose qui leur échappe. De plus, les parents étaient intégrés car la plupart travaillaient à la Mairie (voierie), il y avait un revenu.

Mme de PICCOLI : Pour eux demander une cure de sevrage cela permettait de continuer le travail.

3 - Problèmes d'intégration des gitans

"Psy Cause" : Les fils auraient pu continuer dans l'alcool, qu'est ce qui a fait qu'ils ont plongé dans les drogues illicites ?

Mme de PICCOLI : Le marché a changé, le chômage, le désœuvrement, une façon de gagner de l'argent facilement en dealant. L'activité habituelle des gitans (la ferraille) a beaucoup diminué, il faut bien une autre activité de remplacement. Le travail à la Mairie, cela a été une époque.

Mme VIAL : Il y a 20 ans, le maire de l'époque, DUFFAUT, a pratiqué une politique d'emploi chez les gitans. Ils étaient employés par la mairie essentiellement à la voirie, ou nettoyage. Cette politique permettait une intégration de cette communauté.

"Psy Cause" : Au niveau de l'alphabétisation, est ce que les jeunes générations savent lire et écrire ?

Dr MAUREL : Moins que les parents.

"Psy Cause" : Il n'y a donc pas d'améliorations au niveau scolaire, est ce particulier aux gitans ?

Dr MAUREL : Oui, pour les maghrébins, c'est autre chose. Les enfants gitans dépassent rarement la 3ème.

Mme BRUNI : Les bons vont à la SES du Navarin et les autres sont à l'apprentissage de la rue.



4 - Le travail de réseau : gitans et maghrébins

"Psy cause" : Est ce que vous avez développé une approche particulière pour travailler à Monclar ?

Mme de PICCOLI : Nous avons développé tout un travail de liaison avec les différentes associations, travail de réseau. Nous avons fait une journée d'étude sur les gitans.

"Psy Cause" : Est ce que vous êtes facilement accepté dans les familles. Les visites à domicile sont elles possibles ?

Mme VIAL : Nous sommes bien acceptés par les familles maghrébines. Il faut bien dire que nous allons très rarement chez les familles gitanes, les VAD sont plus difficiles.

"Psy Cause" : Les deux communautés gitanes et maghrébines n'ont pas du tout le même fonctionnement ?

Mme VIAL : Il y a beaucoup de maghrébins d'origine algérienne, mais aussi d'origine tunisienne et marocaine.

Dr MAUREL : Il y a beaucoup plus d'exotisme chez les gitans.

"Psy Cause" : Pour les maghrébins la structure familiale est méditerranéenne. L'originalité des gitans est notamment le rapport à la loi, ainsi que l'individu et le groupe. Les gitans disent "noces des gitans".

Mme ORAISON : Chez les gitans, il y a un bon soutien familial. Lors des réunions à l'antenne psychiatrique du Centre Hospitalier de la Durance, les équipes de soins parlent de leur vécu angoissant face à l'hospitalisation d'un membre de la famille gitane, et notamment d'un enfant. Toute la famille est autour du malade et fait pression sur les soignants.

Dr MAUREL : Il est extrêmement angoissant pour une famille de laisser un enfant à l'hôpital. Il semble que cela le soit encore plus pour les gitans.

Mme ORAISON : Il y a chez les gitans, la crainte de ne pas être pris en considération.

Dr MAUREL : Ils semblent vouloir garder une différence, mais en même temps, il y a la crainte chez eux d'une réponse malveillante des autres.

5 - Harkis et maghrébins

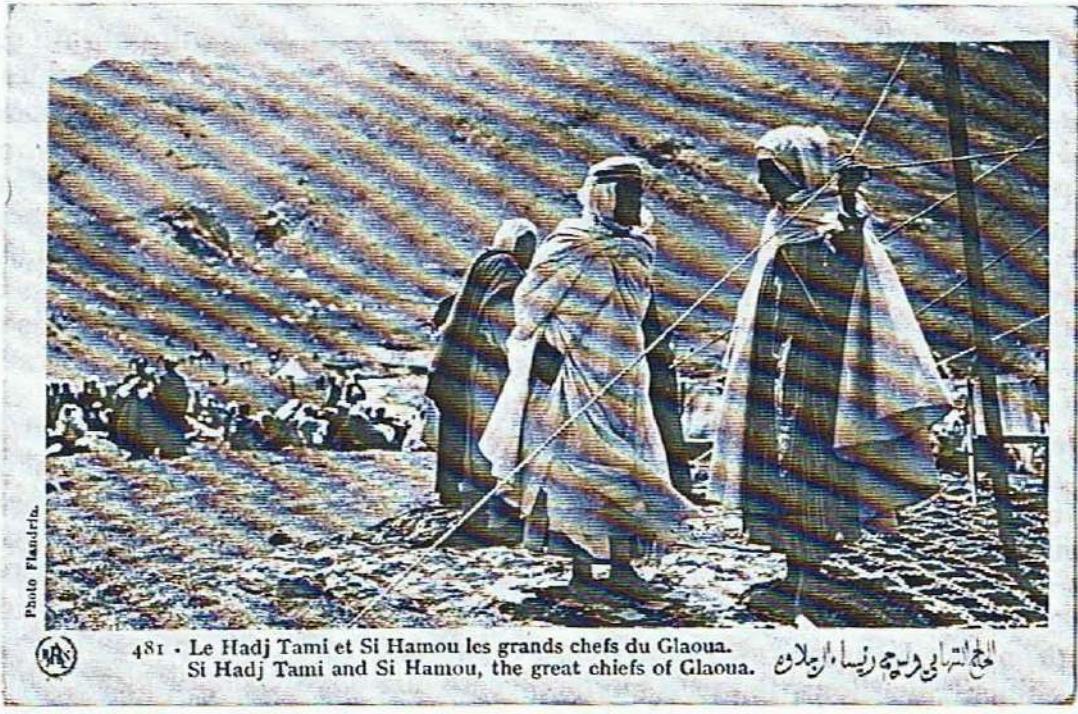
"Psy Cause" : En ce qui concerne les maghrébins, le Vaucluse a accueilli beaucoup de Harkis. Dernièrement l'Assistante Sociale, Madame GAUSSENS, notait qu'il lui semble exister une souffrance et même des pathologies particulières chez ces gens. Par là même, on peut s'interroger sur la question de l'histoire, et comment elle peut intervenir entre les générations ?

Mme de PICCOLI : Je suis tout à fait convaincue de ce rôle de l'histoire. Nous avons quelques familles où plusieurs frères sont soignés, il y a une pathologie individuelle et à la fois familiale.

"Psy Cause" : Nous avons le cas de familles maghrébines où plusieurs frères sont psychotiques. Quelle est votre analyse ?

Mme de PICCOLI : Cela ne peut être qu'une analyse personnelle, car nous ne faisons pas un travail spécifique avec des données. Bien que chacun d'entre nous soit intéressé par la pathologie migratoire. Il me semble que dans ces familles la question de la migration, de l'histoire de cette migration, se pose vraisemblablement.

Dr MAUREL : En ce qui concerne les Harkis, ce sont des gens qui ne sont ni algériens, ni vraiment français. Ils sont français dans les textes, mais ils ne se sentent pas vraiment de cette nationalité et donc effectivement c'est une difficulté supplémentaire.



"Psy Cause" : Il semblerait qu'au niveau de la file active, il y ait plus d'hommes que de femmes suivis, pour les populations gitane et maghrébine ?

Mmes BRUNI et PICCOLI : Nous n'avons pas de filles psychotiques dans notre file active, des cas de névrose importante parfois. Les filles s'en sortent beaucoup mieux que les garçons pour les maghrébins, au niveau intégration. Par contre, dans ce quartier, il existe aussi un milieu asiatique qui est très fermé, que l'on ne connaît peu. De par les dires des différentes associations du quartier, ces gens se débrouillent par eux mêmes. Ils sont très liés entre eux, ils ont leur réseau. Nous avons peu de consultants asiatiques, l'école est importante pour eux.

6 - Travail avec les familles

"Psy Cause" : La question des filles et des garçons, cela évoque obligatoirement la question du père. Est ce que vous les recevez ?

Mme BRUNI : Assez difficilement, cela dépend des familles, il faut insister pour les recevoir.

"Psy Cause" : Est ce que les soins proposés par une structure comme un CMP sont adaptés à ces populations ? Avez vous eu la nécessité de développer des stratégies particulières ?

Mme de PICCOLI : Il y aurait une spécificité intéressante à travailler, à savoir la prise en compte du groupe, de la famille. Le travail avec la famille gitane est très difficile. Une expérience a été menée dans le cadre de l'AVAPT. Cette dernière a mis en place un essai de rencontre des familles gitanes dans le cadre de la toxicomanie.

Mme BRUNI : Il est difficile de rencontrer les membres de la famille qui ne sont pas malades, car ils ont peur que cela leur porte malheur. Le chef de la communauté gitane est une femme : Mme PATRIS dite "Nenette" qui est la présidente de leur association.

Mme de PICCOLI : Nous faisons un travail de liaison et de réseau avec les associations du quartier. Nous participons à des réunions, à l'initiative des diverses associations. Nous participons ainsi à la réunion des "femmes-relais". Là, il y a un travail qui a été fait spécifiquement avec les femmes maghrébines, vietnamiennes, gitanes. Cela se passe sous la forme de la réunion d'un groupe de femmes, depuis 3 ans, animée par une psychologue. Depuis l'année dernière, des rémunérations sous forme de contrat emploi solidarité ont pu être mises en place.

Cet été, par rapport aux enfant gitans, un accueil avec des activités a été organisé à l'école du Navarin. Les mères gitane se séparent très difficilement de leurs enfants, elles les confient avec réticence aux autres. C'est grâce aux femmes-relais gitane que la séparation a pu être possible entre ces mères et leurs enfants. Un service de car de ramassage avait été organisé, cela a eu beaucoup de succès. On a même vu des mères qui amenaient des enfants très petits après. Nenette était participante. L'association des femmes-relais participe à la rénovation du quartier. Par notre présence, nous travaillons de façon moins directe que par la consultation, auprès des associations.

7 - Un ghetto à risque ?

"Psy cause" : Il y a quelques années, le CMP était implanté à Monclar. Pourquoi avoir déménagé, on pouvait imaginer que c'était assez pertinent un CMP au coeur des cités défavorisées, cela pouvait s'intégrer dans un choix politique pour un projet de prévention et de soins ?

Mme VIAL : Ce changement d'adresse a été du en partie en raison du redécoupage sectoriel. De plus, quand nous étions installés à Monclar, les gens du centre ville hésitaient à venir. Le quartier était vécu comme un milieu à risque.

"Psy Cause" : Est ce qu'objectivement ce quartier est un endroit à risque ?

Mr LOPEZ : Bien sûr, la nuit surtout. Nous avons eu certains problèmes de vols, de voitures, d'agression de patients pour le sac. Tous les quartiers chauds dont on parle, il s'y passe "des trucs" plus qu'ailleurs. La police n'y venait plus. Les auteurs de ces violences sont des cas isolés.

"Psy Cause" : Avez vous observé une modification du recrutement ?

Mme BRUNI : Tous les patients de Monclar ont bien suivi, nous n'avons perdu personne en route. On peut dire que l'on a élargi notre recrutement : en effet, il nous semble qu'il y a une population qui vient au CMP maintenant alors qu'elle n'y venait pas avant.

"Psy Cause" : Pour finir, est ce que vous pensez que c'est un quartier qui a beaucoup plus d'un problème qu'un autre ?

Mr LOPEZ : Oui, les populations sont défavorisées.

Mme de PICCOLI : C'est un ghetto , et malgré cela c'est aussi un quartier où le tissu associatif est très riche, et c'est grâce à ces associations qu'il n'y a pas plus de violences vraisemblablement. Il y a indéniablement un certain travail, qui s'y fait. On peut dire qu'il y a de la vie, même si parfois elle peut prendre forme d'une façon violente. Le ghetto fait que l'on a l'impression que la violence est majorée par rapport à ce qu'il en est dans d'autres quartiers d'Avignon.



La rue ne fait pas de cadeaux
20/05/87. D.B.

QUESTIONS A L'ANTHROPOLOGIE A PROPOS D'UN CAS

Marie France FRUTOSO
Praticien Hospitalier
Secteur 6 - CH Montfavet

Dominique LIBES - ARNAUD
Praticien Hospitalier
Secteur 1 - CH Montfavet

René PANDELON
Médecin Chef de service
Secteur 6 - CH Montfavet

Nous avons choisi comme base à cet exposé la présentation d'un cas clinique où l'apport de l'anthropologie a aidé notre équipe à la compréhension du cas clinique et au dialogue avec la personne.

Notre patiente âgée de 29 ans, **guinéenne**, est hospitalisée à la suite de troubles du comportement survenant dans un contexte confuso-onirique. Sabrina est enceinte de 5 mois au moment de son hospitalisation. Son séjour dans le service sera de 10 mois et se conclura par le retour de la mère et de l'enfant en Guinée Bissau.

* * *

Quatre points nous ont semblé intéressants à discuter :

* **La variabilité du tableau** clinique pouvant évoquer une personnalité de type hystérique, de type caractériel, de type paranoïaque ou une pathologie liée à une intervention neurochirurgicale sur un angiome temporal. Cette variabilité nous amenant à nous interroger sur la place de la folie dans la culture africaine.

* **La manière d'être et d'entrer en relation** de cette patiente nous a parfois dérouté : ainsi placée entre deux cultures différentes, elle pouvait utiliser des règles se référant soit à la culture africaine, soit à notre culture. Outre une présentation parfois très démonstrative Sabrina avait tendance à nous poser en affirmation ses interrogations, s'appropriait les objets dont elle avait envie ou besoin. Ces différentes manifestations entraînant chez les protagonistes en présence des interactions inadaptées quant au sens.

* La grossesse de la patiente, l'évolution des **interactions mère-enfant**, la notion de **dangerosité** difficile à évaluer d'autant que l'enfant a été retiré à la mère qu'on vivait dangereuse et négligente. L'évaluation de sa capacité à être mère, de la relation mère-enfant a été difficile : le portage, le maternage semblaient obéir à des règles différentes ou du moins qui, observées avec nos habitudes (pas de maintien de la tête, manipulation parfois brutale de l'enfant), n'éloignaient pas la notion de dangerosité dans cette relation mère-enfant naissante.

* Enfin, est toujours resté posé pour nous le **problème de la filiation** de Sabrina, de sa place dans sa famille d'origine, de son inscription dans l'histoire familiale, de ses possibilités de retour dans son pays d'origine après 6 ans d'absence.

Alors qu'à ces quatre questions que pose entre autre toute patiente, enceinte de surcroît, peu ou prou s'élaborent des réponses et une prise en charge, pour Sabrina rien n'a pu être élaboré face à un manque de repère et un inconnu culturel auquel elle nous renvoyait sans cesse.

*

*

*

A ces 4 questions, l'anthropologue a répondu par un exposé purement ethnologique en essayant de situer d'où, qui, comment est Sabrina... et par là de répondre au pourquoi :

Sabrina est Balant de Casamance, ethnie longtemps restée animiste et d'humeur guerrière. **Dans son ethnie** comme dans toute société Africaine **le collectif prime sur l'individu** et la personne n'y est jamais seule ni physiquement ni mentalement ni socialement. On vit sur le modèle union, communion et partage mais aussi secret, rivalité et séparation en sexe, groupe social voire caste et classe d'âge avec hiérarchie, scission entre les groupes, règles très strictes des relations elles-mêmes très codifiées.

Une personne fait partie d'une **famille élargie**, elle appartient à son lignage, à son clan, à son ethnie et à son village (et actuellement à un quartier). Et ce dès son plus jeune âge, puisque l'enfant nouveau-né, représente un moyen de renforcer parenté et alliance. A ce titre, il peut être confié à un parent (frère de sa mère en particulier) ou à un allié de sa famille. Mais on peut aussi le "confier" pour le protéger d'une attaque en sorcellerie ou d'un maraboutage. Protection contre sa mère, 1ère soupçonnée ou en tout cas protection contre sa famille la plus proche maternelle ou paternelle mais versus féminin : les co-épouses de sa mère. Cette protection est assurée par ses grands-mères ou tantes maternelles qui jouent le rôle de garantes de la santé assurant par là aussi le poids et le droit de sa lignée féminine paternelle.

On imagine aisément que dans ce système, la place réservée à la mère est celle **de mère biologique, de nourrice** dont le rôle essentiel est celui de maternage pendant 2 ans environ. Dès trois ans l'enfant peut être confié et à six ans, il rentre dans son groupe masculin ou féminin puis une classe d'âge.

Le refus de l'allaitement fait à Sabrina prend alors toute sa signification. Même loin de son pays, elle n'est qu'une mère parmi les mères classificatoires.

Au moment de l'accouchement et les jours qui suivent, une femme n'est **jamais seule**. Elle est entourée, baignée et massée vigoureusement pour empêcher que le "mauvais sang ne monte à la tête" et ne provoque des troubles puerpéraux.

Isolé des regards les 8 premiers jours de sa vie, le bébé est lui aussi massé et étiré violemment. A 15 jours, 3 semaines, porté sur le dos de sa mère, sa tête ballote dangereusement. Quand il est laissé à son sommeil, c'est au milieu du lit sans crainte de chute.

En fait de dangerosité, Sabrina n'a montré dans son comportement face à son bébé rien d'autre que son empreinte africaine.

Et c'est aussi ce qui ressort dans ses relations aux soignants : elle tutoie, elle menace, elle prend les objets, exige des vêtements des infirmières.

Outre que l'objet moyen d'échange n'ait pas pour Sabrina la même valeur d'identité et de propriété, pour elle, les infirmières disponibles et bas situées dans la hiérarchie du pouvoir hospitalier, sont de la même classe d'âge et de même sexe qu'elle. Elles sont ses égales ; donc échanges matériels, langage et comportement sont totalement libres et soumis au jeu de provocation, autorité et plaisanterie.

Envers les infirmiers, la surveillante et le chef de service, rien de ce jeu : n'apparaissent que distance et respect.

* * *

Reste alors le problème de la place des symptômes qu'extériorise Sabrina dans la conception Balant de la maladie mentale.

Il est difficile de situer la maladie mentale chez les Balants qui disent eux-mêmes : "la folie ça n'existe pas ou alors rarement". Difficulté due à ce qu'elle est niée ou décrite comme un trouble organique neurologique (céphalées). Cette réticence, cette négation la situe donc comme liée à l'interdit, au secret, au déshonneur et à la honte. Par ailleurs, la folie s'extériorise brutalement au travers de troubles du comportement, le verbal étant le plus souvent délaissé.

En fait, on assiste à une lecture immédiate du trouble dans le registre interprétatif et causal qui prend ses bases dans les représentations animistes ou musulmanes du monde. La folie n'y est pas un ensemble de symptômes mais le signe d'un accroc qui :

* au registre animiste fait référence :

- à la sorcellerie et à sa punition
- à la faute ou à l'élection, un ancêtre ou un ancien.

* au registre musulman, c'est le maraboutage où un sort est jeté par rivalité ou punition.

Il y a une multiplicité des registres et des causes et toutes les interprétations sont possibles et essayées, le but étant en fait de (ré) inscrire la personne malade mentale dans la société.

L'écart étant en psychiatrie d'appliquer notre système sur le leur, en refusant de rechercher l'équivalent sémiologique et nosographique, on fait une approche anthropologique de la maladie et on rend possible la relation.

Pour Sabrina, à partir de ces éléments éthonologiques, l'équipe soignante a elle-même pu inscrire des éléments de maraboutage et de sorcellerie dans la vie de Sabrina, a pu envisager sa place dans sa famille et lui accorder une capacité maternante.

Sabrina nous montre que la maladie mentale ne saurait être transposée mais qu'il importe de l'envisager par rapport à une société et une culture.

L'anthropologie nous rappelle que tout est problème de place, de moi-non moi, d'identité et de personne. Et que pour dépasser le symptôme et accéder à la thérapie et à l'accompagnement, il faut justement avoir affaire à la personne fut-elle psychotique.

A la perte de repère réciproque tant pour Sabrina entre deux cultures que pour l'équipe qui l'a accompagnée, l'anthropologie a permis de résituer la personne dans son histoire, d'entrer en relation avec elle, de lui donner une identité, une place et par cette reconnaissance lui a ouvert la possibilité de choix, le sien a été d'être mère et de réintégrer sa culture d'origine.

Bibliographie :

1 - COLLOMB H.

Psychiatre et cultures. Psychopathologie africaine - 1906 pp 259 - 273

2 - COLLOQUES INTERNATIONAUX DU C.N.R.S.

La notion de personne en Afrique Noire. Paris 1973

3 - FASSIN D. - BADJI I.

Ritual buffoonery : a social preventive measure against childhood mortality in Senegal The Lancet. January 18, 1986, pp 142 - 143

4 - JOURNET O.

La quête de l'enfant - Journal des Africanistes - 1981, 5 pp 97 - 115.

5 - PARIN P.

Anthropologie et psychiatrie - Psychopathologie africaine
1976, 12, 1, pp 91 - 107

6 - ROCHE C.

Histoire de la Casamance. Paris, Karthala, 1985 pp 46 - 52

7 - SCOTTO J-C. - ANTONI M. - DRAVET A.

Migrants malades et interventions psychiatriques - Revue pratique de la Croix Marine 1990, 1, 74 - 78

8 - SOW I.

Les structures anthropologiques de la folie en Afrique Noire. Parie Payot 1978

9 - ZINDZINGRE N. - ZEMPLENI A.

Anthropologie de la maladie

Bulletin d'ethnomédecine 1982, 10, 15 pp 3 - 22



CONTRIBUTION A UNE MODELISATION INTEGRANT LES ELEMENTS PSYCHODYNAMIQUES ET ETHNOLOGIQUES DE SUJETS EN SEJOURS IRREGULIERS REMITTENTS.

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

Notre pratique psychiatrique en **milieu carcéral**, dans le cadre d'une maison d'arrêt, nous confronte souvent à des prévenus et des détenus pour séjour irrégulier. Nous avons été frappé par le caractère itératif de ces incarcérations qui concernent des sujets dont la vie ou la Malvie (D KARLIN et T LAINEE) oscille depuis des années, de façon bipolaire entre immersion clandestine dans un pays hostile et une civilisation étrangère et incarcérations de durée courte (de quelque semaines à quelque mois) mais répétées.

Ces sujets présentent peu de troubles spécifiquement psychiatrique et les motifs de consultation sont de l'ordre de la réaction dépréssive brève, réactionnelle à la détention, avec somatisation, insomnie et irritabilité.

Vignette clinique :

Saïd, 24 ans, de nationalité jordanienne en est à sa huitième incarcération pour séjour irrégulier. Intelligent et cultivé, maîtrisant bien le français qu'il avait commencé à apprendre à l'école et, qu'il a eu le temps par la suite de perfectionner, il avait commencé dans son pays des études universitaires de droit (1ere année) qu'il avait du interrompre à cause de la ruine de sa famille, des petits commerçants, pour tenter sa chance en Europe (Belgique, Hollande (ou il avait de la famille), France), porteur de toutes les espérances de sa famille.

Sa première année en France, muni d'un statut de touriste, s'était bien passée, il avait pu faire les vendanges et envoyer de l'argent à sa famille. Ce fut pour lui une véritable "lune de miel" avec son pays d'adoption, époque à laquelle il se refère toujours dans son discours. Par la suite, ne pouvant obtenir de rester légalement sur le territoire français, il avait choisi de plonger dans la marginalité, espérant pouvoir continuer à travailler au noir et un jour où l'autre se faire régulariser. Il n'a jamais pu obtenir cela et se fait, depuis, périodiquement "pincer".

Cette année, il est particulièrement amer, subdépréssif à l'idée d'avoir été bêtement incarcéré à la veille de la belle saison qui aurait été pour lui l'occasion de se refaire une santé financière en travaillant "au noir" et de pouvoir ainsi retourner en Hollande où il ne peut se permettre d'arriver les mains vides. Il a abandonné depuis longtemps le rêve de retourner en Jordanie car il n'a plus de papiers d'identité et serait, y compris là-bas considéré comme un étranger ou suspect. D'autre part, ses parents y sont maintenant morts et il se culpabilise de ne pas avoir pu réaliser leurs espérances. Son départ en Europe se situait dans la perspective de se financer ses études et il ne pourrait se permettre de rentrer sans argent. Il sait qu'il ne pourra jamais continuer ses études de droit en Jordanie; et pourtant combien aurait-il à dire !

Saïd pleure: "Je vais encore passer l'été en prison; ils vont me relâcher cet hiver et j'aurais froid, je ne pourrais pas trouver de travail... Si j'avais pu travailler cet été, je m'en serais sorti!"

On retrouve là un discours sinistrement analogue à celui de certains toxicomanes ou certains "joueurs pathologiques", si ce n'est qu'il est écho de gachis existentiels monstrueux.

Le contexte social : La Sociopathie.

La marginalisation des "irréguliers" et certains éléments culturels, en outre, favorisent la consommation voire le trafic à petite échelle de substances illicites (dérivés cannabiques pour les Maghrebins et les proche-orientaux) mais, dans ce cas, nous ne sommes pas confrontés à des syndromes de sevrage car si ces sujets consomment et vendent, ils ne développent pas de réels assuétude ni accoutumance. La dimension sociopathique de leur marginalité ne fait aucun doute: Condamnés aux menus trafics pour survivre dans un monde où ils n'ont aucune identité et aucun statut. Inscrits dans des **réseaux de solidarité** (à dominante ethnique ou régionale), qui sont aussi, à terme, des **réseaux de dépendance**, ils n'ont, paradoxalement que bien peu de chance de s'intégrer, à cause justement des réseaux d'intégration parallèles qu'ils sont obligés de fréquenter!

Les textes récents (ordonnance "Pasqua" du 30 décembre 1993), faisant suite à l'ordonnance du 2 novembre 1945, prévoient, dans certains cas précis, les conditions de détention, et ajoute que la décision d'interdiction du territoire est distincte de l'expulsion et reste limitée dans le temps (ou définitive), elle invite à la reconduite aux frontières des clandestins par arrêté motivé du préfet ce qui est différent d'un rapatriement. L'annulation d'une telle décision peut-être demandée dans les 24 heures suivant sa notification, au président du tribunal administratif et celui-ci doit statuer dans les 48 heures. Le jugement est susceptible d'appel mais non suspensif d'exécution.

Par arrêté du ministre de l'intérieur, et sous certaines réserves, si la présence de l'étranger constitue une "menace grave pour l'ordre public", l'expulsion peut être prononcée. La plus caractéristique de ces réserves est qu'un clandestin ne peut être expulsé si son identité et sa nationalité ne sont pas clairement établies. Ce qui serait le cas de Saïd.

Ceci explique la présence en détention de nombreux X, alias Y, présumé Z et sans doute de faux noms. Ces sujets "**qui font mystère de leur nom**" renvoient par ailleurs à un processus psychopathologique intéressant : C'est le "nom du père", schématiquement, qui n'est pas incarcéré ou prononcé!(2).

Il existe par ailleurs très peu de femmes "qui font mystère de leur nom", peut-être est-ce dû au fait que celle-ci, par essence sont habituées aux fluctuations d'identité liées à leur changement de statut matrimonial. Mais la pratique sociale, sous de multiples pressions, ne suit pas la Loi, et bien souvent, à l'issue de leur détention, ces sujets sont purement et simplement libérés sur le territoire et n'ont d'autre solution que de se réimposer, jusqu'à leur prochaine interpellation, dans leur statut de clandestin doublé de trafiquants (comment ne pas être tenté alors par le trafic de faux papiers!). Ils ont alors toute chance d'être réinterpellés au hasard d'un contrôle d'identité ou d'une enquête.



La dimension ethnologique

La pluspart de ces individus présentent la particularité d'avoir un niveau intellectuel et socio-culturel élevé, dans leur pays d'origine, suffisamment en tout cas pour ne plus pouvoir tolérer leur misère et celle de leur famille, se révolter et prendre l'initiative d'entreprendre les difficiles démarches en vue d'une expatriation vers ces Eldorados relatifs que constituent encore nos sociétés.

Ils représentent souvent la fine fleur d'une famille, d'un clan ou d'un village, qui leur délègue ainsi le lourd droit d'aller faire fortune en s'expatriant, afin de pouvoir faire parvenir dès que possible à ceux restés au pays, le moyen de subsister moins mal. Ils sont eux mêmes porteurs et garant d'un système de valeur qui évolue lui, au pays, les laissant années après années en décalage, comme au bord du chemin. Les organisateurs socio-culturels familiaux au maghreb tracent différents thèmes qui chacun à leur manière cadenassent l'individu.

La tribalité et ses ramifications qui constitue même à distance du pays d'origine, un réseau signifiant de contrainte et de solidarité. La prohibition de l'inceste, inscrite dans certains versets coraniques, qui va de pair avec un système complexe de parenté, lui même issu de l'interprétation de textes sacrés. la parenté et ses obligations reposent sur les trois sécrétions naturelles majeures, le sang, le lait et le sperme.

Le devoir d'hospitalité, y compris envers l'étranger qui rend parfois incompréhensible voire sacrilège, la réserve, l'indifférence ou l'hostilité manifestée par le pays "hôte". Ce devoir d'hospitalité rend compte, en négatif, du fait que naturellement, fondamentalement, l'étrange étranger est porteur supposé d'agressivité, ce qui est miroir de "l'agressivité fondamentale du musulman pour tout ce qui n'est pas de son groupe" (3). Par exemple autant l'intérieur de l'habitation au maghreb sera jalousement tenue propre, autant les parties publiques voisines, le morceau de rue qui jouxte la maison, là même où peuvent jouer les enfants, ne sera par principe jamais entretenu et sera même le lieu naturel du déversement des ordures.

Le secret à propos des "choses de la famille", qu'il s'agisse de renforçateurs narcissiques (3) ou de secrets douloureux, décrit tout un glacis concentrique expulsant autrui de la connaissance des secrets, de chaque cercle vers la périphérie.

La maison : Les émigrés intégrés et travaillant au pays d'accueil se doivent, années après années, de contribuer à l'édification d'une maison, en dur, au village d'origine, habitation dans laquelle bien souvent, ils ne résideront jamais, ni eux, ni leur descendance peu à peu intégrée, mais qui constitue leur marque d'appartenance à cette terre. ils pourront un jour y revenir et ne seront pas locataire, ce qui est une marque de déshonneur. Ces maisons vides véritable mausolées sont à comparer aux précaires et parfois insalubres conditions d'hébergement acceptées par les émigrés et leur famille si ils ont pu la faire venir, à matre en parallèle avec ces prisons aux murs épais que les plus malchanceux d'entre eux fréquent.

Locataires de leur habitation comme locataires de leur pays de résidence, locataires de leur vie, Ces immigrés constituent en quelque sorte des réfugiés économiques mais aussi et surtout **des réfugiés culturels** puisque ayant de facto renoncé aux fondements de leur être au monde . ils cherchent , bien sur, actuellement, à obtenir le statut de réfugié politique, plus avantageux pratiquement mais qui aussi, marquerait s'il était accepté, plus radicalement leur rupture avec le pays d'origine.

Mais souvent cela est en vain car les conditions d'accès à ce statuts sont de plus en plus draconiennes dans la plupart des pays développés.

De nombreux travaux ont porté sur les processus d'intégration progressive, de ces populations, mais les sujets que nous rencontrons, incarcération après incarcération, sont des individus. Echec après échec ils s'enfoncent dans une spirale désintegrate ou se dissout amèrement leur jeunesse et leur vie. Echouent-ils dans leur assimilation par manque ou trop plein de racines socio-culturelles?

Approche psychodynamique

Notre questionnement repose sur l'hypothèse que leur persévérance qui se situe à la limite du pathogène, à vouloir rester ainsi sur le territoire inhospitalier où ils ont "choisi" de tenter de s'implanter relève d'un **fonctionnement addictif**.

Par analogie, on retrouve aisement les éléments décrits par Olivenstein (2). Tels que :

- **Le Flash: le premier contact avec un monde neuf**, porteur d'image de liberté, prometteur d'ascension sociale facile...Les tentations de liberté, de toute puissance et d'invulnérabilité que l'on peut ressentir à vingt ans, en pleine possession de ses moyens physiques, débarquant dans un pays-planète inconnue où les filles sont belles, différentes, isolément libres, non voilées et où il est difficile dans un premier temps de distinguer une prostituée d'une collégienne! Cette expérience est à mettre en parallèle avec les revendications dites sinistrosiques des travailleurs immigrés vieillis, malades (maladie professionnelles ou séquelles d'accident du travail), aigris, qui reprochent à leur pays d'accueil de leur avoir "pris leur jeunesse" et demandent, en vain, une impossible réparation.

Ceci est à l'origine de processus revendicatifs à vécu persécutoire et colore classiquement les dépressions masquées: La symptômatologie (dédoublement, hallucination, rupture de l'enveloppe corporelle comme d'un "moi-peau", sensation de corps étrangers, "koulchite" renvoyant à la pathologie fonctionnelle fait partie des conséquences de leur résistance au changement qui fait écho à l'arsenal des croyances en œuvre à chaque instant pour renforcer le "surmoi collectif" contre le sentiment d'isolement. Seul dans sa chambre lépreuse d'un hôtel ou dans la communauté anxiogène d'une cellule carcérale, l'irrégulier assiste quotidiennement à la faillite de ce qui est la base de la pensée islamique le groupe, "lieu de départ de la foi, de l'amour, source de solidarité, espace d'interdépendance et d'épanouissement" (3). Isolé, en rupture, il est guetté par les démons, les Walis.

Vignette clinique N° 2 :

Fathia, 22 ans, très belle fille, est "tombée" selon elle, pour être la maîtresse d'un trafiquant de drogue, originaire d'Algérie où elle a fait ses études au lycée français. Elle pourrait très facilement passer pour une jeune "beurette", allant jusqu'à imiter leur accent banlieusard et se montrer porteuse de leurs préoccupations culturelles (le "Rap") mais elle sait qu'elle va être expulsée. Elle sait aussi que dans ce cas, elle fera tout pour revenir en France. Au fil des mois de son incarcération, nous l'avons vu grossir, dériver vers des fonctionnements caractériels puis persécutifs (contre la France qui l'a trahi), s'affirmer dans un décalage de plus en plus marqué d'avec ses co-détenues, d'origine franco-maghrébine elles, insomniaque et interpellée par les djinns et les walas qu'elle nous décrira avec complaisance. Elle finira, jusqu'à son transfert en centre de détention où nous l'avons perdu de vue, par ne plus vivre, en cellule, qu'avec "ses démons" ce qui inquiétait fortement ses co-détenues et les surveillantes. Cette "expérience psychotique" coexistait avec une parfaite insertion dans la réalité carcérale et politique et une capacité relationnelle préservée avec les représentants de l'institution pénitentiaire peut évoquer un syndrome de Ganser.

Face au danger représenté par les Walis, l'irrégulier ne peut que continuer, perséverer dans un fonctionnement voué à l'échec car sinon ce serait admettre qu'il a pris le risque de s'isoler d'avec sa communauté. Il se préserve ainsi un lien fort avec sa culture d'origine seule susceptible de légitimer son fonctionnement, de justifier ses souffrances actuelles.

L'approche psychodynamique de ces sujets peut s'éclairer de la confrontation de deux modèles d'appréhension de leur conduite, le modèle ethnopsychiatrique et le modèle hypothétique d'une analogie de séquence entre le fonctionnement des "irréguliers" et celui de certains sujets "addictifs". Dans ce dernier modèle on retrouve:

-1) la "lune de miel": l'arrivée dans un lieu communautaire relativement protégé, piloté par des cousins, des parents plus ou moins proches en voix d'insertion, le contrat de travail initial "fantastique mais qui n'a pas tenu", et que l'on espère depuis retrouver: "Il y cinq ans j'ai travaillé pendant quinze jours, en belgique" annonce Nacer, trente ans, les yeux brillants de la certitude d'une intégration future; c'est oublier que depuis, il a "galéré inutilement, de squat en prison, de foyer sonacotra en hôpital, de prostitution en travail au noir (où il a été victime d'un accident non déclaré, non indemnisé bien sur et qui lui laisse un handicap physique partiel qui contribue à l'empêcher de trouver du travail), en Allemagne, en Espagne et maintenant en France, à Nancy, Caen et Nice... Tous les ennuis et drames de sa marginalisation sont considérés ainsi comme des péripéties, de simples embûches, injustes et accidentelles retardant un destin d'intégration inscrit.

-2) l'attriance trouble pour un produit interdit et ou fréquenté par les grands ainés : les villages des contrées d'origines de ces sujets ont été bercés des récits d'anciens qui ayant réussi (ceux qui ne sont pas rentrés ne se sont pas vanté de leur échec et ne comptent pas!) s'en sont revenus fortune faite (pension de retraite ou d'invalidité en poche), ou qui retournent au pays le temps des vacances ou à l'occasion d'une fête ou d'un mariage, auréolés du pouvoir que confèrent des poches remplies de cadeaux (sans se douter des sommes de sacrifice que représentent ces cadeaux).

-3) L'accoutumance et l'assuétude (la même dose ne fait plus effet du fait de l'âge) Il leur faut toujours plus d'efforts d'intégration.

-4) l'illusion d'être maître de son destin : "demain j'arrête dit le toxicomane", "dans un an si je n'ai rien trouvé je retourne au pays" dit le clandestin en situation irrégulière, "oubliant" comme par un mécanisme de clivage intrapsychique, qu'il n'a plus depuis longtemps les papiers pour rentrer au pays ni l'argent pour se payer le billet de retour, oubliant que le pays qu'il a quitté n'existe plus puisqu'il a évolué alors que lui-même, le clandestin, n'a pu que rester fixé au système complexe de valeur en vigueur au moment de son départ.

-5) l'ordalie ou la recherche de "sa chance", la révolte contre la "malchance" (Si on n'avait pas arrêté Saïd à la veille de la belle saison") et l'attente d'une revanche qui a un goût de nouvelle "lune de miel", de seconde chance, de dernière chance!

Pour schématique et restrictif qu'il soit, le modèle addictif, appliqué à des sujets en séjours irréguliers rémittents, sans pathologie psychologique particulière, mais avec incarcérations fréquentes, confronté aux données de l'ethnopsychiatrie ou de la socio-ethnologie, permet de comprendre pourquoi ces individus persistent dans leur utopie intégratrice, courant après une improbale chance, gachant par là leur existence individuelle. C'est de la compréhension du contexte humain de cet impossible retour en arrière qui serait une remise en question insoutenable, sacrilège, tant au point de vue individuel que collectif, un changement de mentalité trop dangereux, que pourront se construire les matrices de relations d'aide. Ce qui est un frein puissant à l'arrêt de l'intoxication pour la plupart des toxicomanes, c'est aussi que s'ils s'arrêtent, plus rien ne justifiera les années passées de déchéances et de souffrance. L'évidence du gachi ne sera plus possible à évacuer et il est parfois plus facile de continuer comme avant, jusqu'à la mort parfois, que d'accepter l'idée d'avoir perdu sa vie. "Perdre la vie plutôt que perdre sa vie" nous dit-on parfois. **"Galerer" plutôt que d'admettre qu'on s'est fourvoyé.** S'il s'agit de relation d'aide au changement, il ne s'agit pas là d'agir seulement à un niveau individuel (psychothérapie) mais bien de les confronter, à un niveau logique collectif renvoyant aux frontières de la philosophie, de la politique et de l'histoire des mentalités, à leur trajectoire vitale et à la représentation personnelle qu'ils en ont, à les sortir de ce "tout ou rien" proche du "tout tout de suite ou rien!" des toxicomanes, eux qui se situent par ailleurs et paradoxalement dans une dimension évolutive de la société humaine se situant sur plusieurs générations, les migrations intercontinentales.

Ces migrations intercontinentales sont-elles une impasse que les populations qui les payent au prix fort ne veulent pas voir ou bien leur enjeu mérite-t-il les sommes de souffrances individuelles qu'elles engendrent? Seule l'histoire le dira mais chacun des acteurs de ce phénomène devrait avoir le droit de se poser cette question. A ce prix seulement ils pourront résister leur parcours personnel, le relativiser et retrouver les arguments d'un choix existentiel qu'ils avaient jusqu'alors perdu.

La situation d'incarcération, pour injuste qu'elle paraisse, ne fait au fond que matérialiser cruellement le double cadenassage (collectif et individuel) qui les empêche de pouvoir changer jusqu'alors.

BIBLIOGRAPHIE

1)-BOURGEOIS D, SKULSKA A, ANDRIANASOLO P

"Des patients qui font mystère de leur nom"

Communication à la société de Psychiatrie du Sud-est Méditerranéen
Montfavet le 10/02/94

2)- OLIVENSTEIN C

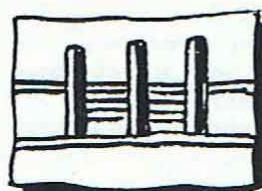
"Écrits sur la toxicomanie", Paris Ed Universitaires, 1973

3) YAHYAOUI A.

conférence dans le cadre de l'ADVSEA le 07/04/95

Cantarel, 84140 Montfavet

Le texte est disponible aux éditions "La Pensée Sauvage". Grenoble.



LE JEUNE MAGHREBIN ET LE JEUNE FRANCAIS FACE A LA DROGUE

Fait-elle la différence ?

Mohand SOULALI
Psychiatre Assistant
Secteur 3 - C.H. de MONTFAVET

- Hypothèse :

Y-a-t'il des différences dans les modes d'entrée et dans la toxicomanie et les traitements entre le jeune toxicomane maghrébin et le jeune toxicomane français ?

- Méthode :

Sujets : 2 groupes de jeunes toxicomanes suivis et traités entre 1985 et 1994, 75 maghrébins et 75 français

- Objectifs :

Faire une étude comparative en fonction des paramètres fournis par les dossiers et les fiches de suivis.

- Procédure : en 3 parties

- . biographie et contexte familial : sexe, âge, profession, famille
- . drogue : nature, voie d'administration, antécédents
- . traitement : judiciaire, médico-psychologique

Extrait des résultats :

*** Traitements judiciaires :**

- injonction de soins :	maghrébins 15	français 9
- peine d'emprisonnement :	maghrébins 18	français 7
- durée d'emprisonnement :	maghrébins, de 1 mois à 3 ans français, moins de 9 mois	

*** Traitements médicaux :**

- traitement médicamenteux :		
maghrébins : 62		français : 50
psychotropes 58		37
antispasmodiques 37		19
antalgiques 7		7

- cure et suivi M.P. :

maghrébins : 20	français : 34
-----------------	---------------

Discussion

Nous ne relevons pas de différences "significatives" entre le jeune toxicomane maghrébin et le jeune toxicomane français face à la drogue. Ils présentent et vivent les mêmes difficultés dans leur parcours :

- au plan familial : le couple parental "déchiré" séparé, et donc lui-même en difficultés, et
- au plan socioprofessionnel : la désinsertion et l'isolement.

Les difficultés du couple parental s'observent tant dans le couple maghrébin que dans le couple mixte : le père est absent, mis en échec. Il ne renvoie pas à l'enfant une image identitaire de chef de famille (tant recherchée !) Une fois devenu toxicomane, le plus fréquemment héroïnomane, le jeune maghrébin pose des problèmes différents de ceux posés par le jeune français. La différence résiderait dans "le regard de l'autre".

Comment perçoit-on la toxicomanie du jeune maghrébin ? Quelle est l'influence des préjugés ? Le grand public et les pouvoirs médiatiques, à partir d'idées préconçues et de constructions infondées, paranoïdes, viennent en toile de fond montrer du doigt le jeune toxicomane et donc noircir le tableau.

L'autorité sociale peut être confrontée à cette différence de perception à 2 niveaux :

- Le magistrat : il a pour mission de prendre des mesures de protection pour permettre au jeune toxicomane de se retrouver dans un milieu lui offrant un cadre. Chez le jeune maghrébin, il a tendance à "surprotéger" en ordonnant des mesures qui lui paraissent adéquates. Ceci est probablement lié à la problématique sociale de la toxicomanie du jeune maghrébin. Cependant, le cadre que propose le magistrat ne paraît pas adapté si on tient compte des récidives. Il est important à notre avis de repenser le mode et le cadre de prise en charge judiciaire.

- Le médecin : souvent par son abord social et culturel de la maladie somatique et surtout de la maladie psychique, le médecin se trouve amené à soigner un jeune maghrébin dont il connaît insuffisamment le milieu socioculturel et les conséquences de la toxicomanie. Il a tendance lui aussi à déployer ses efforts pour offrir à son patient des soins spécifiques. Comme le magistrat, le médecin répond aux sollicitations du jeune patient en "surprescrivant".

- Le magistrat et le médecin ordonnent des normes de protection et de soins complémentaires par souci d'efficacité d'action et de résultats. Ils "agissent par excès" chez le jeune toxicomane maghrébin en particulier.

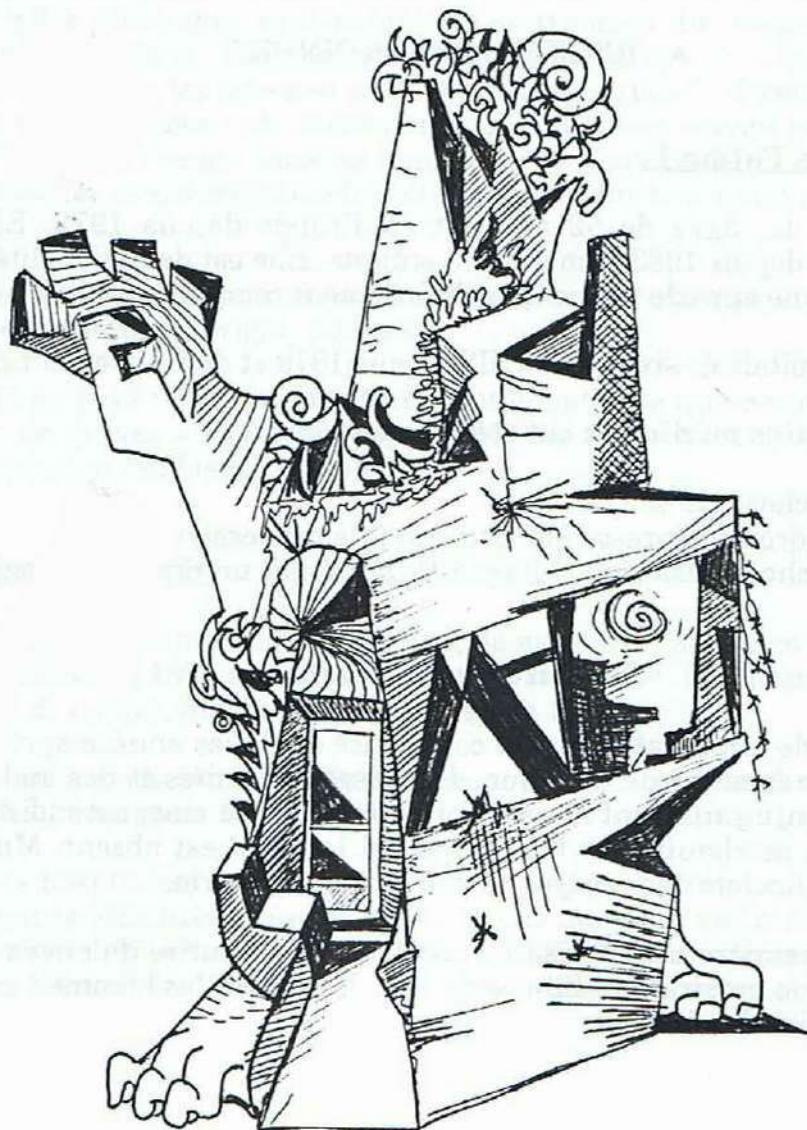
- De son côté le jeune toxicomane maghrébin parle de retour au pays comme une forme de thérapie. Tel qu'il est évoqué par certains jeunes issus de la migration, ce retour aux origines sociales et culturelles et le recours à la pratique religieuse, semble être le traitement efficace supplantant les traitements médico-psychologiques et mettant en évidence leur échec. Aussi, le jeune toxicomane maghrébin pense qu'au pays il n'y a pas de drogue puisqu'il s'agit d'une terre musulmane. Nous pouvons rapprocher ce point de vue de celui du jeune toxicomane français qui pense pouvoir décrocher "s'il était à la campagne, proche de la nature".

Sur 19 toxicomanes maghrébins qui émettent l'idée de retourner au pays, 14 d'entre eux ont été traités et suivis entre 1990 et 1994.

A cet effet, il est important de noter les événements en rapport avec les soulèvements populaires et les courants de pensée religieux. Que signifie ce retour au pays (ce retourment !) à l'époque où les fondamentalistes prônent le retour aux racines musulmanes ? N'est ce pas une façon de récupérer des jeunes vulnérables en quête d'identité pour une autre cause que celle de la religion ?

Dans un contexte où le pays est celui du père et/ou de la mère alors que la plupart de ces jeunes sont nés en France, que signifie cette conduite d'assigner à la France terre mécréante, la faute de la toxicomanie, et aux pays du Maghreb, terre musulmane, la guérison ? Il semble même que les jeunes ignorent que la toxicomanie existe aussi dans leur pays. Ce désir de retour au pays n'est-il pas une fuite face aux questionnements individuels et collectifs que soulève la pratique toxicomaniacale ?

Par ailleurs, si nous considérons les antécédents relatifs à la consommation du kif dans les pays du Maghreb et actuellement de la consommation de drogues dures, les toxicomanes posent alors un problème de santé publique au même titre que la séropositivité au VIH et l'infection du SIDA.



IMMIGRES MAGHREBINS ET PSYCHIATRIE

Mémoire IFSI Montfavet
Promotion 1988 - 1991

Mireille JONARD
Infirmière au Ventouréso et à l'Esseiro
Secteur 6 - CH Montfavet

Au terme de mes études d'infirmière de secteur psychiatrique, j'ai choisi pour rédiger mon mémoire, d'étudier la problématique particulière que posent les troubles mentaux des patients d'origine maghrébine.

Parmi les nombreux cas rencontrés lors des différents stages en intra-hospitalier, j'en ai choisi quatre qui m'ont paru assez représentatifs. J'ai tenté de retracer l'histoire de chacun grâce aux dossiers médicaux mais surtout à des informations recueillies auprès des équipes soignantes et des patients eux-mêmes.

A - RECUEIL DES DONNEES

Premier cas : Mme Fatma L.

Mme Fatma L., âgée de 52 ans, vit en France depuis 1972. Elle est sans profession, divorcée depuis 1983 et mère de 5 enfants. Elle est de nationalité algérienne, de religion musulmane et parle un français difficilement compréhensible.

Elle a été hospitalisée six fois au CHS depuis 1979 et définitivement depuis 1984.

Les diagnostics médicaux ont été successivement :

- en 1979 : Psychose chronique
- en 1984 : Syndrome dépressif sur personnalité dépressive
- en 1986 : Psychose hystérique (diagnostic porté par un praticien maghrébin).

Histoire de la maladie

Les troubles de Mme Fatma L. ont commencé quelques années après son arrivée en France, avec des épisodes de mutisme, des crises de larmes et des malaises divers. **Les problèmes conjugaux** sont alors au premier plan. Le mari est indifférent, ne lui laisse pas d'argent, ne chauffe pas l'appartement lorsqu'il est absent. Mme Fatma L. semble se porter mieux lors des voyages de ce dernier en Algérie.

Lors de sa première hospitalisation en 1979, elle souffre de crises épileptoïdes suivies de périodes de prostration. Elle parle pour invectiver les hommes, en particulier les arabes, et se plaint de céphalées.

De 1979 à 1984, les hospitalisations n'excèdent pas un mois, mais entre temps Mme L. vit en **recluse** chez elle, laissant sa fille aînée prendre en charge les tâches ménagères et les enfants plus jeunes. L'équipe du dispensaire tente pourtant de l'aider à s'insérer dans son milieu de vie en lui proposant des cours d'alphabétisation ainsi que des activités dans un centre ménager. Elle lui assure également un soutien psychologique régulier grâce à des visites à domicile fréquentes.

En 1982, le mari part définitivement pour l'Algérie, emportant meubles et argent. Les deux plus jeunes enfants sont alors placés dans un foyer de la DDASS.

A partir de 1984, Mme Fatma L. refuse de quitter l'hôpital, et souffre toujours de **crises** épileptiformes. En 1986, elle émet des idées délirantes à thème sexuel, parle d'envoûtement, de sorcellerie dont elle aurait été victime. Lorsque ces symptômes cèdent, elle participe sans enthousiasme aux activités de l'atelier d'ergothérapie.

De 1987 à 1989, entre des périodes calmes où Mme L. se coule parfaitement à la vie du pavillon, on note des épisodes d'hétéro-agressivité (coups de fourchette à un malade, grossièretés envers les infirmiers) ainsi que d'auto-agressivité (elle se griffe, s'arrache les cheveux).

En 1990, elle oppose un refus très net à la poursuite de ses activités à l'atelier et demande à aller vivre chez sa fille aînée. Les troubles du comportement ayant bien diminué, un essai d'une semaine est effectué avec prise en charge à la journée par l'hôpital de jour. Cette tentative se solde par un échec, vue la décompensation de la fille qui ne peut tout assumer (une mère non coopérante, un travail pénible et la prise en charge des frères et soeurs dans un deux pièces). Depuis, Mme L. est réhospitalisée, retourne à l'atelier et envisage une hospitalisation définitive ou un placement en maison de retraite.

Toute son hospitalisation est dominée par des plaintes somatiques à type de douleurs épigastriques, vertiges, céphalées.

Problème posé : nous avons affaire à une patiente qui, actuellement, ne semble pas souffrir de graves symptômes psychiatriques, mais pour qui pourtant, toute vie hors de l'institution semble impossible.

Second cas : Mr Driss E.

Mr Driss E. est un homme de 39 ans, né au Maroc, arrivé en France à l'âge de 21 ans. Il a été marié de 1979 à 1989 à une femme française. Il a deux fils de 10 et 12 ans. Il est plâtrier de métier, mais en invalidité depuis 1988.

Diagnostic médical : **alcoolisme** chronique, pancréatite chronique avec diabète insulino-dépendant depuis 1987.

Il a été hospitalisé une première fois au CHS en 1984, puis cinq fois de 1988 à 1990 (les séjours effectués étant de plus en plus longs) et enfin d'août 1990 à janvier 1991. Entre ces différentes hospitalisations, il effectue trois cures de désintoxication alcoolique en 1984, 1988, 1989 qui se soldent toutes par un échec.

Histoire du malade

Mr Driss E., qui vivait dans une ferme au Maroc avec ses huit frères et soeurs et ses parents, dit qu'il a commencé à boire dès son arrivée en France. Il a connu très rapidement le "mal du pays" mais **ne pouvait pas retourner** chez lui car il avait été choisi pour venir travailler en France. Il se détourne de la religion musulmane et se marie sept ans après son arrivée en France. Il n'est pas retourné au Maroc depuis son mariage.

Sa première hospitalisation en psychiatrie fait suite à un accident du travail, suivi de **dépression de type sinistrosique**. Il est depuis perpétuellement en conflit avec sa femme et sa belle famille. Il rend cette dernière responsable de tous ses maux.

En 1985, il construit sa maison lui-même, travaillant dit-il sept jours sur sept, et se met à son compte comme artisan plâtrier. Il continue à boire modérément mais tout semble aller mieux pour lui, lorsqu'à la suite d'une pancréatite, il devient diabétique et doit cesser ses activités.

De 1986 à 1988, son éthyisme s'aggrave, entraînant des épisodes de violence ainsi que de graves problèmes somatiques (coma). Il est en effet impossible de stabiliser son diabète. Il connaît alors des épisodes anxiodepressifs de plus en plus importants, accentués par les **conflits conjugaux**.

En 1988, il exprime des idées de suicide collectif. En 1989, sa femme le quitte en vidant la maison de tous ses meubles. Mr E. interrompt alors ses injections d'insuline et se retrouve après un séjour à l'hôpital général, dans un pavillon fermé du CHS.

Depuis, il ne voit presque plus ses enfants, sa maison a été vendue, et au fil des hospitalisations il devient de plus en plus revendicatif. Il se montre désagréable et exigeant avec le personnel, "manipule" les autres malades, semant la discorde dans le pavillon. Entre ses hospitalisations, il erre de foyer en foyer, et continue à s'alcooliser. Parfois, il parle pourtant de retourner au Maroc, de se remarier avec une cousine, mais il a peur que sa famille le juge. Lors de sa dernière hospitalisation, il a été mis à la porte du pavillon après un conflit grave, sans autre forme de projet.

Problème posé : au fil des années, Mr Driss E. a tout perdu : famille, métier, maison. Il se retrouve seul, malade et alcoolique, et s'enfonce alors dans une escalade de revendications aboutissant à un rejet de la part de l'équipe soignante.

Troisième cas : Mlle Dalila B.

Mlle Dalila B. est née en 1971 à Cavaillon de parents algériens. Elle a deux frères et pratique la religion musulmane.

Diagnostic médical : troubles graves de la personnalité et du comportement.

Histoire de la patiente

La famille de Mlle B. est connue du service d'aide sociale à l'enfance depuis 1974. En 1976, la famille est reconnue pathogène et des mesures d'aide éducative en milieu ouvert sont prises. Mlle Dalila B. est alors en classe de perfectionnement et a déjà des **troubles du comportement**.

En 1985, la famille bénéficie de conditions avantageuses de rapatriement mais ne se réadapte pas en Algérie et **revient en France**. Là, la situation familiale se dégrade, le père se retrouve au chômage.

En 1987, Mlle B. et ses frères sont placés au foyer départemental de l'enfance. Ces derniers sont chargés par le père de surveiller leur soeur. Les troubles de Mlle B. s'aggravent : elle dévore ou refuse de manger, est parfois très propre mais à d'autres moments entasse n'importe quoi sous son lit. Elle a des plaintes somatiques, des hallucinations auditives, est très angoissée et ne supporte pas ses menstruations.

En mars 1988, elle rentre dans un service de psychiatrie infantile pour état psychotique aigu avec immaturité affective, retard global des acquisitions, discordance.

L'équipe essaye de travailler avec la famille mais le père rejette sa fille, n'acceptant pas toujours de la voir.

Mlle Dalila B. entre ensuite en août 1989 dans un centre de postcure. L'objectif est alors une insertion socioprofessionnelle. Mais elle fait de nombreuses **fugues**, se montre perturbatrice, agressive, terrorise et rackette ses camarades. Elle reçoit cependant un accord pour entrer dans un centre d'aide par le travail. Il est convenu qu'elle retourne chez ses parents en attendant sa place. Mais le père la ramène au centre de postcure trois jours après. Au bout d'un mois, elle s'enfuit de ce centre et revient en Avignon. Elle est alors hospitalisée au CHS en temps que "sans domicile fixe", en décembre 1990.

A son entrée, Mlle B. est victime d'hallucinations acoustiques et visuelles, d'**automatisme mental**. Elle est angoissée mais verbalise bien ses troubles. Ces derniers régressent peu à peu.

Actuellement, Mlle B. n'exprime plus d'idées délirantes, devient coquette et dit éprouver une grande admiration et une **grande confiance** envers les soignants. Elle fait des projets de travail, de sortie. Malgré des moments d'agressivité verbale, des conduites d'opposition et des crises de larmes encore fréquentes, Mlle B. est prise en charge dans un centre d'ergothérapie de l'hôpital, en attendant une place dans un centre d'aide par le travail.

Problème posé : Mlle Dalila B. est une jeune fille gravement perturbée et instable. Cependant, un projet semble prêt à aboutir, mais les troubles comportementaux de la patiente peuvent le remettre en cause. De plus, l'équipe soignante ne peut compter sur la famille pour étayer ce projet.

Quatrième cas : Mr Hocine L.

Mr Hocine L., âgé de 26 ans, est né en France de parents algériens. Il est célibataire, n'a aucune insertion professionnelle et a eu de nombreuses démêlées avec la justice.

Diagnostic médical : **psychopathie** avec appétence à l'alcool et aux toxiques.

Histoire du patient

Mr Hocine L. parle rarement de son enfance, qu'il qualifie d'enfance martyre. Il est issu d'une fratrie de onze. Ses parents ont divorcé en 1987. Plusieurs de ses frères et soeurs connaissent des problèmes tant judiciaires que psychiatriques (une soeur se suicide en 1987). Il a un frère jumeau retourné en Algérie qui semble avoir une bonne insertion socioprofessionnelle. Mr L. retourne régulièrement chez son père, qui souvent le met à la porte au bout de quelques temps.

Il fait une tentative de suicide par phlébotomie en 1987, puis est hospitalisé au CHS en **hospitalisation d'office pour coups et blessures** en état d'ivresse (janvier à mars 1987).

Lors de sa seconde hospitalisation, il est envoyé dans un atelier d'ergothérapie mais ne montre aucune motivation (juin 1987).

Il effectue par la suite plusieurs **séjours en prison** et revient au CHS en mars 1990 pour mise à l'épreuve avec obligation de soins : il est inculpé de coups et blessures graves sous l'emprise de l'alcool et de toxiques. Malgré un suivi par le centre d'hygiène alimentaire, il continue **alcoolisation et vagabondages**.

Réhospitalisé en mai 1990, puis dirigé vers un centre de cure (le centre de libération des éthyliques), il n'y reste pas, prétextant qu'il ne supportait pas le traitement par acupuncture. Il erre de foyers en foyers, puis revient au CHS en juillet, repentant et promettant de mieux faire, se pliant volontiers les premiers temps aux règles strictes qui lui sont imposées. Mais il quitte le pavillon après une altercation avec un infirmier.

Lors d'une nouvelle hospitalisation en septembre, il émet le désir d'étudier les mathématiques, dans le but d'acquérir un niveau suffisant pour accéder à un stage de formation professionnelle. Le médecin accepte le contrat et lui préconise deux heures de mathématiques par jour. Il s'y tient les premiers jours, puis de moins en moins et sort sans autre forme de projet.

Problème posé : Mr Hocine L. est un patient qui récidive dans des conduites antisociales, entre à l'hôpital sans demande réelle et en sort sans qu'aucun projet n'aboutisse. Cet état de fait laisse présager une pérennisation de cette situation.

B - HYPOTHESES EXPLICATIVES

A partir de mes connaissances et des divers ouvrages que j'ai consultés, je vais tenter d'analyser les problèmes des patients que j'ai choisis pour illustrer mon étude.

Premier cas : Mme Fatma L.

L'apparition des troubles de Mme L. semble liée à un problème d'adaptation à un nouveau milieu ainsi qu'à des difficultés conjugales. En fait, ces deux éléments s'intriquent puisque le mari, par ses abus d'autorité, essaye de maintenir une suprématie indiscutable difficilement compatible avec la vie en France. Il semble souffrir du syndrome de "pseudo-paranoïa" fréquent chez les immigrés maghrébins sentant leur statut défaillir.

Quant au divorce, même s'il est admis par le Coran, il reste rare et vécu dououreusement car la personne vivant seule est mal tolérée par la société musulmane.

La maladie, dont l'expression est typiquement culturelle (hyper-expressivité somatique et crises hystériques) semble dans ce cas représenter un refuge face à une situation intolérable.

Depuis bientôt vingt ans qu'elle vit en France, Mme Fatma L. ne parle toujours pas un français compréhensible. est-ce une forme de rejet de la culture française ? Toujours est-il que ceci rend la communication, donc le soin, difficile.

Les différents diagnostics posés au fil des années montrent bien les difficultés rencontrées face au polymorphisme des troubles. Quant à l'échec des tentatives de soin, ayant entraîné une chronicisation de la patiente, il démontre la complexité du problème lorsque **le malade ne peut exister que par sa maladie**.

Second cas : Mr Driss E.

Cet homme a visiblement subi le traumatisme de la transplantation, passant d'un milieu rural à un milieu urbain, de la vie familiale à la solitude.

L'alcoolisme, qui se révèle dès son arrivée en France, peut être lié à un désir d'intégration. En effet, l'islam interdit l'alcool, alors qu'en France ce dernier fait partie intégrante de la vie sociale. De plus, l'alcool peut représenter un anxiolytique face à la solitude, la nostalgie du pays, la peur de l'avenir.

Mais le désir d'intégration de Mr E. se confirme par le mariage avec une française, et l'adoption d'un mode de vie français.

Mais lorsque, en grande partie faute à l'alcoolisme, puis à l'accident du travail et enfin à l'invalidité, sa vie s'effondre, il se trouve dans une situation insoutenable. Rejeté par son milieu d'accueil (famille, soignants) il a peur des réactions de son milieu d'origine qu'il a renié pendant plus de dix ans. Que lui reste-t-il sinon de **s'installer dans la maladie tout en revendiquant d'en être soigné** ?

L'alcoolisme étant déjà un mode de suicide lent, que dire de l'insuline qui, injectée à trop forte dose ou au contraire, supprimée, peut représenter une arme mortelle ?

Troisième cas : Mlle Dalila B.

La pathologie de Mlle B. semble bien liée à la problématique familiale, la famille ayant été reconnue pathogène avant que Mlle B. ne souffre de troubles aigus.

Cette famille aurait-elle été équilibrée si elle n'avait pas immigré ? Peut-être, mais l'échec du rapatriement, le retour en France ont dû mener au paroxysme les difficultés d'intégration, d'adaptation, autant des parents que des enfants.

La situation se dégrade encore avec le chômage du père et le placement des enfants. Malgré la séparation, le père veut garder un œil sur sa fille par l'intermédiaire des frères. Il semble focaliser son autorité sur Mlle B., jusqu'au moment où il la rejette, projetant peut-être sur elle son propre échec. Quant à la mère, elle semble inexistante.

Toujours est-il que les troubles de Mlle B. s'aggravent au moment du placement, qui est aussi celui de l'adolescence. Cette période, qui est déjà une époque charnière entre l'enfance et le monde adulte, s'accompagne d'une crise d'identité pour la plupart des jeunes gens, même s'ils ne sont pas confrontés en plus à des problèmes sociaux, familiaux et culturels.

Cette crise d'identité, Mlle B. la vit de façon aiguë. La transformation corporelle est génératrice d'angoisse et de doute sur l'authenticité de soi. Cette crise, sous-tendue bien sûr par une souffrance psychique plus profonde, engendre des manifestations psychotiques et antisociales.

L'amélioration obtenue est sans doute due à la résolution de cette crise, mais aussi à la confiance que Mlle B. porte à l'équipe soignante, en laquelle elle a peut-être trouvé des **modèles identificatoires**.

Quatrième cas : Mr Hocine L.

La psychopathie représente un défaut de rapport à la loi, c'est-à-dire au père. Or, **la famille de Mr L. semble baigner dans un échec total**. Les parents se sont sans doute montrés défaillants dans leur fonction et la plupart des enfants n'ont pu trouver un équilibre satisfaisant.

On remarque que le frère jumeau de Mr L., en retournant en Algérie, a retrouvé son identité culturelle. Quant à Mr L., entre ses conduites antisociales et les retours chez le père, il est désespérément en quête de son identité.

L'éclatement familial, avec le divorce des parents, semble être le détonateur de décompensations violentes : suicide de la soeur, tentative de suicide de Mr L., puis comportement agressif ayant entraîné une hospitalisation d'office.

L'impulsivité, les échecs répétés, la désocialisation, et l'appétence pour l'alcool et les toxiques sont les grands traits du déséquilibre psychique dont souffre Mr L.. La prise de toxiques représente un passage à l'acte pour exister, les actes violents également.

La toxicomanie, liée à la recherche d'un plaisir immédiat qui mène à l'autodestruction, est aussi une réponse à l'angoisse insupportable en rapport avec une situation qui semble sans issue.



Synthèse

Ces quatre patients de la même origine ethnique souffrent de pathologies aux expressions différentes, mais ont en commun de grosses difficultés familiales liées au traumatisme de la transplantation.

Leur prise en charge semble être des plus difficile, pour ne pas dire un échec total, sauf peut-être pour Mlle B.. Est-ce parce qu'elle est très jeune et qu'elle ne rejette pas le personnel soignant ? Quant aux autres patients, que peut-on faire pour éviter de telles situations ?

Les difficultés, que j'ai tenté de cerner au niveau des patients, se situent également au niveau des soignants : méconnaissance de la culture, risque de rejet, intolérance face à la différence et à l'incompréhension, que d'écueils à franchir !

J'ai le sentiment de n'avoir fait qu'effleurer un problème beaucoup plus vaste et complexe que ne l'imaginais au départ.

Certains immigrés maghrébins, affectés par la transplantation et les difficultés d'adaptation, ont développé des pathologies aux expressions parfois différentes de celles connues en France, car à l'image d'une culture différente.

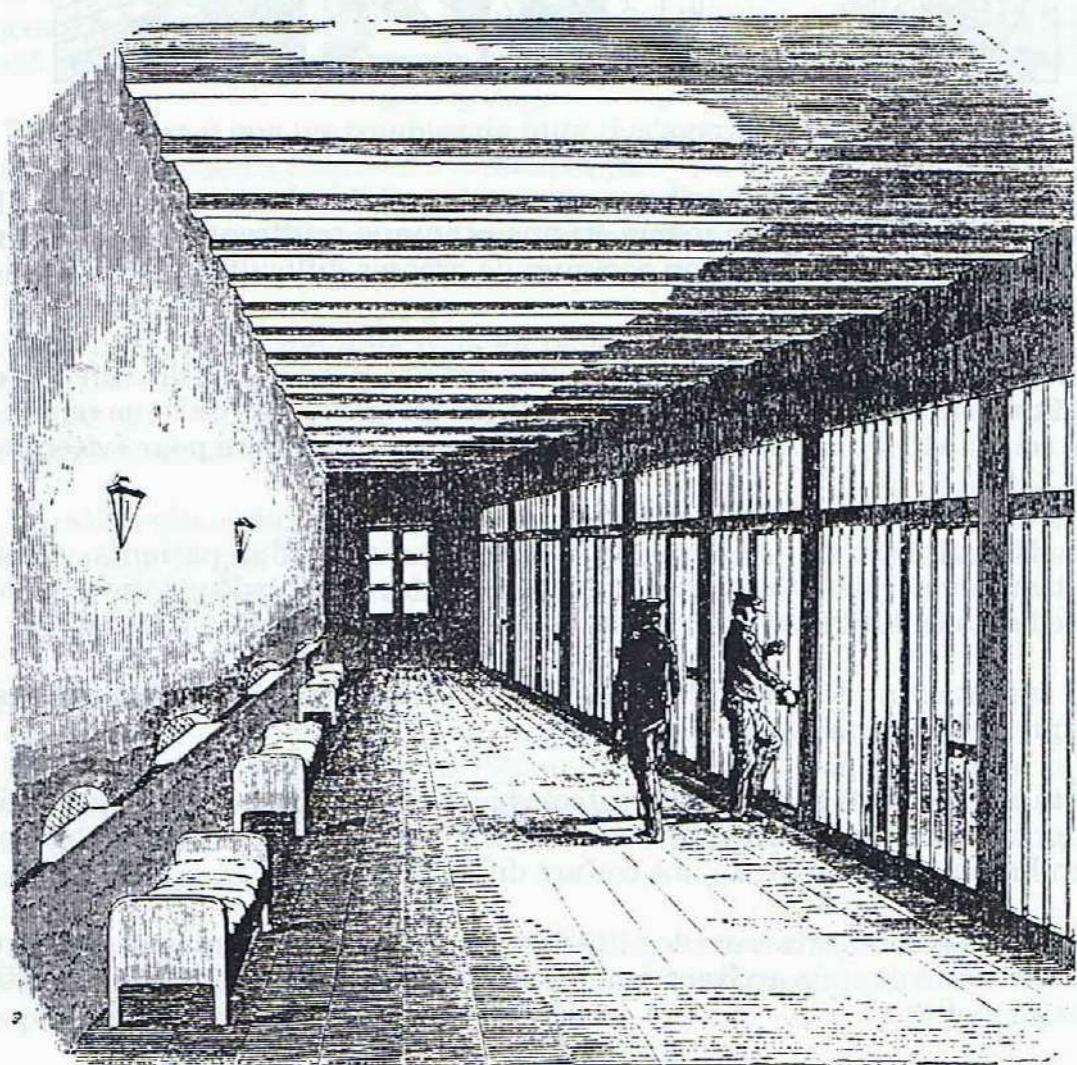
Quant aux jeunes gens issus de cette immigration, ils souffrent d'un mal être, lié à cette double culture dont ils arrivent mal à s'accommoder, et aggravé par les difficultés socioprofessionnelles.

Mais, sans nul doute, dans le cadre du service hospitalier n'ai-je rencontré que des familles en difficulté qui ne sont peut-être pas le reflet de la communauté maghrébine immigrée dans sa globalité.

Cependant je pense, et l'actualité le confirme, que l'adaptation et l'intégration d'un groupe d'individus appartenant à une civilisation musulmane, à un autre groupe de culture judéo-chrétienne, dans un contexte socio-économique lourd, ne peuvent se faire qu'avec d'extrêmes difficultés.

PSY CAUSE

SUITE....



Quartier de sûreté, à Bicêtre.

GUIDE PRATIQUE

DE L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT

Jean-Louis DESCHAMPS
Maître de conférence des Facultés de Droit
Attaché de Direction chargé des
Affaires Juridiques et Patrimoniales
C H Montfavet

I - Généralités

Le Centre Hospitalier de Montfavet est le seul établissement public de santé du département de Vaucluse habilité par le Préfet pour recevoir les personnes qui sont atteintes de maladies mentales, et qui révèlent du chapitre III du titre IV du Code de la Santé Publique. Le chapitre précité est consacré aux "modes d'hospitalisation sans consentement" (hospitalisation à la demande d'un tiers et hospitalisation d'office). Le Centre Hospitalier de Montfavet est également le seul établissement public de santé du département à disposer de services de psychiatrie. Il est donc seul dans sa catégorie à être en mesure de recevoir des personnes qui consentent à leur hospitalisation(hospitalisations libres). La doctrine médicale actuelle incite à contractualiser, autant que possible, l'admission des patients, et leur traitement dans le cadre d'un projet thérapeutique, et à les faire devenir acteurs de la prise en charge qui leur est proposée.

1° La sectorisation psychiatrique

La sectorisation psychiatrique constitue le cadre institutionnel de la psychiatrie moderne. Le principe de la sectorisation psychiatrique est que chaque lit psychiatrique d'établissement public, ou faisant fonction de public, est attribué à un secteur déterminé.

La psychiatrie de secteur est complexe. A côté des secteurs de psychiatrie générale, il existe des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, et des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire (S.M.P.R.). Chaque secteur, quelle que soit sa spécialisation, dispose d'une gamme d'équipements extra-hospitaliers qui constituent, eux-mêmes, autant de structures spécialisées dans une action de santé mentale particulière.

2° Les restrictions aux libertés des patients hospitalisés sous la contrainte et les droits qui leur sont reconnus.

Les personnes hospitalisées sans leur consentement sont sujettes à des restrictions dans l'exercice de leur liberté individuelle. Ces restrictions doivent être limitées à celles nécessitées par leur état de santé, et la mise en oeuvre de leur traitement. Les patients concernés disposent expressément du droit de saisir la Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques, et du droit de prendre conseil d'un médecin et d'un avocat de leur choix, du droit d'écrire et de recevoir du courrier (le vaguemestre de l'établissement est à la disposition des hospitalisés afin de faciliter l'exercice effectif de ce dernier droit).

3° Cadre légal du droit des patients à recevoir des visites

Aucune disposition du Code de la Santé Publique ne pose le principe général du droit des patients à recevoir des visites.

II Les hospitalisations à la demande d'un tiers

1° Les caractéristiques fondamentales des hospitalisations à la demande d'un tiers.

La matière est régie par les articles L.333 à L.341 du Code de la Santé Publique. La notion d'absence du consentement est la condition fondamentale qui peut justifier une hospitalisation de ce type. La rédaction de l'article L.333 établit un lien entre l'absence de consentement et les troubles du patient qui sont à l'origine de celle-ci. Le critère de l'impossibilité du consentement ne peut être défini en termes juridiques et apparaît empreint d'une certaine subjectivité.

2° Les conditions médicales de l'hospitalisation à la demande d'un tiers.

La présentation de deux certificats médicaux établis par deux médecins différents est nécessaire : les certificats présentent "l'état mental de la personne à soigner", les "particularités de la maladie", et la nécessité de faire hospitaliser le patient "sans consentement". L'article L.333 du Code de la Santé Publique indique que l'état du sujet doit imposer "des soins immédiats en milieu hospitalier".

3° Les conditions relatives au tiers et à sa demande.

Le tiers qui effectue la demande d'hospitalisation est soit "un membre de la famille du malade", soit "une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de celui-ci, à l'exclusion des membres du personnel soignant dès lors qu'ils exercent dans l'établissement d'accueil. La formulation légale n'interdit pas aux assistantes sociales du service de soins, d'effectuer, le cas échéant, une demande de placement, car ces dernières n'appartiennent pas à la catégorie formée par le personnel soignant. La demande, quelque soit le tiers qui l'effectue, doit être "manuscrite et signée par la personne qui la formule."

III Les hospitalisations d'office

1° La caractéristique des hospitalisations d'office.

Le dispositif des hospitalisation d'office est développé dans les articles L.342 à L.349 du Code de la Santé Publique. Le dispositif légal fait référence à la notion d'"ordre public" et plus précisément de "menace pour l'ordre public". Cette menace est mise, au niveau des motivations de la décision, sur le même plan que la "menace à l'égard de la sûreté des personnes", qui constitue, quant à elle, l'autre motivation possible.

Les hospitalisations d'office se déroulent en service fermé.

2° Les conditions d'admission en placement d'office ordinaire

La décision est prise par le préfet sur la base d'un certificat médical circonstancié n'émanant pas d'un médecin de l'établissement. L'article L.342 du Code de la Santé Publique précise que "les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu l'hospitalisation nécessaire".

Les arrêtés préfectoraux doivent être notifiés au patient.

3° Les conditions d'admission des malades criminels ou délinquants.

L'article L.348 du Code de la Santé Publique développe : "lorsque les autorités judiciaires estiment que l'état mental d'une personne qui a bénéficié d'un non-lieu, d'une décision de relaxe ou d'un acquittement, en application des dispositions de l'article 64 du Code Pénal (article L.122 du Code Pénal actuel) peut compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, elles avisent immédiatement le préfet qui prend, sans délai, toute mesure utile". Le préfet n'est pas lié par le point de vue des autorités judiciaires qui ne font en cette matière qu'une "estimation" de la dangerosité du patient.

4° Les conditions de levée de l'hospitalisation d'office des malades criminels ou délinquants.

Les hospitalisations d'office de patients ayant fait l'objet au préalable d'un non-lieu, d'une relaxe ou d'un acquittement, ne peuvent faire l'objet d'une mainlevée. L'article L.348.1 est très clair sur ce point. Le dispositif a pour but d'éviter que des malades mentaux criminels ou délinquants ne voient leur placement levé pour des raisons de non respect de la procédure relative aux certificats médicaux. Il ne peut être mis fin à ce type d'hospitalisation que sur les décisions conformes de deux psychiatres n'appartenant pas à l'établissement, et choisis par le préfet sur la liste établie par le Procureur de la République après avis de la Direction de l'Action Sanitaire et Sociale du département dans lequel est situé l'établissement.

5° Les hospitalisations d'office en unité pour malades difficiles.

Les unités pour malades difficiles, encore appelées "services de sûreté", selon une appellation ancienne, font appel pour l'admission des malades en leur sein, à un critère juridique de "dangerosité renforcée" par rapport à celui des services de psychiatrie ordinaires (ces derniers reçoivent donc à contrario des malades de dangerosité

"ordinaire"). La caractéristique essentielle de la dangerosité renforcée est de nécessiter des mesures de sûreté particulières. Le placement en unité de malades difficiles est une action de police administrative réalisée sur la base juridique d'un arrêté préfectoral spécifique.

IV Les hospitalisations d'office de détenus à la Maison d'Arrêt d'Avignon

1° Le cadre général des hospitalisations d'office des détenus.

Les détenus ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire ordinaire. Il existe des établissements comme la Maison Centrale Sanitaire de CHATEAU-THIERRY qui peuvent recevoir ce type de patient. Ces établissements ne reçoivent, cependant, que des détenus condamnés à de longues peines. Dans le cas de la Maison d'Arrêt d'Avignon, du fait de l'absence, en son sein, de personnes relevant de cette catégorie, il ne peut être fait d'autre choix que celui de l'hospitalisation psychiatrique. En conséquence, il appartient au préfet de faire procéder à l'hospitalisation d'office des intéressés sur la proposition du médecin de la prison, et conformément à la législation générale en la matière. Lorsque l'urgence a été prise en charge, à la prison, par les services du Centre Hospitalier d'Avignon, la demande peut être faite par un médecin de cet établissement. L'H.O. est dans ce cas, le seul mode d'hospitalisation possible en Centre Hospitalier de Montfavet. En effet, les détenus consentants à leur hospitalisation relèvent du Service Médico-Psychologique Régional (S.M.P.R.) de rattachement (Marseille), et l'HDT ne peut être utilisée.

Le dernier alinéa de l'article D.398 du Code de Procédure Pénale précise qu'il n'est pas fait appel, à l'égard des personnes placées dans les conditions qui précèdent, à la surveillance du personnel de police pendant les transferts et les hospitalisations.

2° La prédominance du statut de détenu sur celui de malade.

L'article D.387 du Code de Procédure Pénale organise la prédominance du statut de détenu sur celui de malade. Il développe ce qui suit : "Les règlements pénitentiaires demeurent applicables... dans toute la mesure du possible notamment en ce qui concerne les relations avec l'extérieur". En l'état actuel du droit, cet article génère une situation administrative originale, fondée sur le fait que l'individu concerné subit sa peine ou sa détention durant le temps de l'hospitalisation.

Le patient est donc soumis à deux statuts qui coexistent : le statut de patient hospitalisé d'office et le statut de prévenu ou de détenu.

3° Les conséquences du maintien de l'écrout dans l'établissement pénitentiaire d'origine.

Le patient ne peut ni communiquer librement avec l'extérieur, ni bénéficier de sorties d'essai, car ses relations avec l'extérieur restent, malgré l'hospitalisation, sous le contrôle des autorités judiciaires et pénitentiaires. La liberté de correspondance peut être limitée, dans certains cas, par décision de ces mêmes autorités.

AU CARREFOUR DE LA NEVROSE ET DE LA PERVERSION : L'OPERATION DE LA PRIVATION, A PROPOS DE DEUX FEMMES ANALYSEES PAR FREUD

Marie Josée PAHIN

Psychanalyste

Exposé du 27 juin 1995

à l'ATI Michel Silvestre (CH Montfavet)

Texte à partir d'un enregistrement

Cet exposé de Marie Josée PAHIN fait partie d'une action de formation permanente à l'Atelier de Thérapie Institutionnelle Michel Silvestre, sur trois années de 1992 à 1995. Il est le troisième publié par la revue *Psy-Cause* et correspond à la séance du 27 juin 1995. Le lecteur qui souhaite avoir une vision d'ensemble sur cette formation animée par l'association Marseillaise "La Question Freudienne", peut se reporter au bulletin de liaison du secteur 2, *Point Virgule*, disponible au service de documentation du Centre Hospitalier de Montfavet.

Jean-Paul BOSSUAT

* * *

*

Je vais aujourd'hui comparer deux cas de la littérature psychanalytique : celui de la "**jeune homosexuelle**" dont la structure est plutôt du côté du fantasme pervers, perversion dite féminine qui pose question et a un rapport avec quelque chose qui est très fréquent dans la psychologie masculine ; et d'autre part le cas de "**Dora**", jeune fille de structure hystérique. Nous allons voir que cette différence de fonctionnement entre ces deux structures, s'origine lors de l'une des opérations du manque, qu'est la privation. Nous nous reporterons tout particulièrement au séminaire IV de Lacan : "la relation d'objet".

Lacan (p.71 à 75 de ce séminaire) évoque le cas observé par Anna Freud, d'une petite fille qui lorsqu'elle découvre qu'elle n'a pas de pénis, s'intéresse aux garçons, leur manipule le zizi et en est un peu jalouse parce que ce pénis fait plus beau. Chez cette petite fille, une phobie va se déclencher : "*en effet, une belle nuit, la petite fille se réveille, saisie d'une frayeur folle. Un chien est là, qui veut la mordre. Elle veut sortir de son lit, il faut la mettre dans un autre, et la phobie évolue un certain temps*". Anna Freud, à l'époque, pense que c'est la découverte de l'absence de pénis qui déclenche la phobie. Lacan reprend l'observation et note que c'est lorsque la mère revient très malade et donc s'intéresse moins à sa fille, que l'enfant a le sentiment d'une chute de sa valeur phallique dans le regard de la mère, se sent moins aimée par sa mère. A ce moment là, dans l'après coup, elle recoupe cela avec la découverte faite auparavant, qu'elle n'a pas de zizi et que les garçons en ont un, que la chute d'intérêt de sa mère pour elle peut être liée à cela, et la phobie se déclenche : "*Ce chien est manifestement un chien qui mord le sexe*", dit Lacan.

Pour cette enfant phobique, la chute de sa valeur phallique dans le regard de la mère n'a pas été immédiate lors de la découverte de l'absence de pénis, elle n'apparaît que plus tard lorsque sa mère est malade. **Cette chute de la valeur phallique dans le regard de la mère est une confrontation du sujet à l'angoisse qui apparaît au moment de l'opération de la privation.**

La jeune homosexuelle, quant à elle, a deux frères aînés, une mère qui préfère les garçons et un père très pris par ses affaires. C'est donc très tôt que constatant son absence de pénis, elle la superpose avec une dévalorisation de son être phallique. A l'inverse de la fille phobique dont nous venons de parler, le constat de l'absence de pénis vient comme explication d'un phénomène de privation préexistant.

Nous voyons donc toute l'importance de cette opération de la privation, et je vais dans un premier temps, vous faire un rappel sur les opérations du manque.

1 - Les opérations du manque

Lacan parle de trois étages du manque. Il s'agit d'étages et non de stades. Ce sont des opérations qui s'enchaînent logiquement et qui ne sont pas à entendre comme succession de stades chronologiques. La première opération est celle de la frustration.

L'opération de la frustration :
la mère symbolique introduit le rythme de la présence / absence et la puissance de permettre à l'enfant, par le don de la parole, de nommer l'ailleurs du désir de sa mère

Il y a ce rapport premier à la mère, que Lacan a appelé la frustration. L'agent de cet étage du manque, de cette opération, est la mère symbolique. Le regard de la mère est présent par moments, et s'absente. La régularité de la présence et de l'absence de ce regard, à condition qu'elle soit dans un vrai rythme et qu'il existe par moment une présence effective, va permettre à l'enfant d'incorporer ce regard qui se pose sur lui. Et l'enfant va pouvoir constituer l'alternance de son propre regard à lui, sur les objets autour de lui. Cette frustration introduit l'enfant à une première réalité de ces objets réels que Lacan appelle les "*objets de jeu*" que l'enfant s'amuse à rendre présents et absents, à jeter et faire revenir.

Nous voyons bien comment il y a une situation qui se renverse : à partir de la régularité de la présence / absence du regard de la mère, l'enfant structure la possibilité pour lui, de regarder les objets, de s'y intéresser, de les imaginer, de les penser même quand ils sont absents, d'évoquer leur présence dans l'absence. Cela est la première symbolisation.

Remarquons que dans la psychose quand même, il y a ce regard possible sur les objets, une part de la réalité qui se structure : cette mère symbolique a quand même fonctionné, même sur un rythme défaillant. Ce n'est pas contre pas le cas dans l'autisme.

Lacan situe au niveau de cette frustration, l'accolade de deux fonctions de cette mère symbolique (accolade veut dire que l'une renvoie à l'autre). La première fonction, nous l'avons vu, c'est la mère symbolique qui introduit le rythme de la présence / absence. La deuxième fonction, c'est lorsque l'enfant repère qu'il y a un ailleurs du désir de cette mère symbolique lorsqu'elle s'absente.

Cette mère a la puissance de lui parler ou non, de cet ailleurs de son désir. Il y a là déjà, un ailleurs du désir de l'Autre auquel l'enfant peut être associé par le don de la parole. L'enfant repère que cette puissance de la mère symbolique à faire ce don, peut varier. Cela passe aussi bien par le cas que l'on fait, de la parole de l'enfant. Dans un ailleurs qui lui échappe, l'enfant peut être réintroduit comme étant un être parlant dont on tient compte.

L'enfant devant cette puissance de l'autre, revendiquera qu'on le mette au courant, qu'on lui parle de cet ailleurs sans lequel il est étranger. Lacan dit que la frustration est l'opération de la revendication, mais cette revendication est condamnée à toujours rester sur sa faim, insatisfaite, tout en existant.

Ce qu'il faut retenir de cette deuxième fonction dans l'opération de la frustration, c'est que l'enfant peut s'approprier cet ailleurs du désir de l'Autre par le biais de la parole avec sa mère. C'est le cas lorsque sa mère s'intéresse à autre chose et lui en parle. Ce sera le cas lorsqu'elle lui parlera du père, ce qui intéressera l'enfant qui va alors s'intéresser au père.

L'enfant est frustré lorsque la mère s'intéresse à cet ailleurs mais il y une nomination possible de l'ailleurs du désir de la mère. Cela va motiver le désir de l'enfant qui peut en s'intéressant à l'école, par exemple, constituer un ailleurs du désir entre lui et sa mère, abandonner un peu la relation à la mère mais y revenir parce qu'il plaît à sa mère par ce biais là.



**L'opération de la privation :
confronté à une part du désir de l'Autre, totalement énigmatique,
l'enfant va inventer un signe qui fait interprétation
et constituer son fantasme**

Par contre, la privation est, dit Lacan, un trou. L'enfant est confronté à un ailleurs du désir de l'Autre, qu'il entrevoit mais qui l'exclut radicalement. La privation est une expérience que tous les sujets font et que Lacan considère comme l'étage suivant la frustration, des opérations du manque. Dans la mesure où la frustration a été bien traversée, l'enfant sera capable de supporter la privation.

La privation est donc cette part du désir de l'adulte que l'enfant repère, mais dont l'adulte n'arrive pas à lui parler. Ce peut être une passion amoureuse, un militantisme, une maladie, quelque chose qui prend l'adulte de façon irrésistible, l'accapare sans qu'il puisse en dire quelque chose, tout simplement parce que cette part du désir peut être tellement forte qu'elle est incompatible avec la parole. Cela va être du militantisme à la passion du jeu, cela va des pires choses à des intérêts les plus positifs.

Quoiqu'il en soit, ce que l'enfant repère du côté de ce désir de l'Autre, c'est qu'il n'y a aucune place et qu'il n'arrive pas à le nommer. Cela agite l'adulte, cela agite la mère, mais c'est une inconnue pour l'enfant qui est confronté à un trou où il n'a plus aucune place dans le désir de l'autre, à un point de l'éigme absolue du désir de l'Autre.

C'est ce que l'on rencontre par exemple au moment d'une rupture amoureuse que l'on n'a pas vu venir et où tout d'un coup une part du désir du partenaire, devient complètement énigmatique. On n'y comprend plus rien et l'on fait le constat qu'on n'a plus de place dans ce désir. C'est un moment d'angoisse extrêmement profond.

Que va faire l'enfant face à ce trou, à quoi va t-il avoir recours ? Cela va entraîner chez lui la nécessité d'un changement radical de position. Au lieu d'être dans un rapport de dépendance réelle à la parole de l'Autre, d'être dans ce besoin de la parole de l'Autre qui est sa position dans l'opération de la frustration, il va être dans l'invention.

C'est à dire qu'il va se livrer à une interprétation du désir de l'Autre à laquelle il va se raccrocher comme à une bouée de sauvetage. Il va pêcher dans ce que dit l'Autre, quelque chose qu'il va saisir partiellement, un truc, un signe qu'il prend chez ses parents, et qui fait interprétation de leur désir. C'est ainsi que l'enfant constitue son fantasme. C'est une trouvaille qui sera différente d'un enfant à l'autre même dans une même famille avec les mêmes parents. Ce signe inventé à ce point de la privation, inévitablement rencontré par tous les enfants, va déterminer le choix amoureux, le choix professionnel, la vocation, le destin.

En s'identifiant à ce signe, à ce truc, le sujet peut constituer un symptôme. C'est le cas dont je vous ai déjà parlé (voir Psy-Cause n°2) de cette femme "stérile" qui, enfant confrontée à la privation, avait piqué chez sa mère d'être enterrée dans "cette-terre-île", la Corse. Identifiée à ce signe, cela fait symptôme pour elle. C'est une identification symptomatique qui lui permettait de se défendre contre l'angoisse rencontrée au moment de la privation. Cette femme s'était structurée dans un fantasme de névrosée puisque cette identification était mise en jeu dans une insatisfaction.

Je vous ai dit en introduction que, confronté à cette angoisse de privation, le Sujet va pouvoir se structurer selon le fantasme névrotique ou selon le fantasme pervers. On peut dire qu'il y a là, un carrefour.

**Dans son interprétation du désir énigmatique de l'Autre,
l'enfant attribue son explication à une version du père**

Qu'il s'agisse du fantasme névrotique ou du fantasme pervers, Lacan appelle cette interprétation de l'éénigme du désir de l'Autre, une version du père. Le sujet met sur ce désir, une explication qu'il attribue au père imaginaire. Lorsque l'on va se faire tirer les cartes, par exemple, on fait appel à un mécanisme de ce genre : on s'adresse à quelqu'un auquel on suppose un savoir, et sa lecture des cartes pourrait nous dire quelque chose de cette éénigme angoissante. On veut croire qu'ainsi sera réduite l'éénigme, alors que l'on sait que finalement on n'est sûr de rien ; mais peu importe, ça rassure.

Dans les névroses, cette version du père est soit insatisfaisante pour le sujet hystérique ; ou bien elle est impossible, elle rend le désir de l'obsessionnel impossible ; ou bien elle est un évitement, liée à l'évitement du désir phobique. Chez le névrosé, la version du père fait potentiellement appel à une autre version qui serait la bonne. C'est pourquoi le névrosé fait un transfert avec un Sujet Supposé Savoir. Dans la perversion, Lacan parle à propos de cette version du père, d'une père-version, c'est à dire d'une version fixée qui ne renvoie pas à une autre.

Au total, ce recours au père est en quelque sorte un recours à un savoir du père, qui quelque part pourrait rassurer l'enfant sur ce moment de chute qu'il ressent dans le désir de sa mère lors de la privation.

**L'opération de la castration symbolique
introduit la question de l'avoir,
et de l'identité sexuée**

Le troisième étage du manque, est ce que Lacan appelle la castration symbolique. Cette opération survient lorsque le sujet va nouer tout cela à la question d'avoir ou non le pénis, c'est à dire à la question de l'identité sexuée. Il s'agit de rendre possible dans son rapport à l'autre originellement maternel et parental, son rapport à l'autre sexe.

**Dans l'Oedipe féminin,
la petite fille confrontée au manque à être le phallus de sa mère,
cherche à être le phallus du père, en l'ayant comme lui,
grâce au don exclusif d'un enfant**

Je termine cette première partie de mon exposé en reprenant ces opérations du manque dans le cadre de l'Oedipe féminin.

Ce qui fait démarrer l'Oedipe chez l'enfant, ce qui fait démarrer son désir, c'est la mise en échec au moment de la privation, de son projet d'être le phallus exclusif, c'est à dire la raison du désir de sa mère, d'une façon exclusive. C'est ce qui ferait que sa mère n'aurait pas besoin d'un ailleurs, d'être prise ailleurs, d'investir ailleurs. Là est l'ambition de tout enfant.

Il vaut mieux pour l'enfant qu'il soit confronté à ce manque à être le phallus de sa mère. Qu'il n'y arrive pas, est le moteur de son désir. Lacan dit ainsi que c'est le manque d'objet qui est structurant pour le désir, non que l'enfant arrive à réaliser son ambition. Dans cette ambition phallique, l'enfant va être confronté à la frustration puis à la privation.

Sous cette confrontation, c'est la psychose ou la débilité. Et c'est lorsque le sujet est confronté à ce manque à être, qu'il va être introduit soit dans la névrose, soit dans la perversion, soit évidemment dans la normalité du fonctionnement de son désir.

Face à cette frustration inévitable quant à son ambition, la petite fille va trouver une issue, à savoir un détour pour retrouver cette position d'être le phallus, qui sera d'avoir le phallus comme le père. L'avoir comme le père, va aboutir à cet autre fantasme : avoir un enfant du père.

Ce qu'il faut saisir, c'est que cet "avoir un enfant du père" dans ce passage de l'autre maternel à l'autre paternel, n'est pas du tout incompatible avec le fait "d'être le phallus" aux yeux de son père, c'est à dire de représenter la raison du désir de son père. Avoir un enfant que le père lui donnerait exclusivement à elle, ferait que la petite fille se sente valorisée.

Cet aspect de l'Oedipe féminin amène directement la seconde partie de mon exposé consacré à la jeune homosexuelle.

2 - La jeune homosexuelle et le fantasme pervers

Le cas de la jeune homosexuelle a été décrit par Freud en 1920 ("Sur la psychogénèse d'un cas d'homosexualité féminine" ; névrose, psychose et perversion, pages 245 à 270), et Lacan reprend ce cas dans son séminaire sur la relation d'objet.

La naissance d'un garçon, sape son fantasme d'avoir un enfant exclusif du père

Cette jeune homosexuelle était confrontée de façon particulièrement dure à la privation puisqu'elle n'était pas aimée comme fille par sa mère et que son père ne s'y intéressait pas particulièrement. Plus elle va ressentir douloureusement son manque à être, plus elle va compenser dans le fantasme qui va prendre une grande importance, d'avoir un enfant du père, c'est à dire d'avoir quelque chose qui restaure son être phallique aux yeux de ses parents.

C'est ainsi que vers l'âge de 13-14 ans, on la voit se mettre à s'occuper d'un enfant d'amis de ses parents, occupation qui prend beaucoup d'intérêt dans sa vie. On a jusque là un développement normal et on peut même dire qu'elle satisfait tout à fait sa famille puisqu'elle s'annonce là comme une excellente jeune fille à marier. Il n'empêche que nous voyons là une adolescente qui organise sa vie en fonction de cet enfant, et cette occupation devient son intérêt majeur. Ce type de comportement se rencontre chez un certain nombre d'adolescents où tout d'un coup un intérêt envahit leur vie au point d'abandonner leurs études, et finit mal. Il y a chez la jeune homosexuelle quelque chose de cet ordre qui se passe, la préoccupe et devient la chose la plus importante de sa vie.

Tout bascule à la naissance d'un petit frère : son père fait un enfant à la mère, et qui plus est, un garçon ! Elle ne peut plus soutenir son fantasme dans lequel il fallait que l'enfant dont elle s'occupait soit celui que son père lui avait fait, donné, exclusivement. Avec cette naissance, il ne peut plus y avoir cette exclusivité.

**La jeune homosexuelle s'identifie alors à un élément masculin,
et se dévoue auprès d'une dame à sauver
dans le cadre d'un amour courtois,
tout en défiant son père**

A partir du moment où le fantasme qui soutenait son activité, est sapé et chute, il se passe un renversement. La jeune fille se désintéresse totalement de l'enfant des amis de ses parents, et toute amoureuse d'une dame qui a 10 ans de plus qu'elle, dame qu'elle vénère sur le mode de l'amour courtois.

Cet amour ainsi que l'appelle Lacan, est absolument désintéressé et n'attend rien en échange. Cet amour courtois se vit dans le dévouement. Lacan dit que "*cet amour courtois porte au suprême degré, l'attachement du sujet et son anéantissement*". Au fond pour ce sujet là, l'important est de se dévouer à "une", à quelque chose qui est mis au féminin. Cette dame a une mauvaise réputation et justement de ce fait, elle représente pour la jeune homosexuelle quelqu'un qui est à sauver. Elle n'attend pas forcément de reciprocité de l'amour qu'elle lui apporte ; tout au plus veut elle garder sa place auprès de la dame. Elle n'attend pas de marque d'amour en retour, simplement que la dame lui laisse la possibilité de se dévouer, que cette dame soit là pour recevoir l'amour.



Ce qui est important pour la jeune homosexuelle, c'est qu'elle sauve la dame. A partir de là, elle a vis à vis de son père, une attitude de défi. Elle se débrouille pour rencontrer son père et se montre, façon de dire : "regarde, je vais te démontrer ce qu'est véritablement aimer".

Elle pensait qu'en ayant un enfant du père (fantasmatiquement), elle était aimée de son père. Décue par cette naissance, il y a du coup une rupture de sa demande d'amour au père : "puisque tu as fait cet enfant à ma mère, tu m'as trahi". Alors qu'elle aimait sentir dans le regard du père, qu'elle était satisfaisante, ce qui se situait dans le cadre d'une demande d'amour, il y a à présent une rupture avec une attitude de défi au père : "regarde....".

Et en même temps, elle s'identifie auprès de la dame, à un élément masculin qui serait capable d'apporter à cette dame ce dont elle manque en la sauvant de sa mauvaise réputation. Cette dame est quelqu'un qui n'a pas le pénis (que Lacan appelle pénis symbolique) ; et c'est justement parce qu'elle ne l'a pas, qu'elle pourrait l'avoir de façon sublimée. C'est de ne pas l'avoir qui donne à la dame toute sa valeur aux yeux de la jeune homosexuelle.

Lacan dit que cet amour courtois de la jeune homosexuelle est très proche de l'expérience masculine. C'est exactement la position que tiennent les hommes par rapport à des groupes comme l'armée, l'église ou la légion. Rappelez vous ce légionnaire dont nous avons parlé la dernière fois en étude de cas et que vous avez en soins à l'ATI Michel Silvestre. Ce qui est important pour ces hommes, c'est qu'il y a "une" (la patrie, l'armée) qui est toujours au féminin, qui est à sauver, qui est en danger. Le légionnaire se met dans la même position que la jeune homosexuelle, à savoir dans la position de celui qui sauve cette dame patrie en péril et se dévoue entièrement à elle.



Cette perversion féminine concerne aussi les hommes

La jeune homosexuelle ne demande qu'une chose pour calmer son angoisse, pour parer son angoisse face à la frustration et à la privation : l'enfant qui est remplacé par la dame.

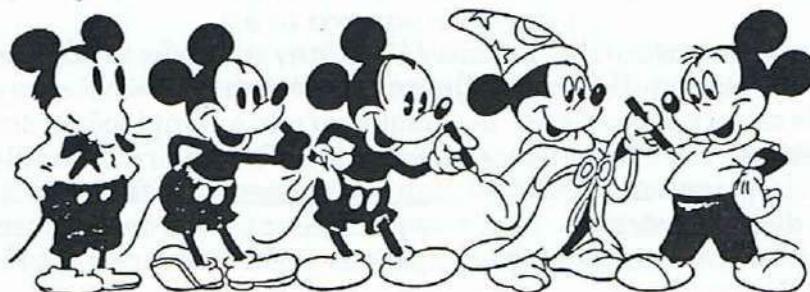
Cela m'a apporté un éclaircissement, en y réfléchissant, sur ce cas clinique que nous avons étudié, du légionnaire que vous avez en soins. Nous avons hésité car si nous disions non à la psychose, nous n'étions pas chauds non plus pour la névrose. Je me suis dit que ce patient se situerait plutôt du côté de cette perversion féminine qui concerne aussi les hommes.

Ce qui caractérise la perversion par rapport à la névrose, c'est la rupture de la demande d'amour à l'Autre

Au départ, qu'il s'agisse d'une névrose ou d'une perversion, il y a cette confrontation du sujet à ce moment où il est exclu du désir de l'Autre. Nous avions vu comment notre légionnaire, dans son enfance était tombé dans le trou de toute une histoire de résistance et de disparition de sa famille durant l'occupation Allemande. Face à cette exclusion, à ce manque, la névrose comme la perversion sont une défense par rapport à ce moment là.

Ce que nous montre l'aboutissement de la perversion de la jeune homosexuelle, c'est ce rapport à la dame dans lequel il y a une rupture de sa demande d'amour au père, à l'Autre. C'est cela qui caractérise la perversion par rapport à la névrose. Nous verrons avec Dora, que dans la névrose il y a toujours cette demande d'amour à l'Autre (Autre qui dans le cas des filles, est représenté par le père).

Dans la névrose aussi, cette demande d'amour du père s'exprime sous la forme de la demande d'avoir un enfant du père, c'est à dire la demande que le père dans sa puissance phallique, donne quelque chose à la fille, qui la dédommage de son être phallique en difficulté. Mais nous voyons que la jeune homosexuelle s'installe dans une certaine rigidité de sa position par laquelle sa vie a pris un sens. Ce qui organise sa vie n'est plus l'enfant dont elle s'occupe, c'est occuper une place dans la vie de la dame.



Je me suis aussi posé la question : est ce qu'à notre époque, la dame ne prendrait pas quelque fois l'équivalence de la poudre, de cet espèce de mythe de la drogue au service duquel on se met, de la blanche ?

**Ayant provoqué son père,
la jeune homosexuelle fait une TS grave :
pour Lacan cette perversion est compatible avec une psychanalyse**

Dans son attitude de défi au père, la jeune homosexuelle se promène en compagnie de la dame, à proximité du domicile familial. Ce qui devait arriver, arrive : elle rencontre son père et la dame croise ce regard courroucé qu'il lance. La jeune homosexuelle appartient à une famille très connue et très puissante de Vienne. Inquiète de ce courroux, la dame demande à la jeune fille qui est cet homme ? Très fière car très contente de l'effet produit chez celui ci, elle répond : "C'est mon père". A ce moment là, la dame très effrayée et ne voulant pas avoir d'ennuis, répond : "Dans ce cas, nous ne nous reverrons plus". Il y a donc rupture.

Freud raconte : *"Immédiatement après, la jeune fille s'arracha au bras de sa compagne, enjamba un parapet et se précipita sur la voie de chemin de fer urbain, qui passait en contrebas. Cette tentative de suicide indubitablement sérieuse lui valut de garder le lit pendant une longue période, mais par bonheur il ne lui en resta rien de grave."*

A la suite de cela, sa famille ou surtout son père car la mère se sentait moins concernée, l'amène chez Freud. Lacan note que pour un bourgeois Viennois, se résigner à aller voir un psychanalyste, démontre qu'il soit vraiment désespéré, qu'il ne sait plus quoi faire. Cette démarche n'est pas du tout dans sa mentalité et est un signe d'amour du père pour sa fille.

Lacan va reprendre le cas de Freud et dire que cette jeune homosexuelle aurait très bien pu faire une psychanalyse. Freud va avec elle, nous allons le voir, faire l'erreur inverse d'avec Dora. En effet, alors que la perversion du côté du fétichisme compromet ou rend difficile une telle approche, cette perversion féminine ne serait pas incompatible avec une psychanalyse.

En effet, dans son attitude de défi, dans cette espèce de provocation qu'elle fait de sa relation à la dame, malgré la rupture de la demande d'amour à l'Autre, il y a quand même une adresse à l'Autre, la dimension d'un appel. On le sentait aussi dans le cas de notre légionnaire.

**La perversion est marquée
par le caractère impératif
de se procurer l'objet de compensation**

Chez la jeune homosexuelle, le caractère impératif de ce qu'elle recherche, fait le dramatisme de la situation. Il faut qu'elle trouve impérativement un enfant. S'occuper d'un enfant est de nature compulsive. Et lorsque qu'elle a remplacé l'enfant par la dame, si la dame se dérobe, c'est la tentative de suicide. Pour faire face à l'angoisse de la frustration et de la privation, il lui faut impérativement (et c'est cela aussi qui la fait basculer du côté de la perversion) qu'elle se procure cet objet de compensation. Dans le cas de l'hystérie, il n'y a pas cette façon impérative de se procurer cet objet, tandis que là, c'est de l'ordre du fétichisme.

**L'objet transitionnel permet d'aller vers l'inconnu,
tandis que le fétiche bouche l'éénigme, fige**

Lacan rapproche cet objet de compensation, de l'objet transitionnel. L'objet transitionnel survient dans la frustration réelle, lorsque la mère ne répond à l'appel de son enfant qu'à son gré à elle. Là commence l'angoisse : l'enfant appelle sa mère qui ne peut pas répondre car elle a autre chose à faire. Cette angoisse va s'accentuer encore au moment de la privation.

Puisque l'enfant ne contrôle pas le regard de la mère sur lui, le rythme de présence / absence pouvant être au gré de la mère, de l'Autre, il va se choisir un nounours, un objet transitionnel qu'il pourra avoir à son gré à lui. Nous voyons bien le renversement de situation : ce "à son gré à lui", cette présence qu'il peut prendre et laisser à son gré, qu'il aime toujours avoir avec lui, va normalement lui permettre de surmonter cette frustration, d'accepter que l'autre ait un gré à lui qu'il ne contrôle pas. Mais normalement cet objet transitionnel passe.

La fonction première de l'objet transitionnel est de permettre d'affronter l'éénigme du désir de l'Autre. Il permet au désir de l'enfant d'aller vers l'inconnu. Le névrosé n'est pas dupe sur la valeur de réponse de cet objet dont il sait qu'il ne répond pas vraiment à cette éénigme. Le névrosé est taraudé par l'éénigme. Tandis-que chez le pervers, cet objet transitionnel se chronicise en fétiche, il se fige, devient un impératif pour le Sujet qui sans lui se suicide, est en mauvaise posture. Nous voyons bien que dans la perversion, l'éénigme est bouchée.

La jeune homosexuelle structure sa vie sur le mode d'un amour courtois auquel elle se dévoue, crée le mythe de cette dame qui n'a pas le phallus mais pourrait l'avoir et l'a finalement, qui est une façon de dire que le phallus est là. Elle sublime la raison du désir de l'Autre. Du même ordre est la rigidité du légionnaire pour lequel la patrie est le summum de ce qui vaut le coup dans le désir. Le phallus y est bien fixé, il est là.

Lacan dit que les idées fixes de tout un chacun, sont des objets transitionnels qui se figent un peu en fétiches. Le truc que des gens ont besoin de raconter régulièrement, qui est toutes les fois la même chose, c'est la continuité de cet objet transitionnel qui est là pour calmer l'angoisse.

**Freud fait une erreur avec la jeune homosexuelle :
il prend pour argent comptant le registre préconscient
de la tromperie du père,
passant à côté du véritable contenu, celui inconscient
de la demande d'amour au père, encore possible**

Freud va faire une erreur avec la jeune homosexuelle. Il la reçoit et celle ci se met à rêver qu'elle se marie et a des enfants. De plus elle avoue à Freud que la dame accepte la reprise de leur relation, qu'elle accepte bien de venir en thérapie mais que c'est surtout pour calmer sa famille et qu'elle a la ferme intention de continuer avec la dame.

Pour Freud, la venue de sa cliente en consultation s'intègre donc dans une tromperie dont elle jouit quelque peu dans cette attitude de défi vis à vis du père. Freud interprète ce rêve comme signifiant : "Elle me met à la place du père et elle a la ferme intention de me tromper comme lui. Elle fait ce rêve pour que je m'illusionne et pour mieux me decevoir par la suite".

Freud, à juste titre, perçoit l'importance de cette relation de la jeune fille à la dame, et à quel point celle ci répond à une angoisse très profonde contre laquelle elle est une défense bien ficelée. Néanmoins Lacan remarque qu'en faisant cette interprétation, Freud entérine chez la jeune homosexuelle, ce qui n'est pas complètement joué.

En se pavant avec son amour pour la dame, la jeune homosexuelle tente de mettre une croix sur sa demande d'amour au père. Mais cette demande d'amour au père, à l'Autre, qui est du registre symbolique de son complexe d'Oedipe, n'est pas éteinte. Et, dit Lacan, c'était prêt à se rejouer avec Freud. Le rêve a essentiellement ce sens là : "Je suis prête à rejouer avec Freud, d'avoir un enfant du père même si j'ai du y renoncer à cause de ma déception". Cela est prêt à se réactiver. Lacan constate que c'est la voie que Freud aurait du choisir, dans laquelle "*il aurait du mettre tout son espoir*".

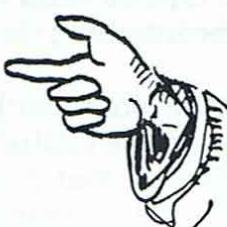
Freud n'aurait pas du interpréter le rêve comme une tromperie du père et se défendre contre celle ci, se sentant mal à l'aise. Or c'est hélas ce qu'il a fait en lui disant maladroitement : "Vous cherchez à tromper le père". La jeune homosexuelle n'est alors tout simplement plus venue à ses séances. Alors que si Freud lui avait fait entendre en le formulant sous la forme d'une demande, qu'elle n'avait pas complètement renoncé à cet amour pour son père, la relation analytique aurait pu se poursuivre.

Lacan dit que cette tromperie du père relève plutôt du Préconscient et du transfert imaginaire, tandis que le véritable contenu était cette demande possible au père, demande qui relève de l'Inconscient et de la dimension du transfert symbolique. Freud en est resté au registre du Préconscient et du transfert imaginaire, qu'il a pris pour argent comptant.

Le transfert doit permettre au Sujet de remonter vers l'angoisse contre laquelle il s'est défendu en élaborant son fantasme

L'important est de permettre au Sujet, au delà de la défense de son fantasme pervers ou névrotique, de remonter à son angoisse qui est : "Qu'est ce que je veux pour l'Autre ? Qu'est ce qui cause la jouissance de l'Autre ? Qu'est ce qui l'intéresse en dehors de moi ? Comment puis je me faire aimer de nouveau . Comment puis je avoir le sentiment d'une unité de mon être dans son regard ?" (Cette unité de soi qui est du registre du narcissisme, est ce qui conjoint la double dimension de la jouissance et du narcissisme).

Lacan précise que ce dont il s'agit dans le transfert, c'est de permettre au Sujet de revenir à sa question d'origine comme fondamentalement irrésolue. Il s'agit donc de faire remonter le Sujet vers cette angoisse contre laquelle il s'est défendu en élaborant son fantasme.....démarche qui n'est pas forcément facile.



3 - Dora et le fantasme névrotique

Un quatuor où tout le monde trouve son compte

Avec Dora nous avons les mêmes personnages : une jeune fille, un père et une dame, sauf que cette dernière n'est pas introduite par la jeune fille mais par le père dont elle la petite amie. La mère de Dora est "out", hors circuit. Différente était la mère de la jeune homosexuelle qui était en rivalité, prenant la place de la jeune fille auprès du père lorsque ce dernier lui fait un enfant.

Dans le cas de Dora, la mère est out. Il y a un couple père-fille qui rencontre un autre couple, monsieur et madame K. Il se noue une intrigue amoureuse entre le père et madame K. Le père utilise sa fille qui est fascinée par cette madame K. Et monsieur K drague Dora. On a là un quatuor pas très sain où finalement tout le monde trouve son compte.

Dans les deux cas, Dora ou la jeune homosexuelle, il y a la fascination d'une jeune fille pour une dame, mais elle n'est pas du même ordre.

La fascination de Dora pour madame K, est de nature opposée à celle de la jeune homosexuelle pour la dame : au lieu d'être une réponse, madame K incarne une énigme

De quelle nature, en effet, est cette fascination de Dora pour madame K ? Dora est installée dans un amour Oedipien normal pour son père qui est devenu l'Autre plus présent que la mère, aux yeux duquel elle veut se valoriser. L'important pour Dora, c'est la place qu'elle a dans le regard de son père. Son rapport à la dame (madame K) qu'elle admire, ne s'instaure pas dans le cadre d'une rupture de cette demande d'amour au père, à la différence de la jeune homosexuelle.

Bien au contraire. Elle s'intéresse à madame K parce qu'elle s'interroge : "qu'est ce que mon père lui trouve ? Qu'est ce qu'elle a qui fait que mon père, au delà de moi, l'aime ? Qu'est ce qu'en tant que femme, elle a pour attirer mon père ?"

Cette madame K incarne l'éénigme du désir de l'Autre, un point où ce désir de son père lui échappe, dont elle se sent un peu exclue et qu'elle voudrait bien occuper mais dont elle ne se sent pas radicalement écartée. Nous sommes là dans le cadre de la frustration, lorsque Dora s'intéresse à madame K.

Par contre quand le père de la jeune homosexuelle a fait un enfant à la mère, la jeune fille s'est sentie complètement exclue de l'amour du père. C'est pour cela qu'elle prend cette attitude de défi et tombe amoureuse de la dame. Cet intérêt de la jeune homosexuelle pour la dame, est à situer dans le cadre de la privation.

Dora se dit qu'en se rapprochant de madame K, elle pourrait savoir quelque chose quant à cette énigme du désir du père. Elle supporte très bien d'être utilisée et manipulée, gardant les enfants du couple pendant que son père et madame K se voient. Elle aime bien madame K, elles se font des confidences toutes les deux et elle essaie ainsi d'approcher ce mystère.

Très différente, nous l'avons dit, est la démarche de la jeune homosexuelle qui pare sa chute dans le désir du père, en élaborant une autre formule du désir, à côté (c'est pour cela que Lacan dit que c'est une solution métonymique), qui restaure une valeur phallique : c'est du côté de quelqu'un à sauver, qu'est la vraie solution du désir. Elle balance cela à la figure du père. Elle met dans la défense perverse une réponse à la question du désir de l'Autre.

Pour Dora, madame K n'incarne pas une réponse mais une question. Ce qui intéresse Dora comme tout névrosé, c'est l'éénigme du désir de l'Autre. Au point que cela est insatisfaisant pour le névrosé parce qu'il ne trouve pas. Il peut se résigner à cette éénigme qui sera impossible à découvrir. Il reste de toute façon sur l'éénigme. Ce qui l'intéresse, est cette question : "Qu'est ce qui chez l'Autre, le fait désirer en dehors de moi ? De quel manque, l'Autre est-il animé pour avoir toujours à désirer ailleurs ?"

**Dora, confrontée jusque là à une situation de frustration
qui ne l'exclut pas de l'amour de son père,
bascule dans la privation et devient simple marchandise
lorsque monsieur K lui annonce que sa femme
n'est rien pour lui**

Dora supporte très bien cette situation à quatre, bien équilibrée. Elle s'y trouve aimée de son père. Celui-ci (qui d'ailleurs est impuissant et établit avec la dame un rapport de type touche pipi voire fellations) se sent un peu coupable d'utiliser sa fille pour faire garder les enfants de la dame. Lorsqu'il fait des cadeaux à sa maîtresse, il en fait aussi à sa fille. Nous voyons que Dora n'est pas exclue de cet amour pour la dame, et même qu'elle est au milieu, que cet amour passe par elle.

Elle pense que tout le monde adore madame K, dont bien sûr monsieur K qu'elle imagine dans cette optique d'adoration. Monsieur K peut courtiser Dora en aimant sa femme, et ainsi faire comme son père. Il y a symétrie.

Tout va bien jusqu'au jour où monsieur K qui drague Dora, croyant bien faire, dit à Dora que sa femme n'est rien pour lui. Monsieur K reçoit une gifle magistrale de la jeune fille. Et c'est la rupture avec monsieur K.

Que s'est-il passé ? Les propos de monsieur K signifient : "Ma femme n'est rien, on peut l'éliminer et nous nous retrouvons tous les deux. Nous laissons seuls tous les deux, ton père et la dame". Mais ce n'est pas ce que veut Dora. Lacan remarque que Dora est dans son complexe d'Oedipe dont elle n'est pas du tout sortie, et qu'elle n'a pas de ce fait, renoncé au don phallique du père. Ce qui l'intéresse, c'est sa demande d'amour au père.

Ce que dit monsieur K, l'exclut de cette relation d'amour au père. Cela voudrait dire que son père aurait laissé sa fille à monsieur K, pour avoir une femme (celle de ce dernier) et aurait utilisé Dora comme une simple marchandise et un pur objet. Dora se sentant possiblement exclue de l'amour de son père, se révolte et se met à ce moment, à le revendiquer exclusivement. Elle est confrontée à quelque chose de l'ordre d'une privation.

A ce moment là Dora fait une crise, tombe malade. Son père aussi va voir Freud pour lui demander de soigner sa fille. Evidemment il ne dit pas tout à fait à Freud ce dont il s'agit, que Dora était au milieu d'une histoire.....dont il a un peu honte.

**Freud fait prendre conscience à Dora
qu'elle a trouvé son compte
dans la situation dont elle se plaint à présent**

Freud le saura parce que Dora lui raconte. Elle lui dit à juste titre qu'elle se sent une victime manipulée, qu'elle est utilisée par son père. Freud a l'intelligence de la croire. Mais il perçoit très bien que dans cette situation dont elle se plaint maintenant, elle a trouvé son compte au niveau de son questionnement autour de cette admiration de la dame : qu'est ce qu'une femme ?

Freud lui pose cette question : "En quoi avez vous quand même participé à cet état de chose ?". Dora est ainsi amenée à se rendre compte qu'elle y a bien participé, qu'elle a gardé les enfants, qu'elle n'a pas toujours été aussi hostile à la relation de son père avec la dame, que bien au contraire cela l'a bien arrangée. Il y a donc là quelque chose de tout à fait bien introduit par Freud.

**Avec Dora Freud fait l'erreur inverse
que celle qu'il a commise avec la jeune homosexuelle :
il privilie la dimension symbolique Oedipienne,
négligeant la relation imaginaire avec madame K**

Mais Freud va faire une erreur qui sera exactement inverse de celle qu'il avait commise avec la jeune homosexuelle. Vous vous souvenez qu'avec cette dernière, il avait privilégié la dimension imaginaire du transfert au détriment de sa dimension symbolique car au lieu de prendre en compte qu'il pouvait représenter à nouveau pour son analysante, un père auquel on refait une demande d'amour sous la forme de ce rêve, il s'est placé dans la dimension perverse du règlement de compte et donc purement imaginaire.

Au contraire avec Dora, Freud ne va voir que la dimension symbolique de la demande à un substitut paternel, au détriment de la relation imaginaire avec la dame, qui est dans le prolongement de la relation symbolique. En effet Dora, au travers de son intérêt imaginaire pour madame K qui est dans la question "qu'est ce qu'une femme", est dans le registre de la demande d'amour au père.

Or cela, Freud ne va absolument pas le percevoir et il ne se rendra compte qu'après coup, qu'il a négligé dans l'analyse de sa patiente, l'attachement de celle ci pour madame K. Freud ne voit que la demande d'amour d'une fille à un père ou à un substitut du père et émet l'idée qu'en fait Dora est amoureuse de monsieur K et ne veut pas le reconnaître, qu'elle a transféré sur monsieur K l'amour qu'elle avait pour son père, cela allant dans le sens de la problématique Oedipienne.

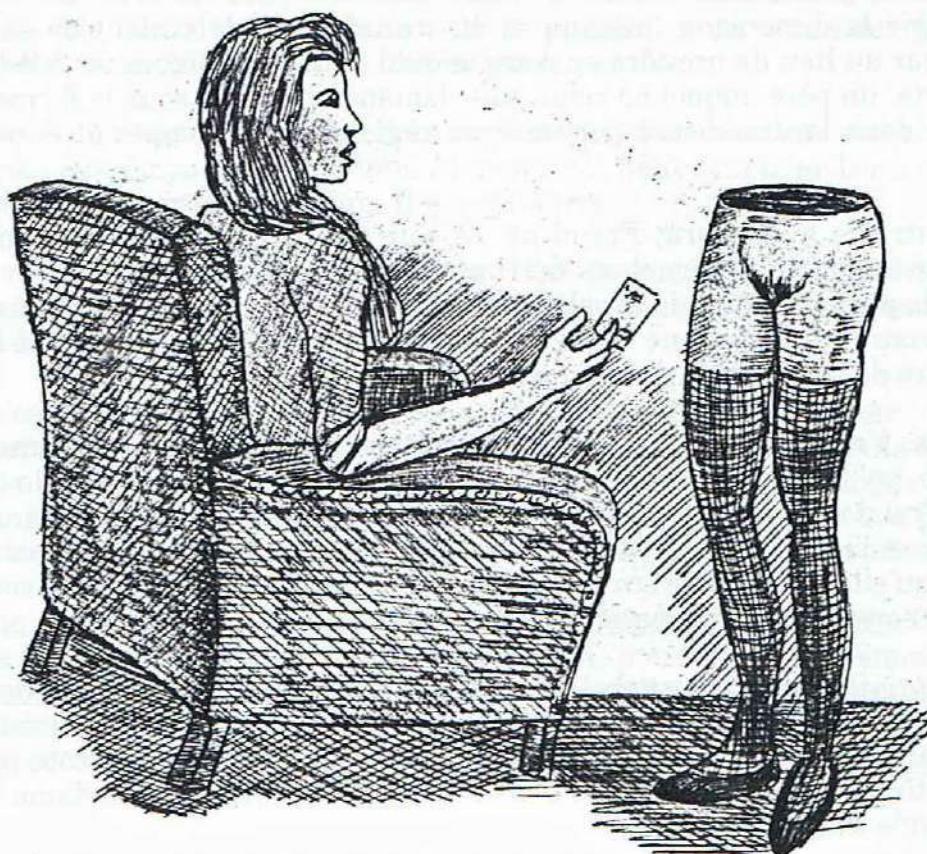
Freud privilie le côté symbolique et ne voit pas cet imaginaire du désir de Dora auprès de madame K. Il ne voit pas qu'elle s'intéresse à madame K en tant qu'elle est une femme au sujet de laquelle elle se pose la question : "Quel est ce côté précieux qui fait qu'elle attire le désir de mon père ?". A travers cet intérêt pour madame K, Dora est dans la demande d'amour au père.

**Dora aime son père impuissant
mais reste bloquée dans la question
de son identité sexuelle**

Comment Dora aime t'elle son père . Lacan note que Dora l'aime le plus lorsque ce père est malade, blessé. Ce qui déclenche son amour pour son père, c'est l'impuissance de celui-ci.

C'est d'ailleurs cette impuissance du père, qui fait que Dora reste bloquée dans la question de son identité sexuelle. Cette impuissance fait que la jeune fille aborde la castration symbolique, la question de son identité sexuelle, à travers son intérêt pour madame K : elle l'aborde mais n'arrive pas à franchir le cap. Elle en reste à la problématique d'être le phallus.

Interpellée du côté de la puissance paternelle, elle ne peut que poser la question (au travers de madame K) : "qu'est ce qu'avoir le phallus en tant que la femme peut y participer dans un échange avec l'homme qui est le porteur du pénis ?". Elle en reste à ce qui compte pour elle : être le phallus aux yeux de son père, projet qui est dans la continuité d'être le phallus aux yeux de sa mère.



Il faut choisir. On n'a qu'une carte d'identité, c'est toi ou moi !?

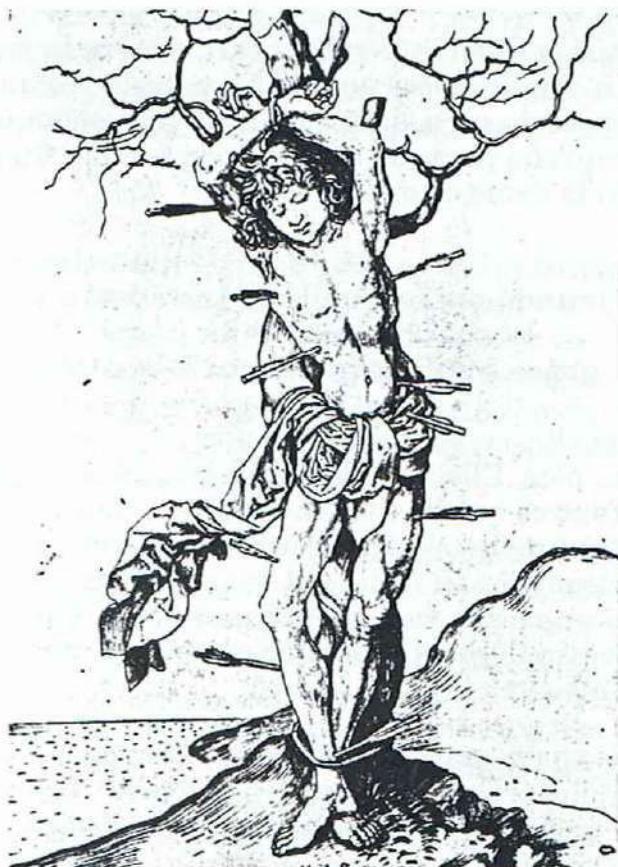
Le névrosé offre en sacrifice son insatisfaction à l'Autre, espérant de l'amour en retour

Dora va réagir comme une névrosée face à l'épreuve de manque à être ce phallus, qui l'angoisse. Alors que le pervers le dénie radicalement, elle va adopter, cultiver, en jouir, aimer son propre manque à être. Alors que le pervers s'en débarrasse, le névrosé en jouit sous la forme de ce trait masochiste qui caractérise sa structure névrotique.

Le névrosé élabore un culte de l'insatisfaction. Cela apparaît sous la forme d'une plainte dans l'insatisfaction du désir, mais il faut entendre à quel point cela rassure le Sujet, est une défense contre ce moment de la privation où ce Sujet a ressenti une très grande angoisse. D'être toujours insatisfait dans la vie, cela soigne son angoisse.

Le névrosé nous dit : "Ce n'est pas bien d'être insatisfait". Il nous faut entendre analytiquement : "J'ai besoin de cette insatisfaction pour calmer mon angoisse". Ce paradoxe est important à saisir.

Ce manque à être, que le Sujet névrosé investit, érotise, dont il jouit et se fait une parure, est ce qu'il offre à l'Autre en sacrifice. Cela revient à une interprétation du désir de l'Autre qui est celle ci : "L'Autre veut que je ressente mon manque à être, en allant ailleurs, en s'intéressant à autre chose dont il fait en sorte que je ne sache pas ce que c'est. Puisqu'il en est ainsi, je vais lui offrir mon manque à être, ma perte, ma souffrance, mon échec. Comme tel est son désir, peut-être que j'arriverai ainsi à lui plaire ?". Voyez le raisonnement tordu et renversé.



Dora aime son père comme impuissant, cherissant ainsi son propre manque à être

De ce manque à être que le Sujet névrosé éprouve comme une douleur qui calme l'angoisse, l'hystérique fille en trouve le miroir dans l'impuissance du père. Les filles hystériques aiment le père comme impuissant, cherissant ainsi en miroir, leur propre manque à être. Ce sont les maladies, les échecs et l'impuissance du père, qui déclenchent l'amour de Dora, qui la renvoient à son manque à être, y compris à être une femme comme madame K.

Le père de Dora est quelqu'un qui parle à sa fille et qui aime sa fille en lui laissant une place dans son amour à la différence de ce qu'il en est pour la jeune homosexuelle. Il parle à Dora, se plaint. De plus Dora est la confidente de madame K. Toutes les conditions sont réunies pour une perception de l'impuissance du père. Et le symptôme de Dora, la toux, vient à la place de cette relation bucco-génitale entre le père et madame K.

Dora ne peut changer de registre. Elle ne peut passer de cette privation-frustration à la castration symbolique, parce que son père est impuissant.

4 - Le pervers et le névrosé

La demande ou non, d'amour au père

Avez-vous bien saisi la différence entre la position de la jeune homosexuelle et la position de Dora ? Dora n'a pas renoncé au phallus paternel comme objet de don, elle est dans cet avoir quelque chose du père, dans sa demande d'amour à l'Autre. Tandis que la jeune homosexuelle, lorsqu'elle passe de s'occuper de l'enfant du père, à l'amour pour la dame, elle n'est plus dans la dame d'amour au père.

La jeune homosexuelle s'identifie au père et s'attribue un faux pénis grâce à son dévouement à la dame

La jeune homosexuelle, en effet est alors dans une relation de défi au père, dans laquelle elle s'identifie au père. Elle s'attribue un faux pénis en apportant son amour à la dame pour la sauver. Tout ce qu'elle demande à cette dame, c'est qu'elle la laisse se dévouer. La jeune homosexuelle s'attribue une puissance phallique imaginaire par identification à un père dont elle sait qu'il n'est pas impuissant du tout. D'ailleurs ce trait pervers de dévouement apparaît chez beaucoup de gens dont on dit qu'ils sont très généreux, alors qu'ils sont redoutables de méchanceté : le don règle leur vie et tout le monde devrait faire comme eux.

La jeune homosexuelle fonctionne ainsi jusqu'à la chute du pont de chemin de fer : "Puisque mon père me refuse l'enfant, puisque la dame ne veut plus de mon amour, ma valeur phallique chute et je chute, je mets bas en m'accouchant moi-même dans la disparition" (ratée heureusement).

Le pervers est tellement pris par cette angoisse de ne plus être rien dans le regard de l'Autre, qu'il ne supporte absolument pas le manque. Le Sujet pervers est plus fragile que le névrosé.

**Le névrosé affronte le manque et s'en plaint,
repère quel objet être pour faire désirer l'Autre**

Le névrosé, lui, supporte le manque, tellement qu'il se met à le tenir. De plus cela peut être repris puisqu'il s'en plaint et donc l'affronte.

Chez le névrosé, le fantasme se constitue lorsque le Sujet est confronté à l'énigme du désir de l'Autre. Pour supporter ce manque, il se fait objet pour l'Autre en repérant chez l'Autre un trait qui va faire joint, qui va faire désirer l'Autre, auquel il s'identifie. Mais cela reste voilé : il ne pourra jamais voir ce qu'il est pour l'Autre. Dans une analyse, il pourra le déchiffrer, repérer son aliénation au désir de l'Autre, mais alors il n'est plus cet objet. Et cela n'enlèvera rien à sa demande d'amour à l'Autre, qui continue avec une autre solution.

**Le pervers met un objet à la place du manque,
dont la présence répétitive est impérative**

Le pervers, lui, met à la place du manque, du que suis je, un phallus qu'il se procure. Dans le fétichisme, c'est un objet qu'impérativement il doit avoir sous la main pour calmer son angoisse et causer sa jouissance masturbatoire (bref moment éjaculatoire où il est en apothéose dans le regard de l'Autre, un peu comme dans le stade du miroir). Cette jouissance et réassurance contre son angoisse profonde de chuter dans le désir de l'Autre, doit se répéter compulsivement avec la présence de l'objet fétiche. Cela pose problème lorsque le rituel implique des partenaires non consentants.

**Le pervers excelle pour exploiter l'apport culturel des autres,
et pour fasciner le névrosé**

Lacan note que si c'est le névrosé qui, en s'interrogeant sur le manque, fait progresser la culture, le pervers excelle dans l'exploitation du patrimoine culturel en place. De même le pervers est très fort au niveau de la poudre aux yeux et on le voit tirant les ficelles dans l'ombre des stars et des célébrités.

L'hystérique provoque de l'angoisse chez l'autre (autre avec un petit a) et c'est à tort que l'on parle de comportement pervers, car il en est bien empêtré. Par contre le pervers est capable, dans une dimension de maîtrise, de susciter et de calmer l'angoisse de l'autre. C'est ainsi que le névrosé peut être fasciné par le pervers qui se pose comme celui qui rassure, qui calme l'angoisse. Mais ce sera dans l'optique de la faire ressurgir un peu plus tard. Lorsque le névrosé réalise que le pervers en est le maître, il joue moins le jeu de la stratégie perverse et à ce moment là le pervers s'angoisse.....

A suivre dans le numéro 4 de Psy Cause.....

COURRIER DES LECTEURS

Vaison, le 5 février 1996

10 ans déjà !

L'année 1995 a été celle du dixième anniversaire du VIIème Secteur de Psychiatrie adulte du Vaucluse. Année d'un certain chamboulement. Départ du "père fondateur" du VIIème Secteur, le Docteur COURT vers l'hôpital psychiatrique (La Chartreuse) de Dijon : un retour vers ses anciens amours. L'année, avec un court intérim (Docteur VACHEYRAN) d'un nouveau Chef de Service, le Docteur PAQUET nommé jusqu'en décembre 1999.

Quelques mutations aussi de praticiens hospitaliers, surveillants, infirmiers etc...

Bref, quelque chose est en train de se transformer dans le fonctionnement des U.F., comme dans le projet de Service.

Il est apparu nécessaire à l'équipe du C.M.P. de Vaison (Paulette BAUSSAN, Dr A.S. COHEN, A. LEBLANC, M.F. VOEUX) de mettre en place "une mémoire" chargée de recueillir les témoignages des soignants ayant vécu l'expérience de la création et du développement du VIIème Secteur.

Le temps de la mémoire et du souvenir... L'écriture de ce qui a été, et de ce qui est advenu. Histoires de la mise en place des U.F.... Histoires de prise en charge de patients. Histoire de rencontres à des moments marquants dont la catastrophe de Vaison en 1992 a constitué un moment de bascule... Associer les soignants du VIIème Secteur mais aussi quelques partenaires privilégiés de cette expérience. Pour la mise en place de ce recueil de souvenirs, nous avons pensé souhaitable d'inviter le Docteur COURT à une réunion de travail le 27 avril 1996. Cette réunion sera suivie d'un repas.

Nous souhaitons que les personnes désireuses de s'associer à cette initiative confirment leur participation auprès des infirmières du C.M.P. de Vaison. Pouvez vous en faire part aux lecteurs de Psy Cause, ceux d'entre eux ayant effectué une trajectoire avec le secteur 7, seront les bienvenus. Nous proposerons cette mémoire à un prochain numéro de Psy-Cause.

Docteur André Salomon COHEN
Psychiatre des Hôpitaux, Secteur 7
CH de Montfavet

Réponse de la rédaction : Nous sommes honorés de votre courrier qui est pour nous un encouragement à persévéérer. Il va en effet dans le sens de l'objectif que nous nous sommes fixés : une revue interactive de proximité. Nous sommes à la disposition de toutes les équipes du Vaucluse, du Nord des Bouches du Rhône, de l'Est du Gard, etc..., qui souhaitent faire appel à notre support.

ACTUALITE SCIENTIFIQUE LOCALE

Février 1995

Jean-Paul BOSSUAT
Médecin Chef de Service
Secteur 27 - CH Montfavet

Espace médical, Montfavet le 30 novembre 1995 : la guérison en écho

Jean-Charles CROMBEZ est un psychiatre Canadien, membre de la société Canadienne de psychanalyse. Il est chef du "service de consultation-liaison" à l'hôpital Notre Dame à Montréal et professeur agrégé à l'université de Montréal.

Ce "service de consultation-liaison" fait partie d'un département de psychiatrie implanté dans un Hôpital Général. Jean-Charles CROMBEZ nous le décrit ainsi : *"Ce service s'occupe de tout sauf de la psychiatrie. Il est composé de 8 psychiatres dont le lieu d'exercice est constitué des chambres et des couloirs de l'hôpital. L'éventail des demandes est très large, depuis le délirium aux donneurs vivants de transplantations rénales. Nous devons être capables d'être souples dans nos rôles : être capables d'aller dans la salle de soins intensifs avec des bottes, le patient étant sous moniteur avec ses tuyaux, par exemple. C'est un travail très décapant quant à nos attitudes vis à vis du malade et du personnel de médecine somatique, qui nécessitent des repères intérieurs. Mes interventions dans une unité de soins palliatifs, m'ont amené à élaborer la technique de guérison en écho".* Ce cadre de travail n'a pas été "sans écho" pour ceux d'entre nous, amenés à intervenir en psychiatrie de liaison dans divers hôpitaux généraux du Vaucluse.

Jean-Charles CROMBEZ expose alors le contexte et les modalités de sa thérapie en écho. Elle s'adresse à des patients souffrant d'un "malêtre" entraînant une sorte de paralysie psychique du fait de la gravité de leur maladie somatique (dont les critères traumatisants associés ou non, sont de 3 ordres : maladie mortelle, maladie chronique, maladie entraînant une marginalisation sociale.... L'affection regroupant ces trois inconvénients étant la pire). La vie psychique de ces malades devient d'une extrême pauvreté, sidérée par rapport aux événements pathologiques. il s'agit d'une sorte de suspension psychique qui a une fonction : survivre. Mais lorsque cela dure des semaines voire des années, cet état destiné à protéger le patient d'une situation de mort aiguë, le plonge dans une mort chronique.

De plus ce malêtre a des retentissements endocriniens, immunitaires etc... La maladie grave peut accentuer le malêtre, et le malêtre accentue la maladie. Ce malêtre est donc à la fois psychologique et physiologique.

Jean-Charles CROMBEZ a constaté que les patients dans cet état ne souhaitent pas effectuer une démarche personnelle de remise en question, mais demandent une aide pour ouvrir leur psychisme enfermé dans une impasse. La technique consistera à créer un espace entre le Sujet devenu témoin et la maladie. La "guérison en écho" passe par un apprentissage de l'espace intérieur psychique, faisant de celui ci un espace peuplé d'objets concrets avec lesquels le patient pourra jouer comme dans un jardin d'enfants. Cette concrétisation n'a aucune valeur ni disqualificatoire, ni de vérité, elle est simplement une voie d'accès au travail intérieur.

L'idée de l'écho, c'est par exemple de partir d'une proposition : faire disparaître l'objet cancer. L'important n'est pas ce qui va se passer au niveau de l'évolution du cancer, mais de jouer avec la complexité de la multitude d'objets qui viendront en écho à l'évocation, dans le champ global de la personne. "En écho, le résultat doit être tout de suite et subjectivement. La question de l'efficacité sur l'évolution de la maladie, n'a plus d'importance". Mais... comme le malêtre n'est pas que psychologique, un effet organique pourra advenir de surcroît.

Espace médical, Montfavet le 21 décembre 1995 : initiation à la dégustation du Chateauneuf du Pape

René PANDELON, qui anime par ailleurs au titre de la formation permanente, des séminaires d'oenologie, nous rappelle par sa démarche une dimension tout à fait essentielle à l'équilibre psychique : le savoir bien vivre. Jean-Paul VERSINO, propriétaire récoltant de Chateauneuf du Pape, après un exposé théorique nous guide dans des travaux pratiques de dégustation.

A l'occasion de cette rencontre, Régine TETREL, animatrice de l'atelier d'écriture "papier de soi", propose à la vente un recueil de textes écrits par les patients et intitulé "*les cris de voyelles*". Cet atelier d'écriture qui reçoit des malades de divers secteurs, fait partie d'un ensemble d'ateliers fonctionnant dans le secteur 6 (Service du Docteur PANDELON), pour lesquels il existe un projet de création d'une entité intersectorielle : "*l'Espace Intersectoriel de Création Artistique*".

Salle des commissions, Montfavet le 17 janvier 1996 : Le plan rouge

Deux médecins pompiers du CODIS (Centre Opérationnel Départemental d'Incendie et de Secours), à l'invitation d'Yves TYRODE, référent psychiatrique du CODIS et président de la CME de Montfavet, sont venus nous présenter le plan rouge pour lequel il sera fait, en cas de besoin, appel à des psychiatres du Centre Hospitalier de Montfavet.

Le point de départ de cette collaboration, est l'accident de car sur l'autoroute près de Roquemaure qui fit de nombreuses victimes le 10 juillet 1995. Yves TYRODE s'était porté volontaire pour assurer le débriefing psy des sapeurs pompiers d'Orange. Le plan rouge est un dispositif mis en place à l'échelon départemental ou interdépartemental en cas de sinistre avec de nombreuses victimes, coordonné par les pompiers. Il s'articule sur trois zones : la zone sinistrée qui est sectorisée pour constituer des équipes à taille humaine ; la zone ceinturée par un cordon filtrant les entrées et les sorties, dans laquelle sont entreposés les moyens d'interventions dont le poste médical avancé chargé "*du tri et du conditionnement des victimes*", c'est à dire d'assurer les soins en fonction de l'urgence absolue ou relative. Cette zone 2 comprend un centre d'accueil pour les victimes indemnes, lieu qui concerne tout particulièrement les psychiatres. De même, il pourrait être envisagé un accueil des familles confrontées aux difficultés du travail de deuil. La zone 3 est celle des établissements hospitaliers de proximité.

S'il est fait appel à nous, nous devons nous présenter en zone 2 à l'accueil chargé de répartir les missions, et non directement au poste médical avancé.

A titre d'illustration du plan rouge, les deux médecins pompiers nous font un récit de leur intervention lors de l'accident de Roquemaure.

Au milieu de la nuit, le car parcourt 120 mètres contre la barrière de sécurité, répandant des corps déchiquetés sur celle ci. Le plan rouge est déclenché mobilisant des pompiers du Gard et du Vaucluse. Les premiers secours arrivant à 1h30 du matin. L'autoroute est fermée à Sète et à Roquemaure, les forces de polices évacuant les voies. Les ambulances positionnées à l'arrière du car servent de premier poste médical avancé pour recevoir les urgences absolues, les urgences relatives étant installées devant ce véhicule accidenté. La nuit du dimanche au lundi, les médecins sont chez eux, et les infirmiers hospitaliers mobilisables selon un plan préparé à l'avance.

Il est possible de disposer sur le terrain, de deux médecins et infirmiers par victime (ce qui est pléthorique). "*Nous avons pu conditionner les victimes que nous avons pu sauver, avant l'arrivée du poste médical avancé*", fait observer l'un des médecins pompiers. A 5 heures du matin, un belge est passé avec sa caravane en plein milieu du dispositif, un hélicoptère a failli le toucher avec ses pales.... A 5h30, le plan rouge est bouclé.

Yves TYRODE lance un appel pour former des psychiatres de Montfavet à l'intervention dans le cadre du plan rouge.

Montfavet le 18 janvier 1996 : table ronde sur la toxicomanie

Cette table ronde rassemble divers intervenants concernés par la toxicomanie dans le Vaucluse : Centre Hospitalier de Montfavet, AVAPT, APIST, Cap Espoir, AIDS, Hôpital de la Durance, Hôpital d'Apt, Maison d'Arrêt, DDASS.

Béatrice SEGALAS, vice présidente de la CME de Montfavet, rappelle que le projet départemental de prise en charge des toxicomanes établi dans le cadre du groupe de travail qu'elle a animé depuis 2 ans, a obtenu un financement pour deux propositions : le centre méthadone (AVAPT en partenariat avec le CH Montfavet, et le réseau ville-hôpital APIST).

En ce début d'année 1996, le CHM met à disposition 10 lits de sevrage ; détache 2 infirmiers à l'AVAPT pour le centre de distribution de la méthadone, le service de biologie et la pharmacie apportant une contribution importante ; détache un praticien hospitalier contractuel mi-temps, Didier BRY, chargé de la coordination du réseau ville-hôpital dans le cadre de l'APIST. De plus, le service du Docteur TYRODE en ayant la responsabilité de l'UCSA (Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires) à la prison d'Avignon pour la partie psychiatrique (le service du Docteur LEPEU étant chargé de la partie somatique), participe aux soins des détenus toxicomanes. Reste à développer la postcure qui n'a pas obtenu de financement pour l'instant.

Le Directeur de l'AVAPT fait un historique de son association : sa création en 1986 par Didier Genin psychiatre chef de service du CHM, avec pour objet l'accueil des toxicomanes et de leurs familles dans le cadre de la prévention (Association Vauclusienne de Prévention de la Toxicomanie) ; création en 1987 d'un réseau de familles d'accueil ; une psychologue est chargée en 1989 de la coordination de la prise en charge SIDA et toxicomanie ; ouverture en 1990 d'appartements thérapeutiques relais ; agrément en 1994 pour l'unité méthadone en partenariat avec le CHM, qui ouvre 30 places en Février 1995, 50 places en juillet 1996 ; ouverture en 1995 d'un autre appartement pour la réinsertion, en partenariat avec l'association de réinsertion pénale sous contrôle judiciaire ; en 1995 également, réouverture de la consultation d'Orange et implantation d'une consultation SIDA-toxicomanie à Apt.

Malgré le désengagement de l'état en 1991, de la prévention, l'AVAPT poursuit cette mission première en particulier sur les quartiers : ainsi à Monclar avec une association de quartier qui place le soin en complément de la demande de réinsertion. Un projet visant à modifier les représentations des habitants d'un quartier vis à vis des toxicomanes, avec un effet sur la prise en charge, n'a pu voir le jour.

Le coordinateur de l'APIST (Association de Prévention et Information sur le SIDA et les Toxicomanes) explique que son association, fondée en 1989, a pour objet de formaliser un réseau dans le Vaucluse entre l'ensemble des partenaires oeuvrant auprès des toxicomanes. C'est à ce titre que l'association a déposé le projet de réseau ville-hôpital qui a obtenu son financement en Décembre 1995. L'APIST avait réalisé en 1993, un réseau ville-hôpital pour le SIDA. La nomination de Didier BRY comme praticien hospitalier mi-temps va permettre une dynamique de travail autour de cas : "*Nous allons utiliser les dysfonctionnements entre les différents partenaires (AVAPT, hôpital, etc...) comme étant un sujet de travail*". Un cycle de conférences débat sur la toxicomanie, sera également mis en place.

L'Association Cap Espoir est née de quelques médecins généralistes désemparés dans leur isolement face aux demandes des toxicomanes dans leurs cabinets. Ils ont mis en place des groupes de rencontre entre médecins et pharmaciens de ville qui ont répondu massivement. Cette association, selon ses responsables, est un partenaire représentant médecins et pharmaciens de ville, par rapport à l'APIST chargée de formaliser le réseau.

L'Association AIDS a pour objet de réduire les risques de contamination. Son représentant demande que soit préservé le distributeur échangeur de seringues, et apprécie l'impact positif de la substitution par rapport au SIDA. Dans le Vaucluse, AIDS a des liens étroits avec l'association Cap Espoir, pour l'accueil des toxicomanes.

C'est à l'hôpital de la Durance par le service du Docteur LEPEU, que sont traités les problèmes somatiques des toxicomanes. Ce médecin se dit soulagé au niveau de l'urgence, par l'implantation de l'antenne psychiatrique.

L'hôpital d'Apt par la voix de l'un de ses praticiens hospitaliers, expose la difficulté de faire cohabiter dans un même service, les intervenants de l'AVAPT et du CHM au niveau des sevrages. Il se félicite de la création à Apt par le CHM, du centre de crise.

Didier BOURGEOIS, psychiatre du CHM intervenant à la maison d'arrêt depuis 4 ans, précise qu'il doit faire face à une file active de 100 détenus toxicomanes par an. Le problème majeur rencontré en prison est le manque de sommeil de toxicomanes tournant auparavant à 20 ou 30 Rohypnol par jour, en état de manque dramatique avec pour seule réponse une fiole délivrée au plus tard à 17 heures : "en prison, on ne manque pas d'héroïne mais on manque de sommeil".

Didier BOURGEOIS ajoute par ailleurs : "Je suis un psychiatre de base au CHM, chargé d'une unité d'entrées qui a reçu en 1995, 140 patients toxicomanes ou ayant des conduites toxicomaniaques en plus de leur pathologie. Seul le CHM essaie de faire quelque chose pour les toxicomanes malades mentaux. De plus, le fait de ne pas faire de traitement de substitution au CHM, donne à notre établissement une position tout à fait claire pour les démarches visant à l'arrêt de la consommation de la drogue."

Henri BERNARD, psychiatre chef de service au CHM, fait le constat que la présence de toxicomanes dans les CMP est un fait nouveau. Le problème du Cannabis prend de l'importance avec en particulier l'apparition de psychoses cannabiques.

Dominique PAQUET, psychiatre chef de secteur du Nord Vaucluse, remarque : "j'ai l'impression dans mon secteur, d'être oublié. A Bollène, il y a une importante concentration de toxicomanes ; à Visan, il y a un quartier de toxicomanes. Nous avons des familles désesparées vis à vis desquelles nous nous sentons bien seuls. Autour de cette table, il y a plein de monde, mais hors d'Avignon, il n'y a rien."

L'APIST répond que son action s'étend dans le département et qu'un médecin de Vaison a le courage de venir aux réunions à Avignon. Didier BRY affirme qu'on le verra dans le Nord Vaucluse.

La DDASS par le Docteur Brigitte CIOLINO, exprime sa satisfaction que son action pour favoriser le travail en réseau et en partenariat dans le champ de la lutte contre la toxicomanie, se concrétise depuis 2 ans.

Montperrin, le 26 janvier 1996 : la recherche en psychiatrie

Cette VIIème journée d'études du Centre Hospitalier de Montperrin sur le thème de la recherche en psychiatrie, s'est déroulée sous le double parrainage de deux associations scientifiques, celle des élèves et anciens élèves de l'école de Rennes qui forme les Directeurs d'Hôpitaux, et l'AFPP (Association Française des Psychiatres Publics).

Marguerite BAGAYOGO, présidente de la CME de Montperrin, prononce l'allocution d'ouverture. La recherche psychiatrique, bien que reconnue comme indispensable, hésite encore à investir largement l'espace de nos pratiques car elle rencontre le sujet souffrant, ou soignant, et les exigences de la relation thérapeutique. Michel HORASSIUS, ancien président de l'AFPP et Suzanne PARIZOT vice-présidente de l'AFPP, président la séance plénière du matin.

Edouard ZARIFIAN, professeur à Caen, chercheur au CNRS et à l'INSERM, pose les fondements de la réflexion : "Peut on être *investigateur* et *soignant* référent en même temps et pour le même patient ?". Il n'empêche que chaque clinicien, comme le fait observer Pierre BOVET, psychiatre universitaire à Lausanne, doit éclairer de sa pratique concrète, le débat qui agite les neurosciences.

Claudine PARAYE, médecin inspecteur de santé publique, témoigne de l'effort de la Direction Générale de la Santé en faveur de la recherche clinique en psychiatrie, par le financement depuis 1994 de certains projets par prélèvement sur des budgets hospitaliers.

L'après-midi est consacrée à divers ateliers, l'un d'entre eux traitant de la question du consentement éclairé du patient soumis à une expérimentation médicamenteuse.

Lors de la séance de clôture présidée par Jacques FRANCOIS directeur du Centre Hospitalier de Montperrin, Boris CYRULNIK, neuropsychiatre au centre hospitalier de Toulon et éthologue, conclut par "*le paradoxe de notre société qui donne aux médecins des pouvoirs exorbitants et laisse pourtant la recherche clinique si misérable, rendant impossible à préciser l'objet sur lequel elle nous donne tant de droits*".

Montfavet, le 26 janvier 1996 : La Maison Jaune

Ancien relais de diligences, puis domicile de psychiatres de l'hôpital, la Maison Jaune est utilisée depuis 1987 par le service du Docteur TYRODE, pour accueillir de jeunes adultes psychotiques déficitaires du secteur 3 dans un premier temps en hospitalisation plein temps, et depuis 1993 en hospitalisation de jour. (Téléphone : 90 03 91 37)

Cet hôpital de Jour accueille actuellement 11 patients, 5 hébergés au pavillon d'hospitalisation plein temps "Les Marronniers 2", les autres étant dans leur famille. La Maison Jaune a pour projet, dans la mesure des places disponibles, d'accueillir des patients d'autres secteurs "*sous la forme de contrats de soins établis avec l'équipe du secteur demandeur.*"

Marie Noëlle PETIT, praticien hospitalier du secteur 3, chargée de représenter le chef de service à cette journée portes ouvertes, en compagnie de Mohand SOULALI psychiatre référent de l'unité de soins, insiste sur l'intérêt de l'alternance des lieux entre La Maison Jaune d'une part, et d'autre part Les Marronniers 2 ou la famille : "*Cela nous permet de poser un regard différent sur nos patients*". Nous retrouvons là, le concept de bipolarité dans la prise en charge des psychotiques, développé précédemment dans notre revue par Marianne PARIS (Psy Cause n°2 pages 3 à 20) à propos du Groupe de l'Essor.

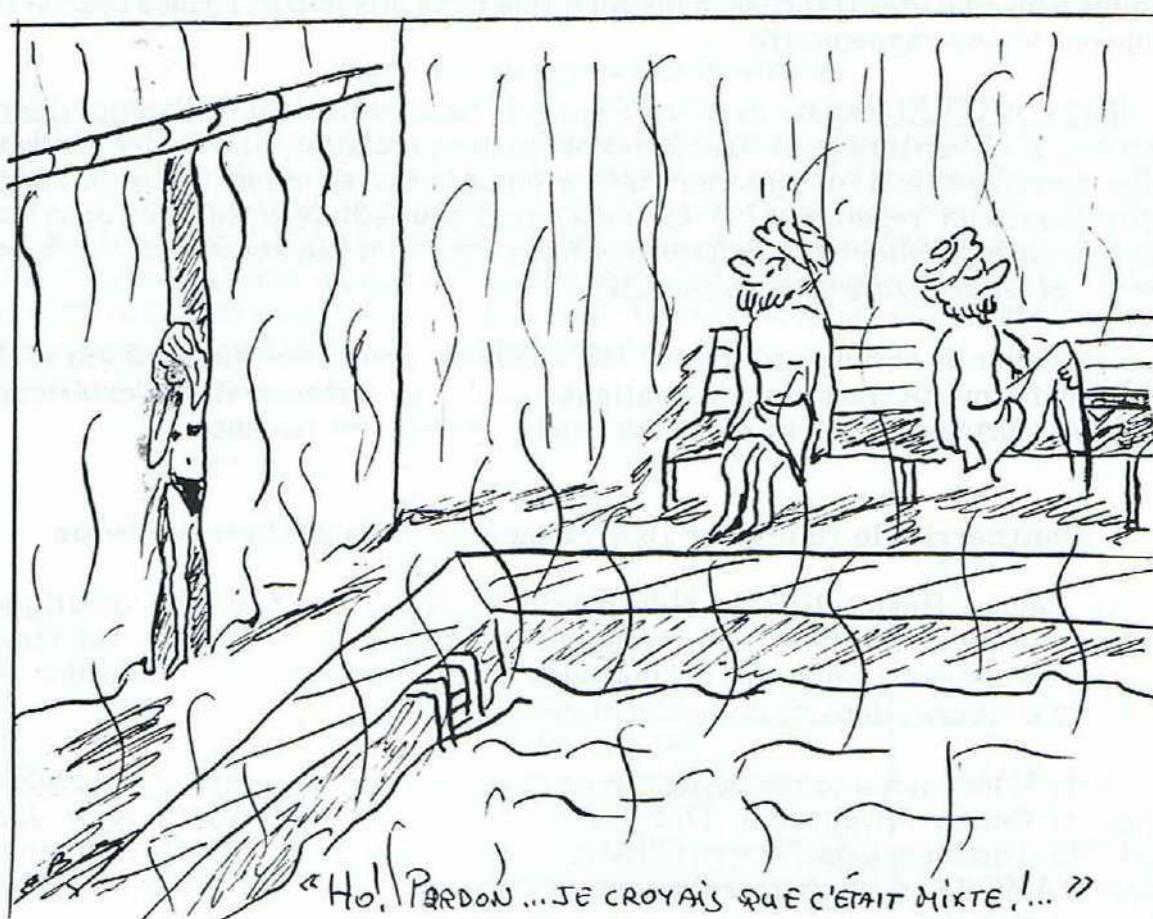
Un film vidéo précise les techniques de soins : activités (ludiques, artistiques, créatives, éducatives, occupationnelles), approches corporelles (massage et relaxation, judo, hippothérapie, escalade, psychomotricité), musicothérapie, réunions avec les familles... Ces prises en charge ont pour objectif "*de maintenir et d'améliorer les acquis de toutes natures, de faciliter l'approche corporelle de la souffrance, de renforcer les liens familiaux et la réinsertion dans d'autres lieux de vie.*"

Montfavet, le 8 février 1996 : l'institution, réalités et perspectives

Placée sous la présidence de D. GLEIZER médecin chef du SMPR de Marseille, cette 8ème journée Avignonnaise de la société de psychiatrie de Marseille et du Sud Est Méditerranéen a été l'occasion de communications par des soignants exerçant dans notre zone de proximité.

Didier BOURGEOIS a présenté le travail d'une équipe intervenant au Hammam, lieu privé loué une demi journée par semaine pour les patients du CHM. Une séance hommes, puis une séance femmes, se succèdent dans la matinée. Lieu de purification et de rencontre, le hammam s'adresse tout particulièrement aux conduites addictives et psychopathiques. Il s'agit d'éviter le court circuit psychopathique : "patio, ergo sum" ("je souffre, donc je suis"). Un travail sur le dedans et le dehors du corps, est suivi de la prise en commun du thé à la menthe. L'équipe pluridisciplinaire intervenante comprend deux kinésithérapeutes, un psychomotricien, un infirmier, une esthéticienne.

Mohand SOULALI résume la fonction habituelle, en Afrique du Nord, du hammam : "pour moi qui suis de culture musulmane, le hammam est un lieu où l'on prend des bains de vapeur. Pour toute personne qui va au hammam, il y a une visée thérapeutique, de la jeune fille qui se marie et a un souci esthétique, à la vieille dame percluse de rhumatismes pour remobiliser son corps. La dimension du soin du corps est au premier plan. Mais il y a aussi l'effet de thérapie de groupe : c'est un temps de parole où l'on peut échanger. Le hammam n'est pas mixte et par exemple les jeunes filles vont y voir leurs aînées et apprennent beaucoup. On peut donc dire qu'il y a un effet thérapeutique à visée psychologique."



Philippe PION, médecin acupuncteur intervenant à la maternité de l'hôpital d'Avignon et au centre d'alcoologie Guillaume BROUTET (Hôpital de Jour pour alcooliques dépendant du CHM), nous fait part de sa pratique de l'acupuncture auprès des alcooliques. Son action qui vise à lutter contre les désordres énergétiques induits par la conduite addictive, repose sur les théories d'une médecine chinoise dont les plus anciens écrits remontent à 2000 AJC. Selon ces auteurs anciens, "*l'abus de boisson épouse et dilapide l'essence originelle, entraînant un vieillissement prématûre*".

Les points d'acupuncture visent 6 niveaux :

- 1 - Améliorer les fonctions digestives (en termes d'humidité et de chaleur)
- 2 - Réduire l'insuffisance énergétique au niveau des reins, celle ci se traduisant aussi bien par des lombalgies que par une polyurie et par une baisse de la libido (on constate chez l'alcoolique, une baisse de l'hormone antidiurétique et de la testostérone).
- 3 - Au niveau des poumons où il y a des glaires.
- 4 - Les liquides organiques et le sang, car on connaît le problème de déperdition de liquide.
- 5 - Diminuer les douleurs musculaires.
- 6 - Le mental : en acupuncture il y a un lien entre les points d'un organe et un problème mental : l'aspect mental du problème de rein est la peur, celui du blocage du poumon est l'agressivité, celui de l'insuffisance de la rate est la rumination obsessionnelle, celui du problème de foie est la colère.

Yves TYRODE nous rappelle l'importance du secret médical et du maniement "sobre" des certificats dans le cadre de la loi de 1990. Ces derniers ne doivent en principe pas mentionner de diagnostic. Le respect de la réglementation sur les courriers a conduit les Unités pour Malades Difficiles, à installer une boîte aux lettres fermée dont la clé est détenue par le seul vaguemestre.

Régine TETREL expose avec son équipe, le fonctionnement de l'atelier d'écriture "papier de soi". L'écriture y est libérée des obligations scolaires, libérée des contraintes. L'atelier formalise ainsi un contenant miroir où parler se soi ne met plus en danger, il devient espace d'un "*regard qui lie*". Ce qui s'y écrit peut échapper du signe pour devenir poésie, "*chez le psychotique peut advenir un déclic lorsqu'un lien se crée entre le signe écrit et le sens, qui est de l'ordre de la réconciliation*".

Cet atelier au service du Docteur PANDELON, fonctionne depuis 3 ans et demi tous les jeudis matin, recevant des patients de divers secteurs et de l'extérieur, qui l'investissent fortement. "*Ici, on écoute au papier*", y a dit une patiente.

Montperrin, le 16 février 1996 : l'accueil familial thérapeutique

Au Centre Hospitalier de Montperrin, l'accueil familial thérapeutique est coordonné par la Fédération Sociothérapie-Réinsertion. La fédération est l'une des organisations prévues par la loi hospitalière qui préconise l'articulation des UF en services (ou secteurs), départements et fédérations.

Cette fédération a organisé une journée réunissant les familles d'accueil et les équipes du Centre Hospitalier. Ont été remarquées les interventions de Jacques FRANCOIS (Directeur), de Thierry CHAGOT (Directeur des ressources humaines), de Monique D'AMORE (médecin coordinateur de la fédération) et de Frédéric MOURGUES (médecin assistant).

Cette journée a favorisé le lien entre les partenaires de nouvelles modalités de l'accueil familial thérapeutique, formule ancienne dans l'histoire de la psychiatrie, toujours d'actualité et solution humaine pleine d'avenir comme alternative à l'hospitalisation.

Cette formule suscite une mobilisation dans de nombreux établissements. C'est ainsi qu'au Centre Hospitalier de Montfavet, se tiendront les 23 et 24 mai 1996 les deuxièmes rencontres des équipes d'accueil familial thérapeutique, organisées par l'unité AFT pilotée par le secteur 6.

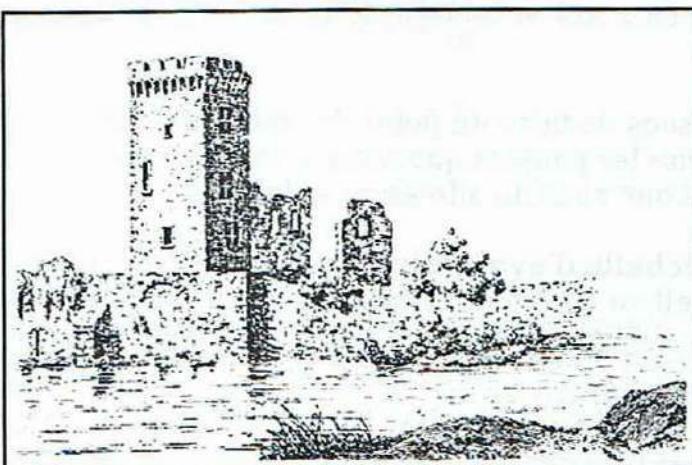
Maison IV de chiffre, Avignon : la question du père Réel

Il y a dans la castration, un acte supposé du père. Cet acte ouvre la question du père Réel, que, dans le cadre d'un séminaire de lecture depuis novembre 1995, l'Association de la Cause Freudienne ouvre à la réflexion. L'étude porte sur les textes de références suivants : Les complexes familiaux ; Totem et Tabou ; Le Séminaire livre V : "Les formations de l'inconscient", chapitres sur la métaphore paternelle ; Moïse et le Monothéisme ; Le Séminaire livre XVII "L'envers de la psychanalyse".

Les deux prochaines rencontres se dérouleront à la Maison IV de chiffre, les jeudis 11 avril et 23 mai à 21 heures.

Note à l'attention des lecteurs

Vous pouvez contribuer à enrichir le contenu de cette rubrique d'actualité scientifique locale. Vous assistez à une manifestation scientifique près de votre lieu de travail et située dans la zone de proximité de la revue (Vaucluse, Nord des Bouches du Rhône, Est du Gard, Sud de la Drôme, Ouest des Alpes de Haute Provence) et vous désirez que Psy-Cause en donne un écho. Il vous suffit d'adresser vos notes au secrétariat du secteur 27, au Centre Hospitalier de Montfavet. Vos informations seront intégrées dans la rubrique et ainsi accessibles à tous nos lecteurs.



L'ancien château des papes à Sorgues.

LE MONDE RELATIONNEL DU BEBE

IIème COLLOQUE INTERNATIONAL DE PERINATALITE.

Palais des Papes, Avignon, 22 et 23 juin 1996

Avec T. Berry BRAZELTON et Daniel STERN

Michèle ANICET
Médecin chef de service
Secteur 2 - CH Montfavet

Michel DUGNAT
Praticien Hospitalier
Intersecteur 4 - CH Edouard Toulouse

L'attention croissante à la relation précoce entre le bébé et ses parents par les équipes de protection maternelle et infantile de maternité, de pédiatrie, de néonatalogie et de pédopsychiatrie, définit un champ nouveau : la périnatalité. Ce souci commun rassemble des acteurs aux formations initiales différentes (médicales ou paramédicales ou sociales et juridiques) travaillant dans les cadres variés (exercice libéral ou public, pratique en institution ou en réseau, soins somatiques ou psychologiques) qui ont à partager leurs expériences.

Le premier colloque de périnatalité d'Avignon (8 avril 1995) portait sur les troubles relationnels précoces père-mère/bébé. Il a situé l'apport de l'**hospitalisation conjointe mère-bébé** parmi les différents modes de soin des bébés et des mères en difficulté relationnelle.

Ouvert à tous ceux qui participent au progrès de la périnatalité : infirmier(e)s, sages-femmes, puéricultrices, assistants socio-éducatifs, psychologues, médecins, ce colloque conserve les mêmes objectifs de partage de réflexion. Centré sur le bébé, il s'interroge plus particulièrement sur son "**mode relationnel**". Pourquoi ?

Parce que le bébé - ou plutôt les bébés dans leur diversité - sont une raison principale de réfléchir, de rêver, de penser ensemble pour les professionnels de la périnatalité.

Parce que depuis une vingtaine d'années les représentations concernant le bébé, les pratiques professionnelles et le regard des parents, ont évolué, il y a encore beaucoup à faire pour améliorer l'accueil et le soin de la mère et du bébé dans cette période cruciale.

Nous nous proposons de faire un point de certaines connaissances sur le bébé et surtout de modifier encore les pensées que nous avons le concernant, le regard que nous portons sur lui, la parole que nous lui adressons et la façon dont nous l'accueillons.

Faire le point : l'**échelle d'évaluation du comportement du nouveau-né** mise au point par T.B. Brazelton a permis de mieux faire découvrir à chaque parent le style de son bébé.

Vingt ans après sa mise au point, T.B. Brazelton, J.K. Nugent, M. Fabre-Grenet, N. Bruschweiler-Stern, G. Franckard, D. Candalis-Huisman, JC. Pedro-Gomes en présenteront les différentes utilisations en maternité, en néonatalogie, en pédiatrie, en pédopsychiatrie, en santé publique. Hubert Montagner les questionnera au regard des découvertes récentes sur le bébé.

Modifier notre façon de "penser" le bébé et donc d'être avec lui : pour nous faire rêver. M. Soulé évoquera le foetus, cet "ancêtre" du bébé. B. Golse présentera les questions que pose la transmission des fantasmes familiaux au bébé d'une génération à l'autre. A. Tardos nous fera découvrir - à partir de l'expérience hongroise initiée par Emmi Pikler - comment l'observation du bébé permet au soignant d'être engagé dans sa relation avec le bébé tout en respectant l'autonomie de celui-ci comme son besoin de continuité.

Enfin, dans la suite de son "journal d'un bébé", **Daniel Stern** nous fera ressentir **dans quel paysage intérieur** le bébé peut partager une expérience émotionnelle avec un autre et construire ainsi une représentation du monde très précoce.

Nous espérons ainsi que des modifications de nos représentations de soignants sur le bébé permettront de renouveler nos façons d'être avec lui. Et, peut être ces nouvelles pensées modifieront-elles le monde relationnel des bébés que nous rencontrons, que nous soignons, que nous accueillons au quotidien....



Conseil scientifique : M. ANICET, M.A. ACBRICH, M. BOTBOL, D. BRENGARD, R. CAMPANA-NAVARRO, E. CAO, Y. DUBOIS, M. DUGNAT, M. FABRE, F. GREGOIRE, G. GRELET, F. MOLENAT, J. NAUDIN, M. PAILLOT, E. REYNAUD, M.T. ROURE, J. VOISIN.

Comité d'organisation : F. CAYOL, F. DAME, C. GARRIGOS, CH. JAMES, M. LACROIX, B. LOUCHE, G. PERCHET, D. RAOUX, G. SICARD, D. VALENTINI.

Secrétariat du conseil scientifique : M. DUGNAT, M. FABRE.

Secrétariat du comité d'organisation : B. LOUCHE

Programme du congrès

1° Samedi matin, sous la présidence de Serge Lebovici

- 8h30 - Accueil des participants
- 8h45 - Introduction : Michèle ANICET
- 9h00 - Nadia BRUSCHEWEILER-STERN (Genève) : "Mère à terme et mère prématurée".
- 9h30 - T. Berry BRAZELTON (Boston) : "Opportunities for early intervention"
- 11h00 - Table ronde entre les intervenants de la matinée et Daniel STERN, animée par Antoine GUEDENE

2° Samedi après-midi, sous la présidence de Monique Pinol-Douriez

- 14h15 - Anna TARDOS (Budapest) : "Observation du bébé dans sa relation avec le soignant"
- 15h00 - Daniel STERN (Genève) : "Le paysage subjectif du bébé en relation"
- 16h30 - Bernard GOLSE : "Transmission transgénérationnelle du fantasme au bébé"
- 17h00 - Table ronde entre les intervenants et T.Berry BRAZELTON, animée par Jacques COSNIER
- 18h00 - Conclusion : Michel DUGNAT

3° Dimanche matin

- 9h00 - T. Berry BRAZELTON et JK. NUGENT (Boston) : "20 ans d'utilisation de l'échelle d'évaluation du nouveau né". Discussion par Hubert MONTAGNER
- 10h00 - Marie FRABRE-GRENET : "L'échelle de Brazelton au quotidien dans un service de néonatalogie : point de vue du pédiatre".
- 11h00 - Guy FRANKARD (La louvière) : "L'échelle de Brazelton dans une perspective thérapeutique : point de vue du pédopsychiatre"
- 11h30 - Drina CANDILIS-HUISMAN : "La prédictivité des troubles psychofonctionnels : utilisation de l'échelle de Brazelton en recherche"
- 12h00 - Joao Carlos PEDRO-GOMES (Lisbonne) : "Pour une politique de santé familiale centrée sur le nouveau né : nouvelles stratégies"
- 12h30 - Table ronde entre les intervenants avec Nadia BRUSCHEWEILER-STERN, animée par Christian PALIX.

Les interventions dans les tables rondes et les deux conférences de T.B. Brazelton feront l'objet d'une traduction simultanée.

Les exposés de T.B. Brazelton et A. TARDOS seront illustrés par une vidéoprojection sur écran géant.

SOCIETE
PLAN JUPPE : ETAT DES LIEUX

Jean-Michel GAGLIONE
Praticien Hospitalier
Secteur 7 - C.H. Montfavet

Une nouvelle rubrique est née, que j'aurai le plaisir d'animer à compter de ce numéro. Elle se veut, avant tout, ouverte et se consacre aux faits de société, aux évènements politiques ou économiques susceptibles d'intéresser le professionnel de la santé mentale.

Elle porte ce jour un nécessaire regard sur le vaste chantier élaboré par le gouvernement JUPPE concernant la réforme de la Sécurité Sociale.

* * *

Depuis sa présentation à l'Assemblée Nationale par le Premier Ministre Alain JUPPE le 15 novembre dernier, le plan de réforme de la Sécurité Sociale a subi plusieurs modifications. Il nous a paru nécessaire de rappeler sa forme initiale et de préciser son devenir à la date de rédaction de cet article en distinguant les mesures structurelles de la réforme des mesures d'effet immédiat.

I - LES REFORMES DE STRUCTURE

A - L'organisation générale

- Le renforcement du rôle du Parlement

Le Parlement fixera, sur proposition du gouvernement, les orientations générales et les taux d'évolution des dépenses sociales. Cette réforme nécessite une révision de la constitution qui sera probablement adoptée le 19 février 1996.

En pratique, gouvernement et partenaires sociaux négocieront le montant des recettes. Le Parlement fixera le niveau et la répartition des dépenses. Les caisses géreront cette répartition. Le gouvernement mettra en place les mécanismes de régulation pour contenir les dépenses dans le cadre fixé par le gouvernement (une ordonnance courant avril précisera la nature des outils de cette maîtrise).

- L'organisation des caisses sera modifiée

Au niveau national : modification de la parité des Conseils d'administration, désignation (et non plus élection) des représentants des partenaires sociaux, renforcement des pouvoirs du Directeur Général (notamment pouvoir de nomination des Directeurs des caisses locales), création de conseils de surveillance des caisses nationales comprenant des parlementaires.

Au niveau local : réorganisation du réseau et constitution d'un seul organisme par département et par branche.

Un atelier a été mis en place, sous l'autorité de Jacques BARROT afin de mener à bien ce dossier sensible pour les syndicats, notamment pour F.O.

B - La branche maladie

- Mise en place progressive d'un **régime universel** d'assurance maladie remplaçant les 19 régimes actuels. Le principe en est maintenu, une généralisation dans le cadre du régime général est envisagé.

- **La réforme de l'hôpital** s'inspire en partie du rapport du Professeur DEVULDER, Président du Haut Conseil pour la réforme hospitalière. Elle prévoit :

. la création d'agences régionales du financement de l'hospitalisation publique et privée. Ces agences seront chargées de répartir les crédits alloués par le gouvernement en fonction des priorités de santé publique.

. l'accréditation et l'évaluation des services hospitaliers en fonction de normes de qualité et de coût par une institution indépendante. Les services les moins performants ou les moins utiles devront fermer ou se reconvertis.

. la contractualisation entre l'Agence régionale et les structures hospitalières et la coopération de l'hospitalisation publique et privée au plan local.

. La réforme des conseils d'administration des Hôpitaux dont le Président sera désormais élu, le Maire n'étant plus Président de droit.

La réforme hospitalière doit être menée par voie d'ordonnance avant le 30 mars. Pour le gouvernement, les risques politiques d'une réforme de l'Hôpital, qui emploie 800 000 agents sont importants. D'autant que les syndicats manifestent leur opposition à ce projet. En particulier, la coordination médicale hospitalière, la confédération des Hôpitaux Généraux, le syndicat national des cadres hospitaliers (55 % des Directeurs et cadres hospitaliers) souhaitent participer à l'élaboration de l'ordonnance et récusent :

. la contractualisation entre services ou groupes de services, ce qui reviendrait à "une balkanisation de l'Hôpital".

. la régionalisation du financement, lui préférant la notion de "bassins d'emplois sanitaires" d'environ 200 000 personnes, comprenant des réseaux d'établissements.

. les groupements d'intérêt sanitaire entre public et privé.

Jacques BARROT et Hervé GAYMARD se montrent prêts à consulter les organisations du monde hospitalier.

- La maîtrise médicalisée des dépenses

Le dispositif JUPPE prévoit la création d'unions régionales de caisses d'Assurance Maladie dont le rôle sera de gérer les objectifs quantifiés régionaux et de coordonner et renforcer le contrôle médical. Les revalorisations tarifaires des Médecins seront ajustées en fonction du respect de ces objectifs.

Le développement d'une série de mesures permettra de passer d'une régulation collective à une appréciation individuelle :

- les références médicales opposables seront étendues et pérennisées,
- le codage des actes sera accéléré,
- l'informatisation des cabinets médicaux sera encouragée grâce à l'intervention d'un fond spécial alimenté par les professionnels,
- la formation initiale des Médecins sera réformée et leur formation continue rendue obligatoire,
- la réorientation de Médecins de ville vers la Médecine Préventive (scolaire ou du travail) sera favorisée.

D'autres mesures impliquent plus directement les usagers de soins :

- généralisation rapide du carnet de suivi médical, réservé actuellement au plus de 70 ans.
- l'incitation à consulter un généraliste (par le biais d'une modulation du ticket modérateur) avant de consulter un spécialiste (sauf pour les gynécologues, les pédiatres, les ophtalmologues)
- développement des médicaments génériques, délivrance par les pharmaciens de la quantité de médicaments seulement nécessaire
- mise en place d'une photo d'identité sur les cartes d'assurés sociaux et paiement par avance (sauf urgence) des frais d'hospitalisation programmée par les étrangers non-résidents.

Un décret de décembre 95 institue la contribution des médecins au redressement de la Sécurité Sociale. Il s'agit de diminuer la participation des caisses de sécurité sociale au financement des cotisations familiales des médecins de secteur 1 (manque à gagner moyen annuel par Médecin : 6040 francs). Pour les Médecins de Secteur 2, une augmentation de cotisations et un changement de caisse est prévu. Le coût total de ces sanctions est estimé à 1,4 milliards de francs.

Le gouvernement a reculé devant l'hostilité de l'ensemble des syndicats de médecins libéraux, il n'est plus question de sanction et le prélèvement imposé aux médecins ne comblera pas le déficit de l'assurance maladie mais alimentera un fond de reconversion pour les médecins libéraux en surnombre.

C - La branche famille

La fiscalisation des allocations familiales initialement prévue est actuellement abandonnée et remise à une ultérieure réforme fiscale.

D - Les retraites

Abandon aussi, suite aux mouvements sociaux, du calcul de la pension de base des régimes spéciaux (fonction publique, SNCF, EDF, GDF...) calqué sur celui du régime général (40 ans de cotisation).

Par ailleurs, l'entrée en vigueur de la prestation dépendance a été différée au 01/01/1997.

E - Le financement

Le financement actuel, par des cotisations assises sur les salaires, renchérit le coût du travail et est défavorable à l'emploi. Le gouvernement envisage, pour le second semestre, un élargissement de l'assiette de la C.S.G. et le **transfert progressif des cotisations d'assurance maladie sur la CSG**. Cela permettra de diminuer le coût du travail au détriment des revenus du capital et d'alléger les cotisations payées par les salariés afin d'augmenter le salaire direct.

Une réforme des cotisations patronales est également prévue prenant en compte la notion de valeur ajoutée de l'entreprise et non plus seulement la masse salariale. La complexité de ces mesures et leur nécessaire intégration à une grande réforme fiscale en rendent difficile l'application prochaine.

F - La reprise de la dette

Pour épurer l'ensemble de la dette (230 milliards de francs), une nouvelle contribution appelée "remboursement de la dette sociale (RDS)" est créée. D'un montant de 0,5 % elle s'applique depuis le 01/02/1996 (et non le 01/01/96 comme initialement prévu) pour une durée de treize ans. Il s'agit d'une "CSG bis" dont l'assiette est plus large puisque le RDS s'applique sur les revenus du travail et aussi du capital. Seuls le Livret A et assimilés y échappent ainsi que les minima sociaux (minimum vieillesse, RMI, ...), les pensions militaires d'invalidité, les rentes d'accident du travail et les gains des jeux.

II - LES MESURES IMMÉDIATES

A - La branche maladie

. Il est prévu de fortes limitations de la progression des dépenses hospitalières et de médecine de ville. Suite à l'échec des négociations récentes médecins-caisses, le gouvernement a fixé autoritairement à 2,1 % la **hausse des dépenses médicales**, soulevant l'hostilité du principal syndicat de médecins libéraux (C.S.M.F.).

. **La mise à contribution de l'industrie pharmaceutique** pour un montant de 2,5 milliards de francs.

. **La hausse des cotisations des retraités imposables et des chômeurs** au dessus du S.M.I.C.. Ces deux catégories paieront en 1997 la moitié du plan JUPPE (30,2 milliards sur 60,5 milliards de nouveaux prélèvements).

B - La branche famille

. Blocage des prestations en 1996.

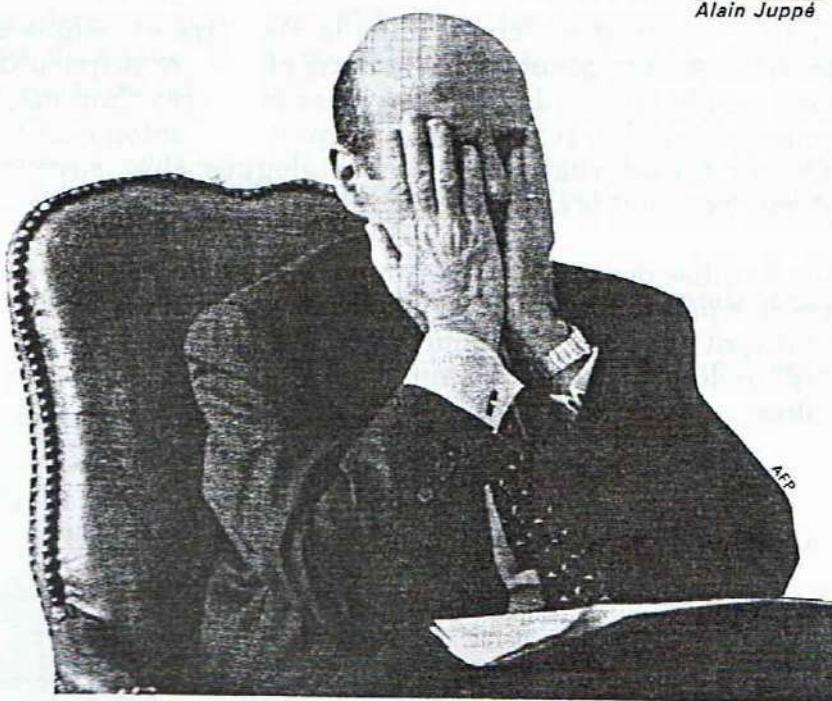
C - La branche retraite

. **Une revalorisation des pensions de 2,1 %** (conforme à la hausse prévisible des prix) est en vigueur depuis le 1er janvier 1996).

Malgré les transformations subies en raison de l'accueil conflictuel qu'il a reçu, le plan JUPPE demeure le plus important depuis la création de la Sécurité Sociale. Il se trouve actuellement en phase intermédiaire de réalisation. D'autres étapes nécessiteront attention et commentaires, en particulier celles concernant la réforme hospitalière.



Alain Juppé



RUBRIQUE CINEMA

Février 1996

Huguette FERRE
Praticien Hospitalier
Secteur 5 - CH Montfavet

LE BONHEUR EST DANS LE PRE

D' Etienne CHATILIEZ - France (1995)

Avec Michel Serrault (Francis), Eddy Mitchell (Gérard), Sabine Azéma (Nicole), Carmen Maura (Dolorès), François Morel (Pouillaud), Eric Cantona (Lionel).....

Scénario	Florence Quentin
Photo	Philippe Welt
Musique	Pascal Andreaccio
Production	Charles Ganot
Distribution	Bac films

Durée - 1h50

Cinq ans après la caustique "Tatie Danielle", Chatiliez revient avec le "Bonheur est dans le pré". Chatiliez nous conte l'histoire d'un directeur d'usine à "chiottes" qui approche le bonheur dans une deuxième famille retrouvée par l'intermédiaire d'une émission télé type "perdu de vue". Bien sûr, le ton est toujours aussi grinçant ; il dépeint avec humour et sans complaisance la petite bourgeoisie de province. Le film est bien servi par ses interprètes : Michel Serrault est le directeur d'usine, Sabine Azéma l'épouse bourgeoise ringarde, les Deschiens, Carmen Maura la deuxième épouse,... Momo le copain très con mais tendre en même temps.

Ce directeur d'usine à "chiottes" se fait donc "chier" dans la vie entre sa femme et sa fille. Il trouve une porte de sortie en acceptant d'être le mari et le père disparu d'une famille du Périgord. Chatiliez a eu la bonne idée de faire jouer les frères Cantona, leur présence rajoute une note cocasse au film. Il faut bien dire qu' Eric Cantona est tout à fait craquant dans le rôle du fiancé rugbyman. Les dialogues sont savoureux, notamment la fameuse réplique "*pourtant le confit c'est léger...*".

Le style Chatiliez est bien là, il utilise des archétypes comme celui de la "bourgeoise" ; ici Azéma joue plutôt la bourgeoise parvenue, vulgaire alors que dans "la vie est un long fleuve tranquille" Hélène Vincent est une vraie bourgeoise avec ses rites, son accent, son look. Le "bonheur est dans le pré" tout en étant amoral est tout de même plus tendre que ses précédents films.

A ne pas manquer.



NELLY ET MONSIEUR ARNAUD

De Claude SAUTET - France (1995)

Avec Michel Serrault (Mr Arnaud), Emmanuelle Béart (Nelly), Jean Hugues Anglade (l'éditeur) ... Durée - 1h45

Claude Sautet nous peint à sa façon intimiste la rencontre d'un homme un peu trop âgé (Michel Serrault, Mr Arnaud) avec une jeune femme un peu trop jeune (Emmanuelle Béart, Nelly). Les relations homme-femme représentent un thème central dans la filmographie de Claude Sautet ("les choses de la vie", "le garçon"....). Ici un homme, une femme, l'âge vient mettre un obstacle de plus, ou au contraire permettre la rencontre. Ce film touche directement à l'essentiel. Michel Serrault et Emmanuelle Béart ont su transmettre cette profondeur, cette retenue des sentiments. Par son charme, sa beauté, son intelligence, Nelly réveille la question du désir chez ce vieux monsieur solitaire. Jean Hugues Anglade ne peut pas être un rival pour Monsieur Arnaud car ce désir restera suspendu à un amour platonique.

GOLDEN EYE

De Martin Campbell - USA (1995)

Avec Pierce Brosnan, Sean Bean.

Le James Bond nouveau est enfin arrivé !. Après six ans d'absence, l'élégant 007 apparaît sur les écrans sous les traits de Pierce Brosnan. 33 ans séparent la sortie de goldeneye de celle de "James Bond contre Dr No", premier film d'une série qui rendra 007, l'agent secret le plus célèbre de la planète. Sean Connery incarnera l'espion de sa gracieuse majesté à huit reprises. En 1962 "James Bond contre Dr Noé, en 1963 "Bons baisers de Russie", en 1964 "Goldfinger", en 1965 "Opération Tonnerre", en 1967 "On ne vit que deux fois". Ce rôle permit à Sean Connery de devenir une star, mais devenait aussi trop lourd à porter. Il décida donc de l'abandonner.

Il rempile pourtant en 1971 dans "les diamants sont éternels" et en 1983 dans "jamais plus jamais". Entre temps, les producteurs ont essayé de trouver d'autres incarnations du célèbre 007.

Le résultat n'a pas toujours été à la hauteur de ce que l'on espérait, et 007 n'a pas porté chance à tous : en 1969, Georges Lazenby pour un seul film "au service secret de sa majesté" - réalisateur Peter Hunt.

Roger Moore succédera avec talent à Sean Connery pendant plusieurs films :

- en 1973 - vivre et laisser mourir
- en 1974 - l'homme au pistolet d'or (réalisateur Guy Hamilton)
- en 1977 - l'espion qui m'aimait
- en 1979 - moonraker (réalisateur Guy Hamilton)
- en 1981 - rien que pour vos yeux
- en 1983 - octopussy
- en 1985 - dangereusement votre (réalisateur John Glen).

Timothy Dalton essaie de prendre la relève dans deux films :

- en 1987 - tuer n'est pas jouer
- en 1989 - permis de tuer" (réalisateur John Glen)
mais sans vraiment convaincre.

Dans Goldeneye, Pierre Brosman au physique très "clean" est très crédible et peut être nous avons avec lui le 007 des années à venir. On peut s'interroger sur les raisons de la réussite de ce personnage. 007 est un héros des temps modernes. Il en possède tous les attributs. Il est jeune, intelligent, séduisant et en étant fonctionnaire des services secrets de la couronne britannique, il défend le Monde libre contre les tyrannies (soviétique puis mafieuse). Par là même, il force à l'identification du spectateur.

La première personne à s'identifier à lui fut son créateur Ian Fleming. Grâce à ses activités dans les renseignements pendant la deuxième guerre mondiale, Fleming eut l'idée du personnage pour ses romans d'espionnage. L'on sait que les auteurs sont souvent dépassés par leurs créatures, ce fut le cas pour Fleming qui finit par vivre à la manière de son héros. La vie nocturne et dissolue qu'il mena entraîna sa disparition prématurée à l'âge de 56 ans. L'homme mourût mais pas son personnage.

Si tous les "James Bond" présentent les mêmes qualités, on observe tout de même de nettes différences et évolutions au cours des films. Volontiers misogynes voire phallocrates dans les premiers, on remarque dans goldeneye que le chef des services secrets est cette fois une femme. Elle traite de dinosaure de la guerre froide notre fameux agent. De plus, notre "homme" a bien du mal avec une adversaire, une super méchante. Pour une fois, les femmes ne sont plus seulement cantonnées dans un rôle de faire valoir, de potiche s'esclaffant devant le beau mâle séducteur.
MORALITE : même 007 doit s'adapter.

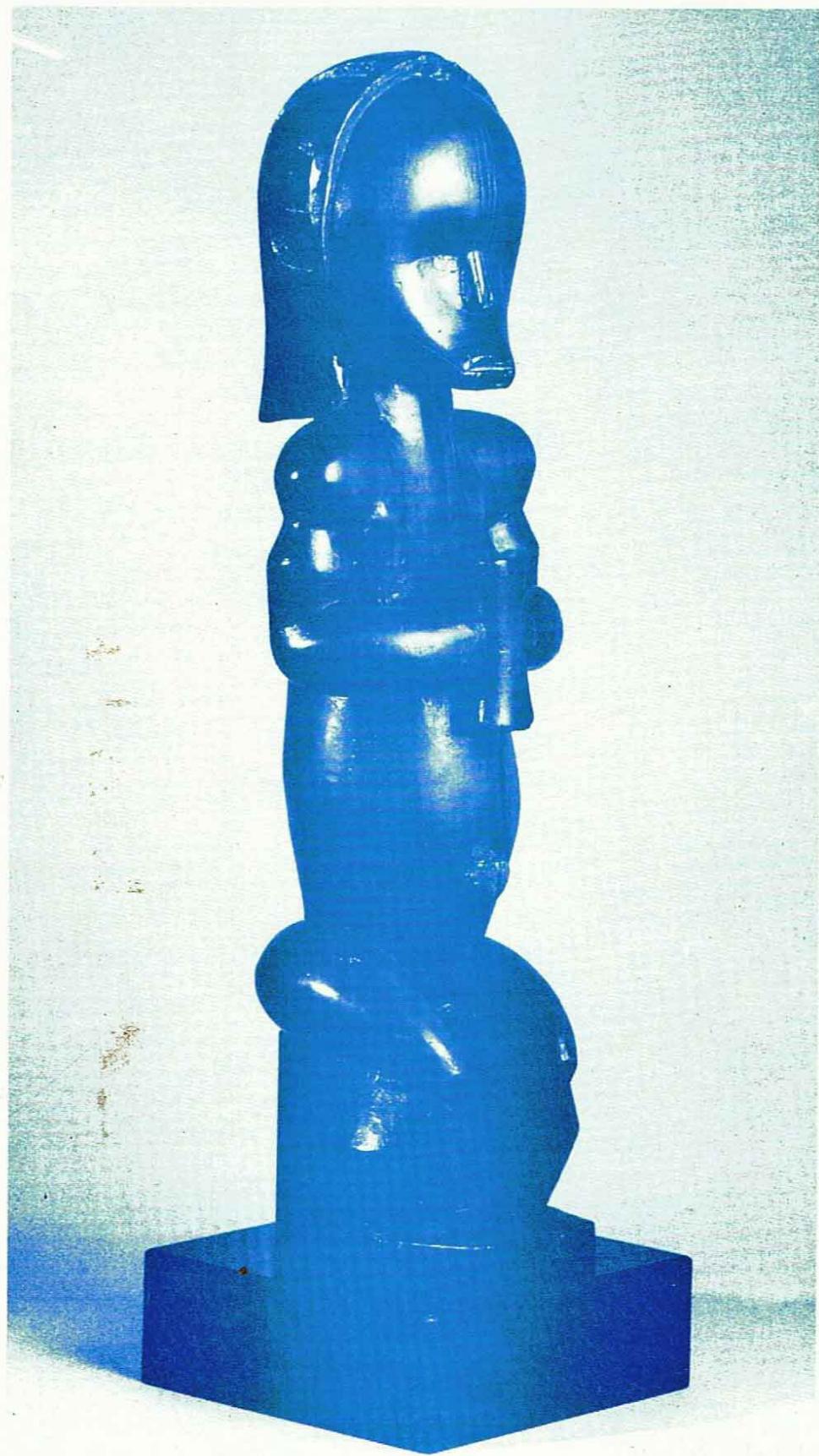
* * * * *

Ce numéro 3 est imprimé à 500 exemplaires au lieu de 300 pour le numéro 2. Ceci nous permettra de couvrir effectivement l'aire de proximité que nous avons définie. Une petite modification du titre de la revue tient compte de cette réalité puisque "*les psy causent en Provence*". Cette augmentation de plus de 50 % du tirage représente pour nous un pari sur l'avenir d'autant plus que nos sponsors, les laboratoires, ne sont pas encore au rendez-vous (sauf sponsor de dernière minute, la 4ème page de couverture lui étant de droit réservée....normal). Le financement de ce numéro repose donc sur les abonnements. Nous remercions la centaine de ceux d'entre vous qui se sont abonnés, sans lesquels ce numéro 3 n'aurait pas été possible.

L'équipe de Psy-Cause.

* * * * *

POUR ADRESSER UN ARTICLE : Le transmettre au secrétariat du secteur 27, Centre Hospitalier de Montfavet, 84143 Montfavet cedex. Téléphone : 90 03 92 76. Si vous êtes à Aix : au Docteur LAVERGNE, Centre Hospitalier de Montperrin, 13617 Aix en Provence cedex 1. Téléphone 42 16 16 75.



Statue de Reliquaire Fang, Gabon