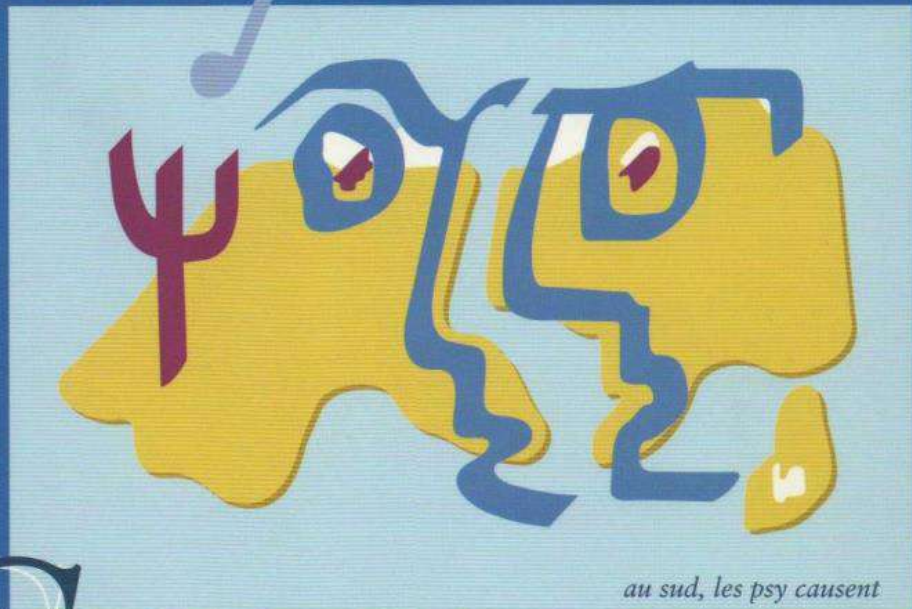


Psy



au sud, les psy causent

Cause

- Des psy à Montfavet
- Horizons



Sommaire

Éditorial : Retour aux sources	2
Psycause 1 : Des psy à Montfavet	3
Un scénario des violences conjugales	
Oana Boriceanu, Guillaume Frizet	4
Névrose traumatique : du silence clinique	
au remaniement de la personnalité	
Éléonore Guillou	11
LACAN ET CHENG - Champ lacanien et poétique chinoise	
Geneviève Stahl Rousseau	15
D'une éthique des soins en psychiatrie	
François Roché	18
L'avenir des psychologues en psychiatrie	
Marc Bounias	26
Idées préconçues ou réalisme	
Maurice Picus	30
L'architecture symptôme en Psychiatrie	
Menaouer Sadek, Oana Boriceanu, Didier Bourgeois	32
Psycause II : Horizons	36
Hommage à Irena Strossová	
Petr Taraba	37
Le trouble post-traumatique	
Djaouida Benosman, Miryam Tadlaoui	39
Psycause III : Opinions	40
La psychiatrie peut-elle être rentable ?	
Claire Jamme	41
Actualité scientifique méditerranéenne et occitane	43
Le coin littéraire	51
La visiteuse	
Didier Bourgeois	51
Colloques et Conférences	54
Abonnement et Instructions aux auteurs	56



Retour aux sources

Ce numéro 39 est celui de la dixième année de *Psy Cause*. En 1995 paraissait le numéro 1, à savoir 64 pages réunies par une simple agrafe, photocopées à 200 exemplaires. Mais déjà une vraie revue déclarée en préfecture, adressée à la Bibliothèque nationale, et dont très rapidement la dénomination sera déposée à l'INPI et ainsi protégée. L'éditorial de ce premier numéro posait les bases de notre projet : *Psy Cause* est une revue pluridisciplinaire, ouverte à toutes les institutions concernées par la santé mentale et à tous les modes d'exercice du public et du privé. Elle est un outil scientifique et d'information donnant la priorité aux témoignages de pratiques soignantes, publiant des reportages et des interviews. À l'époque, l'un des membres fondateurs de *Psy Cause* était le biologiste du Centre hospitalier de Montfavet Léo Goudard, qui venait de publier un recueil de pensées intitulé « La révolte de l'évidence » aux Éditions de la Bruyère. Il concluait notre éditorial par cet avertissement issu de son recueil : « *Il faut bien se garder de vouloir transformer sa pensée en système, faute de quoi on perd sa liberté.* »

Nous n'imaginions pas autre chose qu'une revue de proximité destinée à notre hôpital psychiatrique avignonnais et ses interlocuteurs proches. Nous voulions simplement lutter contre le cloisonnement corporatiste entre soignants qui était favorisé par l'évolution de l'organisation institutionnelle voulue par le législateur. Nous souhaitions créer, essentiellement sur notre lieu de travail, un nouvel outil de communication géré par des professionnels du soin. Que cet outil ait pu voir le jour puis prendre son élan à partir du Centre Hospitalier de Montfavet témoigne de surcroît du dynamisme d'un établissement et de l'ouverture d'esprit de sa direction. Dans l'exercice d'une spécialité médicale qui exige une adaptation spécifique de l'institution, les ponts doivent être grands ouverts entre le soin et l'administration. Nos maîtres de la psychothérapie institutionnelle nous ont enseigné qu'un directeur d'établissement psychiatrique doit avoir des connaissances dans le champ de la psychopathologie tandis que le soignant doit être familiarisé avec les mécanismes qui régissent un hôpital. Tel était le cas à Montfavet. Les interactions sont telles en psychiatrie qu'il n'est pas possible de s'ignorer. Ce n'est pas un hasard si les psychiatres sont plus mobilisés que les autres médecins par le plan Hôpital 2007. Et notre revue n'a eu de cesse de favoriser le dialogue avec les directeurs administratifs.

Très vite, *Psy Cause* a pris le large en Provence et en Occitanie tant dans le public que dans le privé. Il faut dire que la méconnaissance de la spécificité de la psychiatrie par ceux qui font les lois a partout généré un malaise et met en lumière la pertinence de notre démarche. Notre projet est devenu récemment résolutement national. Il l'est devenu mais nous conservons ce qui fait sa substance : un lieu convivial construit sur un réseau non centralisé. Notre congrès annuel, qui cette année se déroulera à Carcassonne, est dit « *interrégional* » et non « *national* ». *Psy Cause* conservera son siège social associatif à Avignon.

Alors nous avons décidé de consacrer ce numéro essentiellement à des auteurs de Montfavet, sous la forme d'un dossier pluridisciplinaire qui rappellera notre numéro 1 d'il y a dix ans. Dans une revue vivante, il y a du désir. Comme au cours d'une analyse, le désir ne se déplace pas de façon linéaire : il dessine des spires qui l'une après l'autre peuvent tendre vers un objectif. Avec ce dossier, s'achève un premier tour de piste.

Jean-Paul BOSSUAT
Montfavet, le 29 mars 2005

Des psy à Montfavet

Avec ce dossier, Psy Cause achève sa dixième année d'existence. En 1995, L'association scientifique d'un secteur de psychiatrie du Vaucluse modifiait ses statuts et son but pour se consacrer au projet de piloter et de financer une revue de psychiatrie dont le numéro 1 allait voir le jour à la fin de l'été. Elle apportait un petit pécule mis à profit par un atelier ergothérapique d'imprimerie. Un noyau pluridisciplinaire de soignants du Centre Hospitalier de Montfavet s'investissait dans le travail rédactionnel. L'équipe fondatrice de Psy Cause était constituée de 6 psychiatres, 1 médecin biologiste, 1 médecin généraliste et 4 infirmiers. Les auteurs du numéro 1 étaient 2 psychiatres, 1 médecin généraliste, 2 psychologues, 3 infirmiers, un comédien intervenant dans un CATTP et une directrice de maison de retraite. Le cap donné à la revue était donc résolument pluridisciplinaire. Dix ans plus tard, ce numéro 39 regroupe dans le dossier spécial « auteurs de Montfavet », 4 psychiatres (ou faisant fonction), 3 psychologues et un cadre infirmier. Les thèmes abordés dans le numéro 1, en 1995, étaient : l'unité mère-bébé, à quoi sert le médecin généraliste dans un CHS, l'ergothérapie de rendement, un atelier théâtre dans un CMP, la pratique de secteur en maison de retraite, un pavillon pour les patients dits chroniques, un groupe thérapeutique, l'interprétation en psychanalyse et à l'hôpital, le champ de la psychiatrie. Dans ce dossier, en 2005, ils sont : les violences conjugales, la névrose traumatique, Lacan et Cheng, l'éthique des soins en psychiatrie, l'avenir des psychologues, la dépendance à l'institution des patients chroniques et le relatif abandon de l'intrahospitalier, la signification de l'architecture en psychiatrie. Peut-on retirer quelque indice sur cette mise en perspective d'un panel de thèmes à dix ans d'écart ? Rendez-vous pour cela en 2015 ?

Jean-Paul Bossuat





Oana Boriceanu¹



Guillaume Frizet²

Un scénario des violences conjugales

Résumé

Les violences au sein du couple sont au carrefour de la violation des droits fondamentaux de la personne et de ce qui fait lien au niveau de la sphère privée et de l'intime. La rencontre entre agresseur et victime pour constituer un couple et les développements qui s'ensuivent trouvent des explications dans les problèmes de personnalité des protagonistes. Dans le cas de madame V, la mort est au rendez-vous. Le traumatisme originaire n'excuse pas les traumatismes subis. L'intervention de la loi trouve là toute sa pertinence.

La question de la violence trouve une place non-négligeable dans une pratique destinée à analyser et à améliorer la relation intersubjective. Et quand le couple devient le lieu d'explosion de la violence, nous sommes confrontés, dans notre pratique clinique, avec la souffrance de la femme victime.

La présentation du cas clinique de Mme V, victime de violences conjugales répétées et différentes (violences physiques de la part de son premier mari, maltraitements psychologiques et tentative de meurtre de la part de son dernier compagnon), nous est apparue comme étant représentative de la souffrance de la femme victime en lien avec son histoire personnelle et du processus cyclique de la violence dans le couple aboutissant parfois à un drame.

Les violences conjugales, qui recouvrent différents comportements et actes agressifs, plus ou moins difficiles à repérer, violences physiques, verbales et psychologiques, économiques et sexuelles, sont à la fois fréquentes, banalisées, déniées dans leur réalité et mal connues. La violence conjugale désigne *des comportement agressifs et violents d'une personne à l'encontre d'une autre, dans le cadre d'une relation de couple*. [3] Ce type de violence est une grave violation des droits fondamentaux de la personne : le droit à la vie, à la sécurité, à la liberté, à la dignité, à l'intégrité physique et à l'intégrité psychologique. [9] [10]

Dans le domaine des violences conjugales, nous sommes, le plus souvent, confrontés à un processus de victimisation répétée de la femme et on peut s'interroger sur le lien qui lie la victime à son agresseur. Si certains auteurs évoquent

la notion de « masochisme » en référence à ces victimes qui se placent de manière active dans des situations douloureuses et répètent inconsciemment une situation traumatique ancienne dont elles ont oublié l'expérience originaire, d'autres auteurs insistent pour ne pas confondre la recherche inconsciente par la victime, de cet état « au-delà de la sensorialité, au-delà de l'intellectualité, au-delà de tout plaisir ou déplaisir appelé en analyse jouissance », avec le masochisme où la douleur physique et/ou morale sont source de plaisir. [5]

Au centre de la répétition traumatique se situerait la *relation d'emprise* que l'on peut mettre en évidence entre l'agresseur et la victime, dans de nombreux cas de violences sur les femmes. Dans la relation d'emprise, il s'agit toujours et très sélectivement d'une atteinte portée à l'autre en tant que sujet désirant qui, comme tel, est caractérisé par sa singularité, par sa spécificité propre. Entre le sujet qui exerce l'emprise et l'objet d'emprise, la *dimension de l'acte devient prévalente*, car l'investissement est en opposition aux mécanismes introjectifs et la loi du symbolique manque. [8] La victime devient un objet partiel, manquant de spécificité et de désir et qui, pour exister, a besoin d'interpeller l'autre, l'agresseur, et de susciter en lui la reproduction des actes.

Appropriation et dépossession de l'autre, réduction de sa liberté et empiètement sur son domaine privé, exercice d'un pouvoir subjuguant et tyrannique, la relation d'emprise renvoie à la pathologie du narcissisme. La femme qui va devenir victime incarne la plénitude de son partenaire, elle le comble. Ils sont dans le collage, dans la confusion, qui ne laisse pas de temps ni d'espace à la parole. Ils deviennent tous deux, infirmes du langage et le seul moyen d'échange entre eux reste l'agir, l'acte. [5] [17] De son côté, l'homme violent pris dans le mensonge qui fait confusion, devient

1. Médecin assistant spécialiste associée, secteur IV
CH Montfavet.

2. Psychologue, secteur VI
CH Montfavet.

prisonnier de la répétition des agressions physiques, des humiliations et des injures. La femme victime, de son côté, devient prisonnière des seules choses qui témoignent encore de son existence et qui nourrissent son narcissisme, c'est-à-dire des sensations injectées par son agresseur. Ce double processus ouvre la voie à la récurrence de la violence dans le couple.

L'approche clinique et psychopathologique des femmes victimes de violences conjugales est délicate.[3] La confrontation à la violence entraîne chez les femmes victimes un vécu d'insécurité et de peur permanent. Elles sont confrontées à l'isolement, d'une part par leur conjoint qui les prive de toutes relations extérieures, d'autre part par la difficulté à aborder le sujet des violences subies lorsqu'elles sont en contact avec d'autres personnes (famille proche, voisinage, collègues de travail). *L'enfermement est double*, la victime de violences conjugales est enfermée dans la loi du secret. L'enfermement est entretenu du côté de la victime par la peur de la violence renouvelée, la peur des représailles, la peur de la mort, la peur de rester, la peur de partir. Mais il existe aussi une autre signification de l'isolement, car la femme victime vit un profond sentiment de solitude et d'incompréhension, pouvant aller jusqu'à un *vécu d'exclusion*. *La honte et la culpabilité* sont des sentiments souvent rencontrés chez les femmes victimes de violences conjugales. *L'humiliation subie et le déshonneur* induisent chez la victime de violence conjugale une *mésestime de soi*. [6] [7]

Il existe peu d'études analysant les causes et les mécanismes de violence du côté des hommes violents. La violence est utilisée par l'homme comme un moyen de régler les conflits, de mettre fin à toute opposition de la part de sa partenaire et d'obtenir une réponse immédiate à ses besoins. Au centre de l'approche psychopathologique des hommes violents, on pourrait mettre la notion de « recours au passage à l'acte ».[20] D'un côté il y a le recours au passage à l'acte comme court-circuit de la mentalisation, de l'autre côté comme un moyen de défense protégeant d'une désorganisation du moi consécutive à des angoisses de perte d'objet, à l'envahissement d'images archaïques, à la crainte de la passivité. L'agressivité de l'homme violent peut être abordée aussi en référence à la *pulsion d'emprise*, instinct de survie reposant sur un fantasme primaire, qui se résume par la formule : « moi ou l'autre ». [1]

La violence conjugale se développe à travers des cycles dont l'intensité et la fréquence augmentent avec le temps. On décrit : la période d'escalade de tensions, la phase d'explosion de la violence, la période de rémission, la période de « lune de miel ».[3] [11] Plus le cycle se répète, plus forte est l'emprise de la violence sur la femme victime et plus les périodes de « lune de miel » deviennent courtes : la spirale va en se rétrécissant. C'est dans la phase de « lune de miel »

qu'on retrouve un des moteurs de cette violence qui explique que la femme victime reste très attachée à son agresseur et, qu'en même temps, c'est ce moteur qui l'empêche de renoncer à la relation : il s'agit de l'espoir.

La violence dans le couple prend, ainsi, la forme d'une véritable spirale qui nous rappelle celle de l'addiction à une substance psychoactive ou à un comportement. On retrouve, dans ce sens, certaines similitudes psychopathologiques entre les deux entités : nous sommes au cœur de la relation d'objet dans la pathologie narcissique. Plus précisément, nous observons une défaillance de l'introjection et un recours à l'incorporation.[14] [19]

On pourrait dire que les deux partenaires dans le couple porteur de violences développent une « addiction » : l'homme violent devient dépendant à l'acte d'agression, aux coups et aux injures, à la maîtrise de sa partenaire et la femme victime devient dépendante aux sensations corporelles et à l'intérêt qu'elle suscite chez son conjoint. La difficulté de rompre le cycle de la violence conjugale pourrait donc être expliquée par la double relation de dépendance qui s'installe entre les deux partenaires, relation d'extériorité dont l'absence menace les deux sujets, mais dont la



présence trop insistante fait craindre l'intrusion et une soumission du Moi.[18] Chacun devient objet addictif pour l'autre, avec la même double visée narcissique face à la douleur psychique : réparer l'image endommagée de soi et maintenir l'illusion d'un contrôle omnipotent grâce au recours à l'objet addictif.

Les violences conjugales se situent à la limite entre la *sphère privée et publique* : le fonctionnement d'un couple, a priori, ne concerne que les partenaires, sauf si l'un d'entre eux est nié dans sa dignité et détruit, auquel cas la collectivité a un devoir d'ingérence et d'aide à la protection des plus vulnérables.

rables.[3] La violence conjugale est punie par la loi et doit être dénoncée publiquement ; nul ne peut prétendre disposer d'une autre personne à sa guise, la maltraiter impunément, même s'il s'agit de son(sa) conjoint(e).[22]

Les différents partenaires impliqués dans la rencontre, le soutien et l'aide des victimes de violences conjugales sont nombreux et ils sont sollicités de manière inégale et irrégulière en fonction de chaque cas : la police et la gendarmerie, les professionnels de santé, les travailleurs sociaux, les associations spécialisées dans l'aide apportée aux femmes victimes de violences conjugales. Situer les violences conjugales au regard de la loi, c'est le premier pas vers la restauration de la victime en tant que personne et citoyenne et vers la déconstruction du système agresseur.[22] La loi va jouer le rôle du tiers dans la fusion/confusion de la relation de violence dans le couple. C'est aussi donner aux victimes et aux auteurs les possibilités d'accéder au principe de la réalité : la violence est interdite, c'est une violation du droit, elle entrave la liberté des femmes, il n'y a pas d'excuse à la violence. C'est aussi permettre l'accès à une forme de ré-éducation : pour les victimes sortir de l'impuissance et aller vers la reconnaissance de soi et pour les auteurs sortir de la toute-puissance et aller vers la reconnaissance de l'autre.[5]

L'élément le plus important dans la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales c'est de leur favoriser l'accès à la parole, de les aider à « briser le silence ». La psychothérapie a pour but de donner aux traumatismes répétés, subis dans le cadre de la relation d'emprise dans une vraie spirale amplificatrice, une signification et un sens dans l'histoire et la vie de la personne victime.



Mme V ou la mort comme ultime scénario des violences conjugales

Mme V. âgée de 62 ans, nous a été adressée par son médecin généraliste, pour la prise en charge « d'un syndrome dépressif évoluant depuis deux mois, dans les suites d'une tentative de strangulation de la part de son compagnon qui s'est suicidé deux jours après ». Elle n'a pas d'antécédents psychiatriques et elle est en bon état somatique, exception faite des séquelles dans la sphère ORL suite à l'agression (surdité de l'oreille droite et lésions des cordes vocales).

Analyse de cas (approche psychopathologique)

Le récit biographique de Mme V., recueilli pendant plusieurs séances de thérapie, témoigne d'un processus de victimisation répétée. La patiente a subi différentes formes de violences conjugales, simultanément ou à des étapes consécutives de sa vie. À travers la réflexion psychopathologique, nous avons mis en évidence plusieurs 'temps' :

Le temps des carences affectives

Au fil des entretiens, le retour de Mme V. vers les souvenirs d'enfance donne l'impression globale d'un sentiment de solitude, d'isolement affectif et d'un manque de compréhension et de soutien de la part de ses parents. Fille unique d'un couple où le père, plus âgé, était effacé devant une mère froide et rejetante. La relation défaillante avec le couple parental n'aurait pas permis à la patiente d'être instituée en tant que femme. Il semblerait que la place du tiers, de l'instance paternelle, de la loi, se serait effacée devant un matriarcat qui s'oppose à la reconnaissance de la petite fille en tant que personne désirante.

Pendant son enfance, par peur d'être rejetée encore plus ou punie par la mère, Mme V. choisit la soumission ; elle néglige ses propres désirs et développe une image de soi négative. Le manque de maternage, d'empathie et de protection pendant son enfance aurait ouvert la voie des carences affectives.

Le temps des violences physiques

Blessée dans son narcissisme propre, en quête d'une relation « pansement pour sa psyché », elle se marie avec son premier partenaire, « le premier venu, pour pouvoir quitter la maison ». On pourrait penser qu'il lui fallait un autre support de son désir, intermédiaire entre elle et ses parents, en absence d'intermédiaires symboliques. À défaut d'une position subjective désirante, ce qui les unit relève plutôt de la satisfaction d'un besoin, pour lui de briller devant son

épouse et de la dominer, pour elle d'être l'objet du désir et de satisfaction d'un autre.

Progressivement s'installe entre les deux une relation « addictive » qui viendrait relayer les défaillances internes du désir et contre-investir les angoisses de vide de chacun.[18] Cela ouvre la voie à des agressions conjugales : la communication se fait par des coups, que le mari donne et la femme reçoit. Ces échanges excluent la parole et favorisent l'emprise.

Terrorisée, fatiguée, blessée dans sa chair, mais soumise à son mari, elle se sent liée à lui par des liens invisibles mais durables, à tel point qu'elle trouve impossible de le quitter pendant 10 ans. Dans cette attitude de soumission elle retrouve la position subjective qu'elle a eue auprès de sa mère. C'est lorsque la violence de son ex-mari déborde et qu'il risque de s'en prendre aux enfants, que la patiente demande le divorce et quitte la maison. C'est à nouveau la présence d'un autre (les enfants) qui la pousse à agir, l'autre comme limite, mais un autre imaginaire et non symbolique.



Le temps de l'emprise et de maltraitances psychologiques

La rencontre avec son dernier compagnon, André, est marquée par la fascination et « le coup de foudre ». Mais leur relation est placée, dès son début, sous le signe du mensonge.

Dans le nouveau couple la violence ne se traduit pas par des coups, mais par une atteinte à l'intégrité psychique, par le mensonge, l'emprise et la manipulation. Après une période de plusieurs années où les deux protagonistes se voient les week-ends, Mme V. apprend que lui, il est marié et il a deux enfants grands. Mais elle continue à faire comme si rien n'était et, lorsqu'il divorce, elle accepte d'aménager avec lui. L'évitement du conflit empêcherait, ainsi, Mme V. de se confronter à une séparation douloureuse révélatrice d'une angoisse d'abandon.

La relation d'emprise est bien présente et elle déploie ses deux dimensions : l'appropriation par empiètement psy-

chologique et l'appropriation par réduction de l'autre au statut d'objet. Mme V. n'a plus de vie ou de désir en dehors de ce qu'elle consacre à son compagnon. Elle dénie sa souffrance et se dit attachée à cet être, blessé lui-même dans son narcissisme, infirme de la parole, manipulateur et qui l'utilise en tant qu'objet partiel destiné à satisfaire ses désirs. Ils ont tous les deux hérité des carences des premières relations affectives et ils oscillent entre la proximité et la distance. Si du côté de Mme V. la relation à l'autre se fait dans une attente passive de gratification, du côté de son compagnon, c'est la manipulation agressive qui prédomine dans le rapport à autrui. Cette dépendance intersubjective dans le couple ne laissait pas de place à la parole signifiante et préparait le recours à l'acte.

La rencontre avec la mort

« Je ne croyais pas à ses paroles : 'Je vais partir et je vais te prendre avec moi. Je vais te tuer et je vais me suicider après.' Pourquoi, quand on aime quelqu'un, on veut lui prendre la vie ? » Les interrogations de Mme V. restent encore sans réponse...

Quand elle se rebelle et annonce à son compagnon la séparation, la haine et la destructivité de celui-ci éclatent au grand jour. « Contrairement à une opinion fort répandue, le crime passionnel marque la haine et non l'amour. » Dans la relation d'emprise, fondée sur la séduction, le pervers nie l'altérité de sa partenaire, ce qui, poussé à l'extrême, favorise le recours à l'acte meurtrier. [9]

Victime du désir meurtrier de son compagnon, Mme V. est confrontée au réel de la mort, cette mort qui lui avait été annoncée mais qu'elle « n'a pas vu venir ». Elle vit un moment d'effroi : réveillée par la sensation d'étouffement, elle se trouve confrontée au regard menaçant de son compagnon et à ses mots 'Tu es dure à crever'. Mais de son côté de victime, il n'y a pas de mots, ni de représentation, elle est dans le grand silence, dans le vide.[16]



Une deuxième rencontre avec la mort, mais d'une autre manière et d'une autre intensité, se produit quand Mme V. apprend le suicide de son compagnon. Cela annule toute explication possible, toute punition de l'agresseur et ne laisse pas de place à la loi, dans ce même couple qui a connu le mensonge et la relation d'emprise pendant plusieurs années. Lors de l'enterrement de son compagnon, se rejoue le scénario de la mort : une mort réelle, palpable, une mort promise par l'agresseur à sa victime, une mort que la victime soumise « doit » au pervers.

Par son suicide, l'agresseur aurait perpétué la relation d'emprise vis-à-vis de sa victime, car l'incompréhension de son geste va laisser celle-ci tributaire aux mêmes interrogations et à un deuil difficile à faire, en proie à des sentiments d'abandon, de culpabilité et de honte.

Le syndrome de répétition traumatique

Au moment de la prise en charge, deux mois après l'agression, Mme V. présente un syndrome de répétition traumatique et des symptômes non-spécifiques qui attestent l'installation d'une névrose traumatique [11] [16] [4]: des réviviscences traumatiques réduites à des proto-représentations, des souvenirs forcés, une rumination mentale, une sensation de détresse, des cauchemars répétitifs, une hyper-vigilance avec comportements d'évitement agoraphobique, une impression d'avenir bouché et une perte de repères dans le temps.

Le deuil 'traumatique'

Si la tentative de meurtre par strangulation confronte Mme V. au réel de sa propre mort et fait effraction dans son psychisme, engendrant un syndrome de répétition traumatique, le suicide par pendaison de son compagnon, deux jour après les faits, la confronte à une perte objectale, la perte de la personne aimée et provoque une réaction de deuil. Le vécu victimaire se mélange avec l'endeuilement.[2] Dans l'analyse du cas, nous nous retrouvons aussi devant des symptômes dont la lecture peut être faite en lien avec le caractère traumatique du décès de son compagnon : ce suicide inattendu, après la tentative de meurtre. C'est la relation ambivalente entre la victime et son compagnon décédé, rendant problématique la rupture de l'attachement, qui serait à l'origine de ce deuil traumatique.

L'agresseur

Le suicide de l'agresseur ne peut pas ne pas nous évoquer le suicide altruiste du mélancolique, autant décrit dans la psychiatrie classique. Et les conditions semblent être réunies, car trois mois avant la tentative de meurtre, Mme V. annonce pour la première fois à son compagnon son intention de se séparer. Il sombre alors encore plus dans l'alcool et dans le jeu, il est de plus en plus triste et renfermé sur lui-même, car perdre sa compagne aimée, son objet d'emprise, serait perdre une partie de lui-même, le pendant de son être.

Nous sommes devant le processus mélancolique : investissement narcissique d'un objet ; ensuite perte de l'objet en tant qu'objet d'amour ; identification à l'objet perdu, une partie du Moi devenant l'objet ; régression au narcissisme et réapparition de l'ambivalence à l'égard de l'objet ; cette identification inconsciente aboutit à la situation mélancolique : la perte d'objet se transforme en perte du Moi. Dans ce contexte, le mécanisme du suicide de l'agresseur semblerait se prêter à l'interprétation que Freud donne au suicide du mélancolique : *Le suicide du mélancolique est le 'meurtre du soi-même' mais aussi le meurtre de quelqu'un auquel le sujet s'est identifié.* [12]

Le temps de la parole

La prise en charge psychologique de Mme V. est destinée à la compréhension de la situation traumatique à partir de l'interaction entre les composantes objectives de la situation de menace et son vécu subjectif, en fonction de sa surdétermination psychique et de son organisation psychique défensive. À partir du moment même de l'expérience traumatique, l'analyse du vécu en terme d'émotions et de pensées sera replacée dans le contexte de vie actuelle de la patiente et comprise dans ses liens spécifiques avec son histoire.[21] Ce cheminement psychique va permettre à Mme V. l'élaboration symbolique du trauma et son insertion dans la chaîne signifiante propre.



Une partie des séances sera consacrée au récit des cauchemars répétitifs et aux commentaires apportés par la patiente, pour favoriser l'élaboration psychique du trauma.[15] Lors d'une telle séance, nous comprenons que la rencontre avec la mort lors de la tentative de strangulation n'est pas singulière, ce traumatisme étant précédé d'autres brèches dans le psychisme créées lors de l'enfance et du premier mariage de Mme V. Et la scène finale de l'agression fait écho avec une scène de l'enfance où son père atteint de métastases

cérébrales menace de mort sa mère. Une deuxième évocation d'une possible rencontre avec la mort concerne la période où elle est victime de violences physiques de la part de son premier mari. Ainsi, lors des séances, Mme V. répète à plusieurs reprises : « Il pouvait me tuer à tout moment, la nuit. » « J'ai cru mourir plusieurs fois quand il me tapait. »

Ces descriptions révèlent un scénario où les protagonistes sont un homme pris d'une envie meurtrière et une femme se voyant mourir. C'est ce même scénario dont il s'agit au moment de la tentative de meurtre. Et si peu de temps après le premier événement qui fait trauma (menacée par son père qui était devenu fou et qui l'avait prise pour sa mère, elle se sauve par la fenêtre et tombe dans la fosse à purin) elle est confrontée à la mort de son père, c'est au suicide de son compagnon qu'elle sera confrontée peu de temps après le deuxième événement traumatique (la tentative de meurtre). Dans les deux situations, on pourrait dire que la rencontre avec le réel de sa propre mort est suivie de la perte d'une personne aimée ; le trauma psychique est intriqué avec le deuil.

C'est dans son histoire que Mme V. va trouver, au fil des séances, les significations susceptibles d'intégrer l'événement traumatique par un travail de liaison.

Le temps de la loi : la réparation civile

Mme V, à l'aide de son avocat, a saisi la CIVI (Commission d'Indemnisation des Victimes d'Infraction) [10] [11] environ cinq mois après l'agression et a constitué un dossier pour être indemnisée par rapport au préjudice subi dans la tentative de meurtre par strangulation dont elle a été victime. Elle va bénéficier d'une expertise ORL pour évaluer le préjudice lié à la lésion de l'oreille droite avec baisse importante de l'ouïe de ce côté et à la lésion des cordes vocales, mais aussi d'une expertise psychiatrique, pour évaluer le préjudice psychologique.

Dépendance, emprise, répétition, fascination et trauma dans la violence conjugale : quelle issue possible ?

Le cas clinique choisi nous montre que, alors qu'un travail de deuil a été entravé et qu'un trauma n'a pas pu être intégré, un nouvel événement risque de revêtir une valeur réactivante et aggravante. Dans le domaine de la violence conjugale, la métaphore des poupées gigognes semble révélatrice : on croit tenir le trauma originaire, mais on peut toujours aller plus loin. Chez la femme victime de violence



de la part de son compagnon un trauma en cache un autre, qui lui confère, rétrospectivement son sens. Les événements antérieurs et les traumatismes ayant entravé le développement normal du moi dans l'enfance ou l'adolescence gardent leur charge traumatique parce qu'ils n'ont jamais pu être ni pensés ni même représentés ou parlés.[13] Ils ouvrent, ainsi, la voie de la relation d'emprise, de la dépendance et de la répétition dans le domaine des violences conjugales.

Pour essayer d'empêcher le drame, la mort réelle (que ça soit le conjoint agresseur qui tue la femme victime ou l'in-

verse, ou que ça soit le suicide de l'un ou de l'autre), *l'accès à la parole nous semble être la seule autre issue possible*. Retrouver comment l'événement traumatique s'inscrit dans la dynamique de l'individu, permettre l'élaboration du trauma et ressaisir le fil d'une histoire sans se laisser aveugler par lui sont des objectifs que le clinicien doit se fixer devant la femme victime de violence conjugale. Cela permettra à la victime de « *quitter la temporalité de la répétition traumatique, au bénéfice d'une temporalité qui lie le présent à l'expérience passée, tout en mettant en perspective un avenir possible* ». [21]

Bibliographie

1. BALIER C., *Psychanalyse des comportements violents*. PUF, Paris 1993
2. BOURGEOIS M.-L., *Les deuils traumatiques*. Neuropsychy, numéro spécial, 78-82, mars 2003
3. CHERBIT F., *Une violence spécifique : les violences conjugales*. Ecole Nationale de la Magistrature, 1999-2001 (www.enm.justice.fr)
4. CROCQ L., *Le syndrome de répétition. Formes cliniques et répétition*. Victime- Agresseur, tome 4, 27-40, Champ social, Nîmes, 2004
5. DALIGAND L., GONIN D., *Violences et victimes*. Méditations, Lyon, 2000
6. DALIGAND L., *Culpabilité et traumatisme*. Revue Francophone du Stress et du Trauma, 1 (2), 99-101, 2001
7. DALIGAND L., *Victimes de l'exclusion*. Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, tome VII, no 62, 11-13, janvier 2003
8. DALIGAND L., *Emprise et répétition*. Victime- Agresseur, tome 4, 63-72, Champ Social, Nîmes, 2004
9. DAMIANI C., *Les victimes, Violences publiques et crimes privés*. Bayard Editions, Paris, 1997
10. DAMIANI C., VAILLANT C., *Etre victime, aide et recours*. Vuibert, Paris, 2003
11. DE CLERCQ M., LEBIGOT F., *Les traumatismes psychiques*. Masson, Paris, 2001
12. FREUD S., *Au delà du principe du plaisir*. Essai de Psychanalyse, Payot, Paris, 1971
13. GIRARD M., *Le concept de victime latente*. Revue Francophone du Stress et du Trauma, 4(1), 21-25, 2004
14. JEAMMET Ph., *Les conduites addictives : Un pansement pour la psyché*. Les addictions, sous la direction de Sylvie Le Poulichet. PUF, Paris, 2000
15. LEBIGOT F., *Le cauchemar et le rêve dans la psychothérapie des névroses traumatiques*. Nervure, 12(6), 16-19, 1999
16. LEBIGOT F., *Le traumatisme psychique*. Revue Francophone du Stress et du Trauma, 4(1), 5-11, 2004
17. NEAU F., JEAMMET N., ROUSSILLON R., *Narcissisme et perversion*. Dunod, Paris, 2003
18. PEDINIELLI J.-L., ROUAN G., *Les logiques de l'addiction*. Les addictions, sous la direction de Sylvie Le Poulichet. PUF, Paris, 2000
19. POINSO Y., *Répétition*. Cliniques Méditerranéennes, no 17-18, 33-58, 1988
20. RAOULT P.A., *Le recours à l'acte : un processus archaïque*. Victime- agresseur, tome 4, Champ Social, Nîmes, 2004
21. WEBER E., PRIETO N., *Approche psychothérapeutique du traumatisme psychique: exemple clinique*. Revue Francophone du Stress et du Trauma, 3(2), 119-124, mai 2003
22. *Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de la santé*. Rapport au ministre délégué à la Santé. Réalisé par un groupe d'experts, sous la présidence du professeur Roger Henrion. La Documentation Française, Paris, 2001



Éléonore Guillou

Névrose traumatique : du silence clinique au remaniement de la personnalité

Résumé

Une nouvelle discipline a vu le jour : la victimologie. La névrose traumatique est un état psychique durable consécutif à un traumatisme psychique. Elle n'est pas une réaction immédiate à la situation de stress mais apparaît après un temps de latence qui correspond à un travail de réorganisation. Plus le traitement d'une névrose traumatique est précoce, plus il est efficace. Il s'agit d'un véritable enjeu de santé publique.

La préoccupation des pouvoirs publics concernant les conséquences des traumatismes est relativement récente. Ainsi, une nouvelle discipline a vu le jour : la victimologie.

La création d'associations de victimes et la médiatisation de catastrophes (inondations, tremblements de terre, attentats, crashes aériens...) ont contribué à cet essor.

Les conséquences psychiatriques d'un traumatisme peuvent entraîner des handicaps majeurs chez les victimes. Porter un diagnostic précoce et précis peut être déterminant sur l'évolution des troubles psychotraumatiques.

La névrose traumatique est un état psychique organisé et durable déterminé ou déclenché par un traumatisme psychique. Elle associe un syndrome de répétition traumatique et des symptômes non spécifiques tels que des troubles anxieux, des troubles de l'humeur, des troubles des conduites mais également un véritable remaniement de la personnalité.

À la différence des états de stress dépassé ou pathologique qui sont des réactions immédiates, la névrose traumatique n'apparaît qu'après un temps de latence.

La classification américaine a exclu le concept de névrose traumatique et a introduit la notion d'état de stress post-traumatique. Pour les américains, les troubles anxieux, dépressifs et les troubles de la personnalité sont des éléments de comorbidité à la différence de la névrose traumatique qui inclut ces troubles dans les critères diagnostiques.

L'épidémiologie des syndromes psychotraumatiques concerne surtout les recherches américaines, amorcées par la constatation des séquelles psychologiques présentées par les vétérans du Vietnam dans les années 70.

D'après une étude réalisée en 1995 dans le cadre de la National Comorbidity Survey (Kessler), la prévalence sur la vie entière de l'exposition à un événement potentiellement traumatique est de 60,7 % pour les hommes et 51,2 % pour les femmes. D'après la même étude, la prévalence sur la vie entière de développer un stress post-traumatique est de 10,4 % chez les femmes et de 5,4 % chez les hommes. Par ailleurs, certaines études ont permis de déterminer certains facteurs de risques : le sexe féminin (il multiplie par deux le risque de névrose traumatique), les antécédents psychiatriques notamment troubles anxieux, dépressifs, les conduites addictives (risque de chronicité) ; le bas niveau socioéconomique a également été reconnu facteur de risque. (Breslow, 1998).

L'exposition à un événement traumatique

Elle est évidemment une condition indispensable au diagnostic. La DSM IV (APA 1994) a défini deux critères nécessairement présents :

- a) Le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des éléments durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée.
- b) La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

De nombreux événements peuvent être à l'origine de troubles post-traumatiques : situations de guerre, catastrophes naturelles, attentats, agressions physiques et sexuelles, accidents graves. Ce n'est pas la gravité de l'événement qui est l'élément le plus déterminant dans le développement de la névrose traumatique mais le vécu personnel de l'événement par le sujet.

Les autres critères diagnostiques de la névrose traumatique ou du stress post-traumatique regroupent un temps de latence, le syndrome de répétition et les conduites d'évitement.

Le temps de latence

Il est très variable, de quelques heures à quelques mois, selon la capacité de l'individu à mettre en place ce nouveau mode de défense. Il correspond à un travail de réorganisation afin d'assurer un nouvel équilibre après la désorganisation du traumatisme initial.

Ce temps de latence est considéré comme cliniquement silencieux. Cependant, il est parfois observé des modifications du comportement social : retrait du monde avec méditation perplexe ou plus rarement excitation et jovialité.

Le syndrome de répétition

Il est pathognomonique. Il correspond à une répétition intensément vécue de la scène traumatisante. Le tableau clinique retrouve :

- des cauchemars répétitifs de l'événement plus ou moins remaniés,
- des ruminations mentales sur les causes et les conséquences de l'événement,
- des souvenirs répétitifs et envahissants avec sentiment de détresse,
- l'impression que l'événement va se reproduire (phénomènes d'hallucination, illusion, flash back),
- des agissements comme si l'événement allait se reproduire avec réactions de sursaut, gestes ou impulsions agressives, fuites,
- une hyperréactivité lors de l'exposition à des stimuli rappelant l'événement (bruit, odeur...).

Pour Croq, ce syndrome correspond à la perpétuation d'une expérience non intégrée comme si l'événement était vainement réitéré. D'après lui, les manifestations sont variables selon le sujet et les moments et combinent la détresse psychique, l'orage neurovégétatif (palpitation, sueur, lipothymie) et une attitude de défense (raidissement du corps).

Les conduites d'évitement

Elles font parties des critères diagnostiques de la classification DSM IV du stress post-traumatique. Par contre, elles sont considérées comme des symptômes non spécifiques de la névrose traumatique.

L'évitement se traduit par :

- une amnésie partielle ou totale du traumatisme (comparée à l'amnésie salvatrice des criminologues),
- des efforts pour éviter les activités, endroits ou les gens qui éveillent les souvenirs,
- des efforts pour éviter les pensées, sentiments, conversations concernant le traumatisme,

- un émoussement affectif, une asthénie physique, psychique, sexuelle,
- des troubles hypochondriaques, phobiques, hystériques (conversion, état second),
- des états dépressifs réactionnels, des manifestations anxieuses,
- des troubles des conduites alimentaires, addictives,
- des troubles psychosomatiques (asthénie, HTA, ulcère gastroduodénal).

La réorganisation de la personnalité

Elle est considérée comme pathognomonique de la névrose traumatique. Croq parle de personnalité traumatique.

Cette modification doit être importante et responsable d'une altération significative du fonctionnement social, professionnel, familial. Il ne doit pas exister d'antécédent de personnalité pathologique antérieure au traumatisme ni d'accentuation de traits préexistants. Ces troubles doivent être observés pendant au moins deux ans.

Le remaniement de la personnalité résulte d'un triple blocage selon le schéma de Fénichel :

a) Blocage de la fonction de filtrage :

Incapacité à filtrer les stimuli dangereux d'où un état d'alerte permanent, une lutte contre l'endormissement (s'abandonner au sommeil, c'est prendre le risque de relâcher la vigilance) et les réveils fréquents au cours de la nuit, les sursauts.

b) Blocage de la fonction de présence :

Désintérêt pour les activités antérieurement motivantes, aboulie, impression d'avenir bouché, éloignement vis-à-vis du monde.

Trouble de la mémoire, de la concentration.

c) Blocage de la fonction de relation à autrui :

Incapacité à aimer les autres, sentiment d'être différent, de n'être pas aimé ni compris.





Dépendance affective avec irritabilité, amertume, labilité émotionnelle (il a tellement manqué de secours au moment de l'événement).

Le sujet devient revendicateur (revendication de réparation et de considération).

Cela entraîne un repli sur soi avec réduction des activités, baisse ou inhibition de la sexualité.

L'entourage du sujet victime de névrose traumatique repère qu'il y a un avant et un après et souligne combien la personne a été changée par l'événement. La personnalité est modifiée et en conséquence, les orientations de vie.

Évolution

Non traitée, la névrose traumatique évolue sur un mode chronique avec cependant tendance à long terme à l'atténuation des phénomènes de répétition et à l'enkystement des troubles de la personnalité.

Des poussées aiguës sont possibles à l'occasion des anniversaires, procès, événements rappelant le traumatisme.

Les conséquences sociales et professionnelles sont graves avec risque de perte d'emploi.

Les victimes sont rarement indemnisées par les organismes d'assurance (la liaison de ces troubles au traumatisme est rarement faite). Les difficultés financières poussent souvent le conjoint à chercher une activité professionnelle si ce n'était pas le cas jusqu'à présent.

Les séparations et divorces sont fréquents ce qui aggrave l'isolement des victimes.

L'entourage familial présente souvent un sentiment d'incompréhension face aux symptômes de la victime, ce qui entraîne une exaspération voire un rejet du sujet.

Les abus d'alcool et d'anxiolytiques sont fréquents avec risque de dépendance.

La prescription de benzodiazépines empêche l'expression du vécu traumatique et de sa fonction cathartique.

Une étude a montré que dans les quatre ans qui suivent une catastrophe naturelle, le taux de suicide dans la population concernée augmente de 1,4% (Krog 1988). Des troubles psychotiques peuvent apparaître suite à un traumatisme chez les sujets présentant une structure psychotique. Il s'agit le plus souvent de psychose schizophrénique paranoïde.

Étiopathogénie

L'exposition à un événement traumatisant est une condition nécessaire mais non suffisante au développement de la névrose traumatique. Un même événement peut être traumatisant pour un sujet et pas pour un autre.

La vulnérabilité va dépendre des résonances personnelles de l'individu, des

prédispositions constitutionnelles ou acquises du sujet et des circonstances péri-traumatiques.

Les sentiments d'impuissance, de détresse ressentis au moment d'un traumatisme ainsi que le sentiment de culpabilité (syndrome du survivant) favorisent l'apparition de névrose traumatique.

Pour Freud, le traumatisme psychique correspond à un débordement des défenses du Moi par un excès de stimulations critiques et menaçantes. Une image du réel de la mort va faire effraction dans le psychisme et s'y fixer comme « un corps étranger interne ».

Les symptômes de répétition représentent des tentatives d'expulsion de ce corps étranger.

Plusieurs théories cognitivo-comportementales ont été proposées et ont permis l'élaboration de thérapies.

Selon le modèle d'Horowitz (1986), les symptômes de stress post-traumatique sont la réponse à l'excès d'informations reçues pendant l'expérience traumatisante et sont maintenues par la difficulté à intégrer les nouvelles données au sein des schémas cognitifs antérieurs.

Selon le modèle de Jones-Barlow (1992), l'événement traumatique constitue un stimulus inconditionnel, les sensations internes et les facteurs externes rappelant le traumatisme sont des stimuli conditionnels déclenchant à nouveau l'anxiété et entraînant les manifestations d'évitement, maintenues par conditionnement.

Selon le modèle de Foa (1989), le caractère imprévisible et incontrôlable du traumatisme est le principal agent pathogène. Cette perception ébranle les croyances initiales du sujet sur la confiance qu'il peut avoir en lui et son environnement.

Les études neurobiologiques semblent montrer que les sujets victimes d'un stress post-traumatique ont une réponse au stress perturbée avec une baisse de production de cortisol dans les suites d'un événement traumatisant.

Une réponse excessive des catécholamines et des neuropeptides serait en cause, elle-même à l'origine d'une mémorisation anormale du traumatisme avec hyper vigilance et état de détresse.

D'autres études ont montré des réponses neurobiologiques au stress post-traumatique différentes de celles provoquées par le stress chronique. Des anomalies architecturales du sommeil et une hyperactivité catécholaminergique ont également été retrouvées.

Conclusion

Il est admis que plus le traitement d'une névrose traumatique est précoce, plus il est efficace.

Les répercussions médico-psychiatriques, sociales et économiques sont majeures.

Il s'agit donc d'un véritable enjeu de santé publique avec nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire.

Un diagnostic précis doit être établi d'une part afin que le traitement puisse être instauré le plus tôt possible, d'autre part afin de permettre sur le plan médico-légal une reconnaissance du trouble avec une éventuelle indemnisation.

De cette approche pluridisciplinaire dépendra l'extinction ou le maintien voire le renforcement des troubles psycho-traumatiques.

Bibliographie

CHAHRAOUI K., BESSE P., BENOMY H., BONIN B., GISELMANN A., « La consultation psychologique spécialisée pour les sujets souffrant de syndromes psychotraumatiques », *Annales médico-psychologiques*, vol 162 n° 5, 2004, p. 351-359.

CLERVOY P., MELE E., CORCOS M., « Événement, stress et traumatisme », *La revue du praticien*, 2003, p. 829-831.

CORDIER B., SYLVESTRE M., LEYRIE J., « Pathologies psychiatriques post-traumatiques », *EMC*, 1994, 37-329-A10.

CROCQ L., LOUVILLE P., DOUTHEAU C., CREMNITER D., « Psychiatrie de catastrophe », *EMC*, 1998, 37-113-D10.

DE CLERQ M., LEBIGOT F., *Les traumatismes psychiques*, Paris, Édition Masson, 2001, 384 p.

DIONOT T., « Évaluation du dommage psychiatrique », *EMC*, 1998, 37-909-A10.

LOUVILLE P., *Syndromes psychotraumatiques. La psychiatrie d'aujourd'hui*, Paris, Édition Odile Jacob, 2003, p. 171-181.

LOPEZ G., SABOURAUD A., *Psychothérapie des victimes*, Paris, Édition Dunod, 1998, 326 p.





Geneviève Stahl Rousseau

LACAN ET CHENG

Champ lacanien et poétique chinoise

Résumé

À l'issue d'échanges fructueux avec Cheng dans les années 1975, Lacan a déclaré que l'interprétation doit être poétique. Des points de convergence peuvent être repérés entre le caractère ternaire du système de pensée chinoise et le champ structural lacanien.

« C'est pour autant qu'une interprétation juste éteint un symptôme, que la vérité se spécifie d'être poétique... » Cet énoncé de Lacan dans sa leçon du 19 avril 1977 de « l'insu que sait de l'une bévue s'aile à mourre... », est en écho, dans « Lacan, l'écrit, l'image », « Lacan et la pensée chinoise », avec ce texte de François Cheng : « dans une lettre datant du 22 avril 1977, il (Lacan), m'écrit : « j'ai fait état de votre livre à mon dernier séminaire en disant que l'interprétation, soit ce que doit faire l'analyste, doit être poétique » (mot souligné par Lacan) ...

« L'interprétation doit être poétique » est donc un énoncé de Lacan issu des échanges fructueux qu'il a eus avec Cheng dans les années 75 ; cette injonction qui de prime abord a quelque chose d'opaque, s'adresse en premier lieu à la poésie au sens large, mais surtout à la poésie de l'écriture poétique chinoise qui a quelque chose de spécifique. Cet énoncé est à situer au cœur des échanges entre Lacan et Cheng et c'est surtout cette spécificité propre à la poétique chinoise qu'il s'agit de dégager pour comprendre ce que Lacan veut dire lorsqu'il associe interprétation et poésie.

À cette période, Lacan a construit son champ « lacanien », champ des jouissances selon Encore, le séminaire XX et organisées par le noeud borroméen en R, S, I ; le noeud borroméen bien établi à cette époque constitue un système ternaire ; il y a au minimum 3 anneaux et le nouage est tel que si l'un des anneaux se délie, le tout se délie...

Lacan s'intéresse dans les années 70 à la langue chinoise et apparemment, ce qui le séduit dans l'approche de Cheng, c'est que ce dernier contrairement aux autres sinologues à cette époque (alors que maintenant, cela est un fait bien établi) insiste sur le caractère ternaire du système de pensée chinoise, taoïste et confucianiste ; Le yin, le yang et le vide médian. *Les deux systèmes de fonctionnement chez Lacan*

et dans la philosophie chinoise sont ternaires, cela est un point essentiel.

Ce qui séduit Lacan et qui manque dans son champ « lacanien » c'est, à priori, l'aspect poétique c'est-à-dire la modulation, le contre-point tonique dont parle Cheng ; il faut donc insister sur le rythme, le mouvement, la modulation, le ton. On peut néanmoins dire que le style de Lacan à la fois écrit et surtout parlé est poétique ; dans l'intonation, dans la structure des phrases qui n'est pas linéaire, dans l'aspect créatif des significations entendues, celles qui précisément résonnent et diffèrent de l'écriture propre... Quand on entend la voix de Lacan, quand on l'écoute avec ce phrasé si spécifique, ses effets de style et de langage, surtout le Lacan de la dernière période, quand on lit *Liturer la terre*, on trouve des passages que certains comparent à du Mallarmé. Dans « les Paradigmes de la jouissance » (Revue n° 43 de l'ECF), Éric Laurent cite Lacan qui s'exprime à propos d'un vol au dessus de la Sibérie au retour du Japon, qui était le premier vol autorisé par les russes : « Tel invinciblement m'apparut (...) d'entre les nuages, le ruissellement, seule trace à apparaître, d'y opérer plus encore que d'en indiquer le relief en cette latitude, dans ce qui de la Sibérie fait plaine, plaine désolée d'aucune végétation que de reflet, lesquels poussent à l'ombre ce qui n'en miroite pas. » Et là, avec cette citation, Éric Laurent parle précisément de ce rapport à l'écriture, des réflexions sur la langue chinoise et des échanges avec Cheng. Éric Laurent rappelle qu'entre 1969 et 1973, Lacan et Cheng se sont rencontrés très régulièrement en travaillant notamment sur Lao-Tseu, Mencius et Shih'tao ; le « Vide et plein » de Cheng paraît en 1977 ; la citation qui nous intéresse est issue de « l'insu qui sait que s'aile la mourre », manière on ne peut plus poétique de traiter de son thème avec ce fameux travail sur *lalangue* ; Bref il faut rapprocher là, la poésie de la langue *lalatine* et de *lalangue* à l'œuvre dans l'interprétation pour tout un chacun analysant, avec la poésie à l'œuvre dans l'écriture poétique chinoise.

Médecin Psychanalyste

Secteur 6, Centre Hospitalier, 84143 Montfavet cedex, Tel 0490039181, Fax 0490039225

Si l'on admet qu'il y a de la poésie dans l'interprétation, en tout cas qu'un « bon » analyste doit faire sonner autre chose que du sens comme le dit Lacan, cette poésie doit alors se rapprocher de la poétique chinoise telle que Lacan a pu l'étudier dans la calligraphie, la peinture et l'écriture idéographique. Pourquoi ? Parce que le système chinois est ternaire comme son propre champ lacanien : certes le champ lacanien topologique est purement mathématique à la base, mais si le bon analyste doit faire résonner quelque chose à la manière du système chinois, c'est parce qu'à la structure ternaire chinoise, la poésie est inhérente ; elle y est déjà ! Elle est coextensive au système...

Le « bon analyste », outre le système ternaire topologique de base, les mathèmes, etc, doit « trouver » la poésie...en plus ! La topologie n'est qu'une structure, la langue, la *lalangue*, n'y est pas...

« L'interprétation doit être poétique »

nous incite à comparer les deux systèmes, celui de la pensée chinoise et celui du champ lacanien.

Il nous semble que ce qui paraît caractériser le système chinois, le ton, l'aspect modulatoire, le « contre-point tonique », sont précisément ce vers quoi doit aller l'inspiration du psychanalyste pour l'acte analytique de l'interprétation. Ce n'est pas inscrit déjà dans le système ; c'est un « acte » de l'analyste ; on serait tenté de dire, à chaque analyste, à chaque cure, à chacun sa « trouvaille »... Il y injecte de sa trouvaille, en quelque sorte de la poésie...

Le modèle structural lacanien est posé dans RSI lors de la séance du 10/12/74 où Lacan rappelle : « Dans la pratique analytique, de là où l'on opère, on ne fait que le réduire, ce sens... L'inconscient se supporte de quelque chose de structuré comme le symbolique, de l'équivoque, laquelle n'est pas le sens ; le sens est ce par quoi quelque chose d'autre que le symbolique répond ; ce quelque chose là se supporte de l'Imaginaire ; la référence de l'Imaginaire est celle du corps, du corps vivant... » La langue, lalatine, introduit la dimension de l'imbécillité, du corps vivant... C'est dans l'effet d'écriture du symbolique où l'on peut « lire entre les lignes » que tient l'effet de sens et d'imbécillité.

Lacan dit, toujours dans cette séance de RSI, qu'il faut *en l'analyste au moins deux personnes*, « l'analyste pour avoir des effets et l'analyste, qui de ces effets, les théorise... »

Si le *corps* doit résonner dans l'interprétation, c'est à la manière de la poésie. De même que le vide médian, le souffle vital, font que le sujet est inclus dans ce système cosmogonique chinois dont l'écriture témoigne, et résonne dans le Yin-Yang, il s'agit dans l'interprétation, de faire résonner poétiquement la jouissance du corps, de faire vibrer la corde du réel qui sépare le *petit a* du sens, tout cela



à cet endroit où, nous dit Lacan dans RSI, ont lieu les effets de l'art, que ça sonne comme peuvent résonner son et sens à l'unisson. Que la métaphore et la métonymie puissent produire « autre chose » à la manière du vide médian, voilà ce qui rapprocherait les deux modèles structuraux lacanien et poétique chinois.

Dans la leçon du 19/4/77 de son séminaire « l'insu que sait de l'une bévue s'aile à mourre... », Lacan fait observer à son auditoire : « Si vous êtes psychanalyste, vous verrez que ces forçages par où un psychanalyste peut faire sonner autre chose, autre chose que le sens, car le sens c'est ce qui résonne avec l'aide du signifiant ; mais ce qui résonne ça ne va pas loin, c'est plutôt mou. Le sens, ça tamponne, mais à l'aide de ce qu'on appelle l'écriture poétique, vous pouvez avoir la dimension de ce que pourrait être l'interprétation analytique. » Et il ajoute : « Il y a ce que François Cheng a énoncé devant moi, à savoir un contre-point tonique, une modulation qui fait que ça chante car de la tonalité à la modulation, il y a un glissement... »

Il précise dans son séminaire Encore à propos de « la fonction de l'écrit » page 34 : « ce qu'on entend, c'est le signifiant », le signifié étant l'effet du signifiant... En effet « le signifié n'a rien à faire avec les oreilles, mais seulement avec la lecture, la lecture de ce qu'on entend... ».

L'interprétation est produite grâce à l'analyste par un acte, de « forçage », de « manipulation ». Avec le modèle topologique que représente la bande de Moebius pour l'interprétation, nous avons une logique articulée par laquelle nous nous représentons comment l'interprétation pourra faire « coupure » en agissant sur le bord de la bande, disjoignant les deux versants du fantasme qui ne s'appréhendaient jamais en même temps au fil de la cure...



Cette « coupure » est produite par un acte, celui de l'analyste. Si dans l'analyse, l'analyste se réfère au fait que « l'inconscient est structuré comme un langage », l'usage de la métaphore et de la métonymie sera répandu. S'il pense à *lalangue*, comme dans l'« étourdit » où « l'inconscient est structuré comme une lalangue », l'aspect poétique, créatif pour chacun comme dans le « fa(t)millionnaire » du séminaire des « formations de l'inconscient », pourra avoir lieu. Empruntons à Stéphane Gilet-Le-Bon dans « le mot d'esprit dans ses rapports avec l'interprétation » (Lettre mensuelle 152 de l'École de la Cause Freudienne) la phrase suivante : « Le joint entre le son et le sens, mis donc au premier plan, ce n'est plus l'idée du signifiant qui se supporte dans la langue de la syntaxe essentiellement, du signifiant engendrant le sens, mais du signifiant "réduit à une torsion de voix". » La voix, comme nous l'indique Lacan dans « La troisième », « étant libre d'être autre chose que substance pour être remise au compte de l'opération purement signifiante ».

Cette « autre chose » créative est à disposition dans le système chinois : Cheng dans « Lacan, l'écrit, l'image » dit que ce qui fascine Lacan, ce sont tous ces signes écrits en tant que système. « Un système qui est au service de la parole, tout en gardant une distance par rapport à elle. Comme chaque idéogramme forme une unité autonome et invariable, son pouvoir signifiant ne se dilue que peu dans la chaîne. Ainsi tout en étant capable de transcrire fidèlement la parole, le système peut aussi, par tout processus d'ellipse volontaire et de combinaison libre, engendrer en son sein un feu ouvert, cela surtout dans le langage poétique où, à l'in-

térieur d'un signe et entre les signes, le Vide médian joue à pulvériser l'emprise de la linéarité unidimensionnelle. »

On pourrait conclure ici en disant que l'interprétation met en jeu l'aspect créatif du mot d'esprit de *lalangue*, en jouant d'équivoque, de non-sens, etc, en soulignant qu'un mot d'esprit ne vise pas le beau, mais que l'interprétation vise le « vrai » dans le mi-dire et l'éthique du « bien dire ». Le modèle du nœud borroméen permet de repérer là où l'on vise le sens, je « joui-sens », là où doit « vibrer » la corde du réel, là où se place petit a... Mais ça ne suffit pas, à vouloir « serrer », « coincer » « petit a », « faire couiner » la jouissance, il faut faire « sonner » « autre chose » que le sens avec la *lalangue*, laquelle n'est pas dans le nœud, puisqu'elle est propre à chacun... Elle serait dans le « quart-terme »... lequel représente le sujet...

Il faut que « ça chante ».

Empruntons à Francis Ponge :

« Malherbes ne raisonne pas, à beaucoup près, autant qu'il ne résonne. Il fait vibrer la raison.

« Qu'en dis-tu ma raison ? »

Cette confusion ou coordination sublime entre raison et reson résulte de (ou s'obtient par) la tension au maximum de la lyre. Le style concerté. Le concert des vocables. » (un Malherbes 1965.)

Dans l'écriture poétique chinoise telle que nous l'a présentée Cheng, nous avons bien saisi le système de rythme, de musicalité et de contre-point tonique qui séduit Lacan car il contient à lui tout seul dans sa ternarité, avec le système du vide médian, ce que lui, depuis plus de vingt ans fonde au fil des séminaires pour élaborer les outils qui nous servent à tous, à savoir le champ lacanien, qui est un champ structural, pluridimensionnel.

Bibliographie

CHENG François, *L'écriture poétique chinoise*, Points essais, 1996.

CHENG François, *Vide et plein*, Points essais, 1991.

CHENG François, *Lacan, l'écrit, l'image*, champs flammariion, 2000.

GILET-LE-BON Stéphane, lettre mensuelle 152, « le mot d'esprit et ses rapports avec l'interprétation ».

LACAN, *Le séminaire*, livre XX, encore, éditions du Seuil.

LACAN, *Le séminaire*, livre XXII, RSI, éditions du seuil.

LACAN, *Le séminaire*, livre XXIX, l'insu que sait de l'une bévée que s'aile à mourre (non paru).

LAURENT Éric, « Les paradigmes de la jouissance », *Revue de l'École de la cause freudienne*, n° 43, Navarin Diffusion.

PONGE Francis, un Malherbes, 1965.



François Roché

D'une éthique des soins en psychiatrie¹

Voilà... je me retrouve devant vous... censé vous dire quelque chose autour de l'éthique des soins, de la fonction soignante en psychiatrie... ceci pour introduire nos échanges entre psy d'enfant et psy d'adulte... je précise qu'il s'agit pour moi du même métier, des mêmes questions éthiques... sauf qu'elles s'appliquent à des sujets d'âges différents.

Une des premières ségrégations contre laquelle doit lutter la psychiatrie, avec celle du sexe, c'est celle de l'âge.

Quand j'ai réfléchi à cette question, j'ai retenu cinq propositions que je vais essayer de soutenir en les articulant entre elles, puisant mon argumentation dans la vie quotidienne, dans la « psychopathologie de la vie quotidienne »... je ne sais pas faire autrement, je m'en excuse par avance... cela risque de donner un style un peu familier voire « provoquant » quelquefois à mon intervention.

Je vous suggère d'entendre le terme de provoquant dans le sens que lui donnait Ferenczi quand il cherchait à induire une réaction chez ses patients en utilisant des « méthodes actives ». Cela lui valut l'excommunication de Freud, j'espère ne pas subir les mêmes foudres de votre part... c'est un risque à prendre.

L'éthique du soin... Il y a des questions comme celle-ci, usées jusqu'à la corde, éculées à force d'être venues nous rebattre les oreilles, on les sort du placard généralement en période de crise tout en se demandant si on peut encore en tirer quelques enseignements.

Lorsque Huguette Ferré m'a sollicité, je n'ai pas pu, comme souvent, dire non... cela aurait été pourtant la seule réponse intelligente à lui faire... mais bon... si on ne devait faire que des réponses intelligentes, ce serait assez fatigant et la vie serait probablement assez triste.

Vous dire pourquoi j'ai, malgré les années, toujours du mal à dire non à une femme n'aurait d'intérêt que pour moi-

même, d'autant qu'Huguette, dans sa spontanéité, m'a précisé qu'elle se tournait vers moi faute de pouvoir « se payer » un philosophe... alors !!!

Vous entendrez « se payer » comme bon vous semble !

Ceci pour dire que si je refusais cette invitation, cela ne m'enlevait rien de ce pourquoi je suis payé.

Je glisse au passage cette évidence... si nous travaillons en psychiatrie c'est par choix d'exercer un métier... nous sommes payés pour le faire... ce qui nous distingue radicalement du champ social, caritatif ou humanitaire qui foisonne actuellement.

N'étant pas philosophe, ce n'est pas exclusivement du côté du narcissisme qu'il faut chercher mes motivations à être là, n'étant pas particulièrement masochiste non plus... Faut bien que je cherche ailleurs.

Peut-être, dans cette conviction que la psychiatrie comme la psychanalyse s'inscrit dans la tradition orale et qu'il y a toujours à espérer un certain plaisir dans des échanges qui passent par la parole.

Car il faut bien que je trouve quelque part un plaisir qui, comme tous les plaisirs, est parfaitement inavouable. Inavouable, non par honte, pudeur ou quoi que ce soit de pire encore... Inavouable parce que je ne le connais pas.

C'est là une première idée que je vous propose

« Nous ne savons jamais vraiment pourquoi nous faisons telle chose, tel ou tel choix. Nous ne le savons jamais vraiment à 100 %. »

Cette première suggestion peut vous paraître hors sujet mais il s'agit d'un préliminaire nécessaire pour aborder cette question de la fonction soignante. On n'aborde jamais un sujet de front, c'est comme avec nos patients, on passe par certains détours pour toucher ensuite à l'essentiel...

Ainsi, sauf sous la contrainte, nous ne savons jamais vraiment pourquoi nous faisons telle chose, tel ou tel choix.

On se donne bien sûr des raisons, voire des justifications... mais quelque chose toujours nous échappe, quelque chose manque. Et ce manque, c'est toujours dans l'après-coup qu'il apparaît éventuellement.

Psychologue Intersecteur Nord-Vaucluse.

Centre hospitalier, 84143 Montfavet cedex, tél. 04 90 03 92 29 - fax 04 90 03 92 43.

1. Communication de François Roché à la Journée d'étude du 17 février 2004 au Centre hospitalier de Montfavet, organisée par les services du Dr Bernard et du Dr Rouveyrolis.

On fait les choses parce qu'on les désire mais on n'est jamais sûr à l'avance de les désirer vraiment... Ne croyez pas que nous soyons éloignés des questions d'éthique... si je m'en tiens à une définition stricto sensu du Larousse... nous sommes en plein dedans.

Éthique, du grec ethos signifiant mœurs... Nous voulons élever le débat et nous voilà plongés dès l'étymologie dans une « affaire de mœurs »... l'éthique, ce sont donc « des règles morales choisies par une personne pour guider ses actes, sa vie ».

Guider ses actes, faire des choix... nous sommes bien au cœur du sujet. Mais comment savoir qu'on choisit, qu'on fait quelque chose, qu'on désire en son nom et non au nom d'un autre ? Le névrosé est bien celui qui prend la demande de l'autre pour son désir à lui (je n'ai jamais trouvé de meilleure définition !)

Mais il peut arriver que quelqu'un désire en son nom : ce serait le sujet normal... il paraît que cela existe... j'attends toujours que l'on me présente quelqu'un qui n'ait jamais souffert de symptômes névrotiques...



Ce sujet normal, il veut quelque chose pour lui et comment distinguer quelqu'un qui veut quelque chose pour lui de quelqu'un qui veut quelque chose pour maman, papa ou la tante Jeanne ?

Et bien, il veut quelque chose mais il ne sait pas quoi. Vous voyez comme c'est simple d'être normal ! Ne me faites pas dire qu'il suffit de ne pas savoir ce que l'on veut pour être normal ! Cela est à la portée du premier phobique hésitant venu... sauf à ranger le phobique en question dans la catégorie du normal, ce qui ne me dérangerait pas dans la mesure où la névrose est une structure en tous points comparables à la structure normale. La névrose, ça s'attrape à peu près comme la rhino-pharyngite... à savoir dès la naissance... dès la naissance à la parole bien sûr.

Le normal, ainsi, la seule chose qu'il sait, c'est qu'il veut. Cela ne veut pas dire qu'il ne sait pas forcément ce qu'il veut ; mais que son désir est disponible...

Il désire, mais il ne sait pas d'avance ce qu'il va désirer. Il se découvre désirant en même temps qu'apparaît pour lui l'objet. Il prend le risque de laisser son désir se fixer sur quelque chose qui peut apparaître et qui n'est pas encore là.

Désirer, sans que ce soit prévu d'avance, c'est cela le désir normal mais c'est risqué et ce n'est pas garanti. Les demandes de garantie en tous genres sont un des symptômes névrotiques de notre temps, il faut s'assurer contre tous les risques et ils sont infinis... (C'est bien connu.) Nous vivons ainsi une époque empestée par les assurances de tous poils de telle manière qu'il ne nous arrive rien... (On n'est jamais trop prudent !) Et effectivement, il ne nous arrive rien... plus rien... plus rien qui ne soit autrement que prévu, calibré, formaté. Les exemples foisonnent... cela va même s'insinuer jusque dans la civilisation dite des loisirs. Qui n'a pas rencontré le quidam raconter ses dernières vacances ! Le billet d'avion pour le bout du monde à se faire rôti sur la plage, à ne rien manquer des activités prévues au programme ficelées par le tour opérateur depuis Paris, à ne pas sortir du camp où se concentrent les vacanciers... Ne rien manquer de ce qui est prévu et pour lequel on a payé cher, de telle manière qu'il n'arrive rien d'imprévu comme par exemple une rencontre avec un gars du coin, avec une coutume, un repas local, comme une tentative de se frotter à la langue du pays... ou à quoi que ce soit d'inattendu, d'imprévisible...

J'exagère... peut-être ou peut-être pas !

La précipitation, la hâte habituelle de fixer le désir sur le premier objet venu, repéré d'avance, situé socialement, ne fait que traduire sa nature névrotique. La société de consommation triomphante nous pousse vers des objets, ils deviennent des objets de consommation courante... La publicité ne s'y trompe pas. C'est quoi le discours publicitaire ? Ça peut même nous aider à définir un objet en le distinguant d'une chose. Un objet, c'est une chose qui a été nommée, une chose qui est rentrée dans le discours... Ce n'est que lorsqu'on nous les a montrées, nommées, que les choses acquièrent une existence pour nous. La chose dite, c'est l'objet.

Quand Freud disait que l'on n'accède qu'au nom des choses, c'est exactement ce que les publicitaires reprennent à leur compte. Tant qu'un objet (de consommation ou autre) n'est pas nommé, il n'existe pas, il reste à l'état de chose, il n'a pas d'existence, donc il ne peut rien valoir. La publicité est ainsi un discours capable de faire vendre n'importe quoi à n'importe qui... capable de nous donner l'illusion d'un désir d'objet là où il n'y a qu'une volonté mercantile (légitime au demeurant). Le slogan publicitaire est là pour empêcher que le désir flotte, on lui indique un objet où il doit s'accrocher... les zones d'incertitude, dans nos sociétés, étant de plus en plus intolérables.

La publicité prouve, à nos dépens parfois, qu'il n'y a de faits que du discours... Chacun de nous se pense au-dessus de cela, tout en éprouvant combien il est difficile d'y échapper...

Si je vous raconte tout ça... le désir, la publicité, la consommation... c'est que je me demande à quoi peut bien ressembler une psychiatrie de « consommation courante »... ça ne doit pas être très ragoûtant...

Le jour où on sera sûr de rencontrer la même chose à Avignon, Nice ou truffouillis les oies... le jour où l'on aura atteint un tel degré de qualité en psychiatrie au point de rencontrer partout pareil la même chose, que ce soit médecin, psychologue, infirmier ou autres... le jour où l'on sera certain d'avoir atteint « quelque chose » comme ça, on sera tout aussi sûr de ne plus rencontrer « quelqu'un ». On sera certain de ne plus rencontrer personne. On aura réussi à chosifier la psychiatrie en transformant ses acteurs en « clones ». On aura réussi à transformer l'homme de chair et de sang, d'émotion et d'humeur, l'homme de Gutenberg, l'homme de parole comme dirait Claude Hagège, en cyborg, droïde ou je ne sais quel extra-terrestre...

On aura réussi à faire disparaître de la psychiatrie le désir, le désir propre. On aura réussi à réduire la psychiatrie à ce qu'il y a de plus important de nos jours, à savoir la valeur marchande. Une psychiatrie réduite à une valeur marchande. Dès lors, ce qui va suivre dans mes propos, vous pouvez le recevoir comme un combat contre la « marchandisation », comme un combat, un plaidoyer pour la métaphore, c'est-à-dire pour la poésie et l'amour.

J'essaye de vous montrer que le désir repéré à l'avance, le désir qui ne prendrait aucun risque, c'est du désir « Canada dry », c'est justement une protection contre le désir.

Il est erroné de considérer que l'on désire tel objet parce qu'il est désirable. Invoquer la nature de l'objet, la nature de l'autre pour justifier le désir, c'est une mystification, une entourloupette. La chose effrayante, c'est que cela ne choque personne. Or, c'est faux... c'est parce que « je » suis désireux que mon désir va se fixer à n'importe quoi, à n'importe qui...

Le désir, le désir du sujet est préalable à l'objet. Ce qui n'interdit pas qu'il puisse être satisfait ce désir... comment cela se repère-t-il ?... Dans l'après-coup...

C'est dans l'après-coup qu'on va repérer la différence entre le désir du sujet et son degré d'infiltration névrotique par la demande de l'autre. Exemple : des tas de gens consomment parfois une énergie considérable pour satisfaire leur désir, pour atteindre un objectif... et une fois parvenus au but... au lieu d'être satisfaits, ils vont mal. S'ils ne rencontrent pas « le psychiste » de service qui s'empressera d'expliquer les choses par une baisse d'énergie liée à l'absence nouvelle de but, obturant ainsi toute ouverture par un diagnostic de dépression... S'ils ne rencontrent pas ce type de réponse enfermante, ils pourront prendre conscience dans le vacillement qu'ils éprouvent que ce qu'ils désiraient si fort, ils ne le voulaient peut-être pas vraiment...

Se rendre compte que le chemin emprunté n'était pas le nôtre, qu'il s'agissait non pas de notre désir propre mais de la demande déguisée de l'autre... c'est sans doute cela la dépression... Faut-il pour cela rencontrer une écoute qui puisse l'accepter.

En effet, fort heureusement, l'immense majorité des gens, quand ils obtiennent ce qu'ils désirent, sont ravis et c'est très bien ainsi. Il n'y a pas d'autre raison à l'existence que cette capacité à satisfaire nos désirs, quelque soit la forme de ces désirs...

C'est donc la satisfaction après-coup qui vient marquer qu'il s'agissait d'un désir en son nom alors que la déception vient trahir que l'on a perdu ce que l'on croyait être son désir et qui n'était que la demande d'autrui.

On a beaucoup épilogué sur cette différence que Lacan a introduit entre la jouissance et le plaisir... pour dire que là où il y a de la jouissance, il ne saurait y avoir de plaisir. C'est finalement assez simple : la jouissance est à situer du côté de ce désir incarcéré dans la demande de l'autre... jouissance répétitive, aliénée, voire effrénée, elle ne peut conduire qu'à la déception.

La conquête d'un objet, aliéné dans la demande de l'autre, c'est cela qu'on peut désigner jouissance. On entend bien alors en quoi cette jouissance interdit le plaisir qu'offre, à l'inverse, la satisfaction d'un désir, d'un désir propre.

Nous ne savons jamais vraiment pourquoi nous faisons telle chose, si nous satisfaisons un désir ou répondons à la demande de l'autre. Toutes les variantes et déclinaisons sont bien évidemment possibles entre ces deux extrêmes... c'est ça la vie. Il peut y avoir la rencontre, la relation entre deux demandes, deux désirs... si je l'ai abordé sous l'angle du désir du sujet, c'est pour rappeler cette évidence : soigner, c'est d'abord reconnaître l'existence d'une relation soignant-soigné... relation dont les attendus sont totalement imprévisibles.



C'est ma deuxième proposition :

« Soigner, en psychiatrie comme ailleurs, c'est établir une relation qui engage les deux protagonistes ». Relation que nous devons radicalement distinguer d'une communication. Être en relation avec quelqu'un ce n'est pas communiquer avec quelqu'un... La communication s'occupe de la trans-

mission du message entre un émetteur et un récepteur, ceci quelque soit le canal de communication... auditif, visuel ou autre... Que des troubles de la communication ne facilitent pas la relation bien sûr ! Mais, c'est la relation qui engage le soin... c'est-à-dire potentiellement une rencontre transformatrice.

Les abeilles communiquent entre elles et de manière remarquable... ce sont les éthologistes qui nous le disent : une butineuse peut communiquer au reste des congénères la distance, la direction d'un gisement de pollen moyennant une rapide danse s'exécutant selon le degré d'inclinaison du soleil... communication d'autant plus perfectionnée si l'on rajoute que notre butineuse, capturée et enfermée dans l'obscurité quelques heures, modifiera sa danse en tenant compte de la durée d'enfermement à l'aide de son horloge interne...

Communication remarquable, d'une qualité jamais prise en défaut... Heureusement que l'éthologie n'est pas une science suffisamment sérieuse pour être enseignée dans les écoles de managers, ça leur donnerait des idées... vous imaginez cette qualité de communication appliquée au passage de consignes entre les infirmières, elles devraient quand même pouvoir faire aussi bien que les abeilles, vous imaginez le temps gagné sur les RTT. Pouvoir se transmettre les informations essentielles en un minimum de temps y compris en ayant eu la tête dans le sac durant quelques heures... le tout sur un pas de danse... ça aurait de la gueule non... il y a de quoi faire rêver tous les DRH de France et de Navarre.

Ceci dit... comme modèle d'épanouissement du sujet... la ruche, c'est pas terrible... y compris pour la reine... la vie se borne à la réalisation d'un destin inscrit dans le patrimoine génétique.

Et pourtant la mode aujourd'hui est à la communication. Pourquoi ? Cela évite de parler, de « se » parler... se transmettre un message, une information, ne s'embarrasse pas de la parole... La communication, c'est un langage réduit à une simple désignation, à savoir un langage qui veut nous faire croire qu'il n'y a aucun écart entre ce que l'on dit et ce que l'on veut dire.

L'exemple vient d'en haut. Nos dirigeants politiques, plus préoccupés par l'emballage que par le message lui-même, s'entourent de spécialistes de la communication... Il y aurait de quoi rire s'ils n'étaient pas si influents... leur dernière consigne à la mode auprès des politiques, devant leur échec répété à réconcilier les français avec leur classe politique, est la suivante : « *soyez vous-mêmes, soyez spontanés* »... (Jacques Séguéla, émission télé récente.) Il y a de quoi rire, mais jaune, effondré par le niveau de méconnaissance de ce qu'est un sujet et sa spontanéité. « *Soyez spontanés !* » Les systématiciens appellent cela des communications paradoxales... telle une mère qui dirait à son rejeton, un jour de grand beau temps « couvre-toi, tu vas prendre froid ! ». À la longue et répété, ce type de propos provoque quelques dégâts.

Nous sommes donc devenus des grands communicants, avec ce sentiment amer qu'au plus nous communiquons au moins nous sommes en relation avec les êtres.

J'entends déjà les perfectionnistes... il y en a un qui sommeille en chacun de nous... « et pourquoi serait-il impossible de communiquer tout en étant en relation ? » Les perfectionnistes... parfois ils ne font pas que sommeiller, ils sont actifs du matin au soir, ils le deviennent à temps plein... Vous savez sans doute comment on les reconnaît.

C'est à peu près comme avec les obsessionnels, je ne dis pas qu'il suffit d'être perfectionniste pour être obsessionnel ou inversement... je ne voudrais pas être désagréable... avec les obsessionnels ! !

On les reconnaît à ceci, les perfectionnistes, qu'ils sont particulièrement embêtants avec leur exigence... si je dis embêtants, c'est que je ne renonce pas totalement à utiliser un langage soutenu ; mais la précision psychopathologique m'obligerait à utiliser un autre terme que vous trouverez vous-même si je vous dis que j'ai présent à l'esprit leur caractère anal.

Ils veulent tout contrôler ce qui leur arrive, particulièrement leurs émotions... se soulager, se laisser aller serait bien trop dangereux en compromettant leur équilibre psychique.

On les repère encore plus simplement en parlant avec eux. N'ayant pas renoncé à tout idéal de soi, n'ayant pas saisi que, précisément, pour être soi, être soi-même, l'idéal en question n'est pas à atteindre mais à abandonner... N'ayant pas renoncé à cela, ils sont persuadés détenir l'objet qui vous manque. Ils ont en permanence la solution à ce qu'ils croient percevoir chez vous comme un problème là où, le plus souvent, il n'y a qu'un questionnement, qu'une interrogation... Or le questionnement pour un perfectionniste est insupportable, il le confond avec le doute. Doutant tellement d'eux-mêmes, ils ferment toute possibilité d'incertitude en vous refilant cet idéal de soi à atteindre auquel ils n'ont pas renoncé pour eux. N'y échappant pas pour eux-mêmes, il n'y a pas de raison que l'autre soit épargné. Dans cette perspective perfectionniste, communiquer et relationner devient le minimum requis pour quelqu'un de sérieux.

Ce en quoi ils se mettent le doigt dans l'œil... en vous parlant ainsi, me vient une idée comme traitement possible du perfectionniste mais ne l'ayant jamais expérimenté, je préfère la passer sous silence... Il faut vraiment être bas de plafond et peu exigeant avec soi-même pour penser qu'il est incompatible de communiquer et d'être en relation simultanément. C'est, en effet, ma position... pourquoi ? Parce qu'en matière de relation et de communication, c'est comme avec le beurre et l'argent du beurre, on voudrait bien les deux en même temps mais ça s'exclut...

Comment voulez-vous être en relation avec quelqu'un, comment voulez-vous entendre ce qu'il aurait éventuellement à vous dire, si votre souci, votre projet c'est de lui fourguer un message ? Être en relation suppose une inclinaison, une attention vers l'autre qui interdit ce type de projet... tout particulièrement quand il s'agit d'une relation qui se veut soignante.

Deux abeilles communiquent, c'est fascinant... deux ordinateurs également... c'est extrêmement utile. Mais une psy-

chiatry qui se chargerait de faire communiquer les êtres humains sans être en relation avec eux serait une psychiatrie mourante.

Je sais bien que ce type de discours n'est pas très « porteur » en ce moment. Cela ne se porte pas facilement... La mode n'est pas au sur mesure mais à un prêt-à-porter formaté, gage d'une « qualité » mesurable, quantifiable.

Aujourd'hui les considérations psychopathologiques s'effacent derrière les considérations économiques. Que le coût hospitalier soit contrôlé, c'est bien légitime. On fait semblant de le découvrir aujourd'hui mais ce contrôle existe depuis toujours, bien avant les ordonnances Juppé... Cette histoire de contrôle accru, c'est exactement celle du chien et de la rage... c'est quand on n'en veut plus qu'on trouve qu'il est enragé. Que le sort de la psychiatrie soit scellé... c'est possible voire probable, mais cela n'interdit pas de se poser la question... au nom de quelle éthique ?



Or l'éthique disparaît derrière la déontologie. La déontologie est collective, l'éthique individuelle. Les règles qui régissent une profession, les rapports entre soignants et soignés, ce qui se fait, ce qui ne se fait pas... cette déontologie prend le devant de la scène précisément quand l'éthique du soin perd de sa force, de sa vitalité. C'est toute la différence entre la responsabilité et la culpabilité. Exemple : affaire du sang contaminé. Cette fameuse phrase de G. Duffoix : « *responsable mais pas coupable* ». Comment pouvons-nous l'entendre autrement que sous la forme d'un « *je me sens coupable mais je ne suis pas responsable* » ? En effet, la responsabilité est partageable, c'est le fait d'évaluer la part qui est prise par chacun dans un événement. On peut déterminer des responsabilités, cela s'évalue même en terme de pourcentage, responsable à 50 ou X %, on peut prendre des assurances pour cela. La cul-

pabilité, elle, n'est pas partageable, elle est toujours personnelle. C'est un sentiment que le sujet ressent à propos de lui-même, d'un acte, d'une parole. C'est la façon dont un sujet assume sa responsabilité car son désir y est toujours impliqué.

Cette culpabilité ressentie par le sujet, à tort ou à raison peu importe, est même le moteur de la demande que nous adresse le patient.

À contrario, c'est bien l'absence de sentiment de culpabilité chez les pervers par exemple qui rend les soins difficiles, voire impossibles ; il faut attendre qu'éventuellement il déprime, c'est-à-dire qu'une brèche s'ouvre dans les certitudes de son montage pervers.

La culpabilité ne se décrète pas, elle se ressent ou pas. Celui qui veut la refiler aux autres la voit toujours lui revenir sous une forme décuplée. La culpabilité relève d'une éthique individuelle alors que la responsabilité renvoie à un code déontologique.

Ceci pour argumenter cette troisième proposition :

« Les règles déontologiques, les règlements, les obligations, le poids de l'administration s'accumulent là où l'éthique individuelle vacille. »

Je cherchais sans succès une formulation pour résumer cette position. Et ce n'est que hier soir que je l'ai trouvée... Comme souvent, c'est quand on ne cherche plus que l'on trouve... C'est une citation de Boris Cyrulnik dans un article récent du nouvel observateur consacré à la shoah : « *Plus les progrès et prouesses techniques font circuler des informations éloignées, plus la science crée des représentations objectives, plus l'administration organise efficacement un monde humain de papier, moins nous partageons l'intimité des autres.* » (À méditer par chacun durant les longues heures consacrées à nos tableurs Excel...)

Je disais tout à l'heure que soigner c'est d'abord s'engager dans une relation, une relation qui se veut thérapeutique. En effet, soigner en psychiatrie, c'est, malgré ou grâce à la chimiothérapie, les deux éventualités sont possibles, avant tout, instaurer des thérapeutiques relationnelles, des thérapeutiques s'appuyant sur la relation soignant-soigné... ce qui, étymologiquement, définit le terme de psychothérapie.

À ce titre, et c'est là ma quatrième suggestion :

« La psychiatrie n'est pas une médecine comme les autres et c'est précisément à céder sur cette dimension éthique qu'elle est en train de disparaître. »

En quoi l'éthique médicale s'oppose-t-elle à l'éthique du sujet ?

L'acte fondateur du discours médical c'est la séparation de l'homme et de sa maladie ; le discours médical doit pour son efficacité être déshumanisant. Le discours médical sépare l'homme de la maladie, il n'y fait figure que de « terrain ». Le discours médical objectif doit être énoncé par n'importe qui sur n'importe qui. Le malaise provient de ce qu'il n'est pas supportable d'être n'importe qui... La meilleure preuve, c'est que le patient choisit son médecin (enfin ! ! pour au moins les prochaines 24 heures ce devrait

être encore possible)... Il ne prend pas n'importe qui précisément !

Le médecin est ainsi l'objet du désir du malade. Le désir adressé à la personne du médecin se confond avec le désir qu'il a de s'approprier son savoir ou plutôt les bienfaits de ce savoir.

À défaut de prendre le médecin, on prend une médecine c'est-à-dire le médicament. L'absorption fait l'identification. Molière ne s'y trompait pas. Comment s'y prend t'il pour guérir son malade imaginaire ? Il le fait devenir médecin. Michel Sapir, dans le sillage de Micael Balint, disait que « le meilleur médicament c'est le médecin lui-même ».

La médecine définit les maladies mentales par le fait qu'elles présentent, la plupart du temps, des symptômes sans cause repérable dans le discours médical. Elle les rejette dans le registre d'un imaginaire qui s'oppose au réel. Ainsi conçu, l'imaginaire c'est l'inexistence, rien du tout. D'ailleurs, c'est parfois en ces termes que le diagnostic se pose : « vous n'avez rien »... suivi d'un « c'est dans la tête » ou, plus dans le vent, « c'est psychologique, psychique ». Ne croyez pas que je critique ainsi l'acte médical, je rappelle simplement qu'il tire son efficacité de cette coupure radicale entre l'homme et sa maladie. Leriche observait : « Si l'on veut définir la maladie, il faut la déshumaniser. » Nous devons, précisément, à cette coupure des progrès médicaux constants lesquels ont augmenté considérablement notre espérance de vie. Qui s'en plaindrait ? Personne évidemment ! Vivre le plus longtemps possible, chacun est preneur sans s'embarrasser au quotidien de ce type de préoccupation. Posons-nous la question : qui a le souci de vivre longtemps ? Quelles sont les personnes hantées par le souci de longévité ? C'est l'expérience clinique la plus banale ; ce souci là, accompagné souvent de la peur de la mort, nous le trouvons chez ceux qui ne vivent pas, chez ceux comme on dit justement qui n'ont pas vécu, la vie n'étant pas autre chose que la satisfaction d'un désir... je le rappelle. Celui qui est capable de satisfaire ses désirs n'a pas le souci de vivre longtemps. Le souci du lendemain, voilà ce qui apparaît quand on renonce à jouir aujourd'hui, de l'existence ou de tas d'autres choses. On se demande ce qu'on fera demain, ce qui est la meilleure façon de ne pas vivre aujourd'hui, le temps présent. Et pour que demain n'impose pas encore le désir sous une forme ou une autre, on bouche le trou dans lequel on risque de tomber par la nécessité de mettre de l'argent de côté pour ses vieux jours. Ce qui fait que nous vivons dans un monde, en plus de celui des assurances, un monde empesté par les vieux jours. Que l'on ne vienne pas me dire que « c'est bien naturel »... la nature a d'autres chats à fouetter. Il suffit de se promener à travers la planète, ailleurs que dans nos sociétés occidentales, pour savoir que ce n'est pas naturel du tout mais éminemment culturel.

Par contre, vous pourriez m'objecter qu'il n'est pas compatible d'assumer ses désirs, de vivre intensément le jour présent et ceci le plus longtemps possible... C'est exact, ce n'est pas comme mon beurre et son argent de tout à l'heure, cela ne s'exclut pas... mais vous m'accorderez en retour

que c'est pas gagné d'avance... c'est plus facile à dire qu'à réaliser. C'est un combat, un combat de tous les jours et, pour pousser mon raisonnement jusqu'à son terme et appeler les choses par leur nom... un combat... mais contre notre propre névrose.

Mais revenons à la médecine et aux bienfaits que nous retirons tous les jours de cette coupure qu'elle institue entre l'homme et sa maladie. Comment fait-il, le psychiatre, avec cette coupure ? Le voilà bien gêné aux entournures car, pour exercer son art, il doit, lui, s'occuper tout autant du malade que de la maladie... de l'histoire du malade dans son intrication avec l'histoire de la maladie.

Cette coupure, impossible ici à réaliser, hante la psychiatrie depuis ses origines et entraîne une confusion permanente entre deux domaines : celui du discours et celui du comportement. Je n'ai rien contre les deux domaines, ce que j'interroge c'est la confusion entre les deux !

D'aucuns se battent pour maintenir à tout prix à la psychiatrie sa place en médecine ; mais où, grand dieu, la médecine se sert-elle du comportement, du comportementalisme ? En quoi y importe comment se conduit un rougeoleux ou une appendicite ? Où va t'on se servir de la fameuse boîte noire chère aux behavioristes ?

Tous les instruments d'optique qu'on nous enfonce par tous les bouts ont mis fin à la boîte noire. Elle est obsolète depuis belle lurette. Il n'y a plus qu'en psychiatrie que cet obscurantisme fait encore recette...

On a oublié que ce que l'on appelle l'imagerie médicale en médecine, ça n'a aucune espèce de rapport avec l'imaginaire. L'imagerie médicale, une scopie, un scanner, une IRM, nous plonge en pleine réalité, alors que l'imagerie psychiatrique est du domaine du fantasme.

Ce n'est pas d'aujourd'hui qu'on se dresse contre le comportementalisme. Freud l'a écrit dès 1925... je le cite : *« C'est une naïveté qui se vante d'avoir exclu le problème psychologique pour se débarrasser une bonne fois pour toute du psychisme. »*

Cette formule simple peut faire comprendre pourquoi certains psychiatres se sont précipités sur le comportementalisme... pour se débarrasser de leur spécificité si honteuse qui ne leur donne pas droit à être des médecins comme les autres. Et bien non ! Ils ne seront pas des médecins comme les autres... Leurs confrères, non psychiatres, se chargent, si nécessaire, de le leur rappeler. Bien sûr, c'est pas facile de renoncer à ce pourquoi on s'est battu, à ce pourquoi on a dépensé pas mal de temps, d'argent, de veilles, de passage d'examens... mais aussi longtemps qu'on restera cloué à une psychiatrie exclusivement médicale on ne fera pas un pas de plus.

Le danger du comportementalisme, c'est qu'à juger les gens d'après leur conduite, on classe ceux qui se conduisent bien et, par opposition, ceux qui se conduisent mal. Se bien conduire, ça veut dire se bien laisser conduire. Le comportementalisme est ainsi toujours lié à une formulation implicite qui est de laisser penser ceux qui savent.

Je ne saurais trop vous rappeler qu'on juge une démocratie à la manière dont elle traite ses fous (le génocide de la der-

nière guerre est là pour nous le rappeler). Le comportementalisme dans les institutions, c'est, à peine relooké, le système de la carotte et du bâton, je pense par exemple à certaines méthodes de surstimulation des autistes...

Je force à peine le trait... prenons un exemple plus soft... en apparence ! La sexologie ! Que prétendent nous enseigner les sexologues comportementalistes ? Comment baiser, comment faire l'amour ? Qu'est-ce qu'ils ont à nous proposer ? Des normes : combien de fois, ce qui est normal, ce qui ne l'est pas, les sens permis et les sens interdits... les sens uniques, pourquoi pas, les sens giratoires, tant qu'on y est, histoire de tourner autour du pot... comme si quelqu'un pouvait savoir ce qu'est une sexualité normale... même Freud n'a pas échappé à ce type de rationalisation... se prenant les pieds dans le tapis entre déviation d'objet et déviation de but à propos de la pulsion sexuelle. Je ne suis pas au fait des dernières trouvailles de la sexologie... mais je me souviens d'une conférence à Marseille en 1978... cela ne date pas d'hier certes mais bon ce n'était pas non plus le crétacé supérieur... nous vivions déjà dans un pays civilisé. Le conférencier sexologue nous expliquait comment traiter le vaginisme... sécheresse vaginale interdisant le coït, il proposait à ces dames de s'introduire régulièrement des petits cylindres de diamètre progressif jusqu'à parvenir aux dimensions du partenaire... Cela s'appelait les « bougies Hépar »... cela s'écrit comme l'eau minérale du même nom, je ne sais pas si c'est la même famille, si le sieur Hépar a fait fortune avec ses bougies ou dans la limonade, mais je suis sûr que c'est un homme, il n'y a qu'un homme pour inventer pareille joyeuseté à destina-

tion des femmes ou bien si c'est une femme, il s'agit d'une femme dotée de phallus, une femme phallique.

Ce que je vous raconte là est rigoureusement exact... amphithéâtre de la Timone en 1978... autant dire la préhistoire... Je ne sais pas si l'australopithèque en rut était confronté au vaginisme de notre mère à tous... je parle de cette petite Lucie si chère à Yves Coppens, mais il n'aurait pas osé imaginer une thérapeutique aussi moyenâgeuse.

J'ai l'air comme ça de critiquer... et c'est le cas, pourquoi ? Qu'est-ce qu'on ne veut pas entendre ? Qu'est-ce qui s'exclut dans ces pratiques ? Exactement la même chose que ce qui est exclu du béhaviorisme, du comportementalisme : le problème psychologique, problème qui, en matière de sexe, s'appelle l'amour. La sexologie vise à supprimer cet empêchement de tourner en rond. Or l'amour est de l'ordre de l'émotionnel : donc il n'est absolument pas adapté à notre société d'avant-garde et conquérante. Et l'émotion n'a pas sa place dans une psychiatrie sérieuse, scientifique.

Dès lors, il est clair que le choix entre le discours et le comportementalisme, c'est très exactement une option éthique : à savoir le choix entre l'idéal humain et l'idéal animal.

Une psychiatrie du comportement, une psychiatrie de la communication, une psychiatrie des abeilles destinée à des individus réduits à une colonie d'insectes sociaux... ou bien une psychiatrie relationnelle prête à soutenir les risques du désir, une psychiatrie s'adressant à des sujets parlants, dotés de la parole même et surtout s'ils souffrent de celle-ci. Ce dont souffre le patient est de ne pouvoir dire ce qu'il a à dire, plus précisément, de ne pouvoir dire ce qu'il a à se

dire en nous le disant. Il souffre de ne se représenter ses pulsions que sous la forme méconnaissable de ses symptômes. Parole séductrice de l'hystérique, parole hésitante et douteuse du phobique, parole contrôlée de l'obsessionnel, parole affirmative autant que délirante du paranoïaque, parole dissociée du schizophrène... je vous laisse continuer la liste de comportements pathologiques.

Il n'y a pas d'autre finalité au travail thérapeutique que de faire ou tenter de faire accéder le patient à sa langue propre, à l'appropriation des termes qu'il emploie. La réadaptation, l'adaptation des malades mentaux à la vie sociale ne saurait être qu'une conséquence des soins, conséquence décisive, essentielle certes, mais en aucun cas une justification, une cause, un but à notre intervention.





Éthique animale, éthique humaine dis-je...

À ce stade de mon propos inutile de vous préciser quel est mon choix... Ce qui me conduit tout droit vers une dernière formulation : « *Les soins, les soins en psychiatrie ne sont pas l'acte de soigner l'esprit mais davantage l'acte de soigner par l'esprit.* » (Arthur Tatossian)

Osons écouter nos patients non pas comme des objets d'étude, mais comme des sujets. Les objets de la psychiatrie, les objets avec lesquels elle a à faire, ces objets ne sont pas des choses (au sens où la médecine repère un organe et une maladie comme une chose dans l'organe)... mais plutôt des concepts ancrés dans la culture. Les concepts sont les affaires de la pensée et soigner ce n'est rien d'autre que penser son expérience clinique, son expérience en relation avec le patient.

À quoi sert de penser ?

On connaît la réponse de la philosophe américaine Hannah Arendt, au procès Eichman. Eichman était chargé d'organiser le transport des juifs dans les camps d'extermination ; comme tous les seconds couteaux d'Hitler, il construit sa défense sur l'irresponsabilité. Un simple exécutant, répondant aux ordres en officier zélé. Un maillon minuscule d'une chaîne où chacun exécute sa mission sans se sentir concerné par l'ensemble.

C'est là que la réponse d'Hannah Arendt prend toute sa portée. « *Penser, cela permet de se représenter et de prévenir la souffrance de l'autre.* »

La shoah n'est possible que parce que Eichman, tous les Eichman de la terre ne pensent pas leur expérience, ils la vivent sans aucune question et dans l'accomplissement du conformisme jusqu'à l'horreur.

Si notre travail c'est de soigner et de prévenir la souffrance de l'autre, alors notre travail c'est de penser. Penser en psychiatrie c'est le devoir du juste.

Le désir de guérir (les autres) n'est en aucune façon une évidence naturelle. La nature se préoccupe plus de la préservation de l'espèce que de l'individu. Faire le bien des autres – aussi noble entreprise – peut se faire éventuellement malgré ces autres et de force. Dès lors, c'est s'affirmer

comme maître d'un monde mort. N'oublions pas qu'Hippocrate était le livre de chevet d'Hitler.

La limite entre éthique et idéologie n'est jamais définitivement acquise. Ainsi penser à la personne que l'on a en charge ne présume en rien de la façon dont on s'y prend. Ce qui fait la validité d'un outil, y compris un outil de pensée, ce n'est pas l'outil lui-même, mais son usage... Il ne s'agit pas simplement de penser à l'autre – ce qui peut se faire dans l'indifférence, la compassion ou la domination – mais plutôt de penser à l'autre comme un sujet, quelqu'un qui ressent, qui a son mot à dire.

Cela ne va pas de soi quand il s'agit d'une personne malade : cela présuppose que le soignant pense son expérience propre telle qu'elle est engagée dans la relation ; autrement dit qu'il pense comment il se situe lui-même dans la rencontre en tant que sujet faisant l'expérience de l'autre malade.

C'est à cette condition qu'il peut se représenter l'expérience, la souffrance de l'autre comme nous le suggère H. Arendt. À partir de là, on peut essayer de répondre à cette question : comment ne pas faire trop souffrir l'autre quand on entend le soigner ?

En témoignant du fait que, dans chaque relation soignant-soigné, il en va toujours de l'expérience humaine comme subjectivité. Votre subjectivité de soignant est précieuse, particulièrement dans ce monde objectivant triomphant... ce qui m'autorise à interrompre ici mon propos et à vous laisser la parole.



Marc Bounias

L'avenir des psychologues en psychiatrie¹

Les questions portent potentiellement sur :

- l'autonomie et la reconnaissance des fonctions et compétences du psychologue vis-à-vis de sa position professionnelle spécifique de tiers et de la déontologie exercée en faveur du sujet accueilli,
- le nombre de psychiatres et leur champ de pratique dans l'avenir avec en point de mire, le débat suivant : la pénurie annoncée de psychiatres et la neurobiologie seront des facteurs qui incluront ou excluront la psychothérapie trop incertaine à contrôler par ceux qui ne l'exercent pas,
- la volonté des élus de soigner des maladies ou de soigner des sujets...

Autant dire que ces questions ne s'entendent pas à l'échelle d'un établissement et que le péril est imminent quand les décideurs perdent de vue la réalité des fonctions professionnelles et leur articulation...

En effet, celui qui ne connaît pas les multiples fonctions potentielles d'un psychologue, ou qui ne sait pas ce qu'un psychologue fait pendant son travail et en dehors en tant que psychologue, ne peut pour autant pas en déduire qu'il ne fait rien (1) (2)... Quand bien même cela lui serait expliqué : je ne suis pas certain que cela soit suffisant... Tout le monde peut dire qu'une fusée peut mettre un satellite en orbite... Pour autant, sommes-nous tous capables de décrire et de comprendre l'intégralité des opérations requises pour atteindre ce but, et avant cela, d'imaginer les contraintes de leur mise en œuvre ? (3) Entendre la différence demande un gros effort au cours duquel le sujet accepte de se décentrer de sa lecture du monde, jusqu'à supporter éventuellement l'idée, d'avoir potentiellement tort quand il énonce sa certitude du moment et la nécessité, de le faire dans la dynamique du doute...

Commençons donc par le commencement même s'il peut se prédire *a priori* insatisfaisant, avec cette question : quelles sont les activités principales du psychologue clinicien dans la fonction publique hospitalière ? En voici quelques-unes :

- l'accueil et l'analyse des besoins et des demandes d'interventions psychologiques,
- la construction, la mise en œuvre et l'évaluation des dispositifs soignants,
- l'observation, l'entretien, l'animation, l'intervention sur les registres de l'individuel, du groupal, de l'institutionnel,
- la conception, la participation, la collaboration et la mise en œuvre d'activités de recherche,
- l'enseignement et la formation,
- la rédaction de notes cliniques, de rapports, de courriers,
- l'accueil et l'accompagnement d'étudiants stagiaires en psychologie,
- l'analyse des besoins en psychologie et la transmission aux décideurs,
- la contribution au travail interdisciplinaire... (4)

Si ces principales activités survivent dans le respect de l'éthique et de la déontologie propre à l'accueil d'un sujet et à la rencontre avec le psychologue, notre avenir est serein, parsemé de cette angoisse, de cette frustration et de cette déprime qui ponctue l'exercice professionnel particulier du psychologue en tant que « garant de la prise en compte de la dimension psychique du patient » (5)... Là je nous situe dans le meilleur des cas... Le scénario « positif » fut bref... Entendez qu'il existe potentiellement...

Cependant, à l'heure où l'on brûle légalement les forêts pour éviter les incendies illégaux, mais en réalité tout aussi volontaires, à l'heure où le politicien se dote du terrorisme pour influencer les votes, et où l'exercice du pouvoir devient une fin en soi et non un outil au service de tous, il semble que la seule tentative de gestion des angoisses indi-

Psychologue Intersecteur Nord (84 1 01).

Château de Mérignargues, Centre hospitalier, 84143 Montfavet cedex, tél. 04 90 03 13 52.

1. Compte-rendu rédigé par Marc Bounias lors du colloque Psy-Cause du 18 juin 2004 au Centre hospitalier de Montfavet, organisé par le dr. Bossuat.

viduelles et groupales soit à l'œuvre pour chacune des décisions que les humains s'approprient à prendre...

Au plus l'homme fuit ses angoisses par des mécanismes obsessionnels, au plus il légifère pour fabriquer de l'organisation. Au plus l'homme a recours à la loi, au plus il s'éloigne de son désir ce qui a pour effet direct de renforcer les mêmes précédentes angoisses, et de valider son combat, les conflits, l'affrontement.

Cette logique de survie psychique et matérielle appelle ainsi à toujours plus de pouvoir pour garantir le contrôle du réel, en même temps qu'elle doit s'exercer sur un groupe composé d'un nombre de plus en plus grand d'individus, pour assurer l'immuabilité de ce qui existe déjà.

Dans ces conditions, la recherche du sujet en tant que tel et pour lui-même, disparaît aux yeux de tous, au profit de ce à quoi chacun sert, ou du dessein qu'il sert. Le sujet est alors en voie de disparition ; le verbe devient persécuteur, pendant que le complément est paranoïaque. La relation interindividuelle devient mécanisme de défense dans une tentative de survie du Moi, pendant que le travail de refoulement de la culpabilité se substitue à la tentative de réfléchir à propos de la notion de soin...

Nous en sommes là, me semble-t-il... Et ce n'est pas nouveau dans l'histoire de l'homme, c'est plutôt chronique...

Permettez-moi une petite parenthèse... Le vivant repose sur la logique de la dépendance et de la compétition ; c'est le principe de domination (6). L'organisation humaine s'est construite sur ce mode pour deux raisons au moins qui n'ont probablement rien à voir avec la notion de « raison » elle-même.

La première vient du fait que cette organisation se structure selon sa propre image. Notre marge d'élaboration psychique se limite aux principes de nos constituants biologiques. Nos ancêtres ont poussé le vice jusqu'à penser qu'ils étaient constitués à l'image de Dieu, avant que nous ne percevions et organisions le monde à notre seule et unique image... Pardonnez cette plaisanterie... Mais cette métaphore entre notre existence corporelle et toutes les modifications que nous appliquons au réel est permanente, omniprésente...

La deuxième « raison » est dérivée et indissociable, voire iatrogène de la première : l'organisation humaine se valide et se fédère en un système, organisme vivant à part entière, qui progressivement génère une dépendance pour exister en tant qu'élément supérieur à la somme des parties constituantes de l'organisation humaine.

Notre problème est le suivant : la dépendance est devenue la raison même d'exister du système issu de l'organisation humaine. Dans cette réalité sociale et budgétaire, l'organisation humaine n'est plus au service du collectif ; c'est chacun, par ce à quoi il peut servir, qui se trouve au service du système et non d'un but. Le point de non-retour est atteint quand trop de sujets sont réellement devenus dépendants du système qui a été conçu par eux, et que seule la survie du système importe et non ce dont il est fait, ou sa cohérence et sa validité, ou mieux encore à quoi il devait servir à l'origine de sa création...

De la même manière que tout système humain qui se constitue relève le défi du pouvoir, tout système humain qui s'effondre se déplace dans une logique de pouvoir. C'est un refuge défensif naturel chez les organismes vivants, même quand ils se proclament dotés d'une conscience...

Venons-en à la santé publique et aux psychologues dans dix ans...

Ici, ce sont les contraintes légitimes qui s'amoncellent en termes de budget et d'organisation du service public. C'est



le réel qu'il faut intégrer, c'est l'angoisse à traiter. Là bas, c'est le poids de la loi toujours plus présente qui, garantissant, en théorie, l'exercice de la responsabilité, met en péril la réalisation concrète de l'acte soignant. C'est la forme qui l'emporte sur le fond pour calmer l'angoisse et éviter le sujet (tous les sujets, humains compris...).

Partout, c'est le déplacement progressif des rôles et des fonctions dans l'exercice professionnel qui met en péril les identités par contagion des champs de compétences individuels et attaque des liens qui les unissent dans la pratique du soin pluridisciplinaire : c'est le système qui devient le sujet de travail et non sa fonction. C'est donc le pouvoir qui devient l'enjeu, et c'est l'exercice du pouvoir qui est censé garantir la validité du système. L'humain construit en permanence les conditions qui le mènent à sa perte, incapable qu'il est de tenir compte de son histoire et de l'expérience qui aurait pu en être dégagée.

Autant dire que le péril est imminent quand les décideurs ne s'intéressent plus à la vie d'autrui, mais à leur propre tentative de survie administrative par l'exercice du pouvoir...

Maintenant imaginons que les conditions d'exercice du soin psychique mettent en péril la pertinence des identités professionnelles et la validité de leurs liens, il m'est demandé ici d'établir des pronostics sur les places et fonctions des psychologues dans 10 ans. Je demande pardon à l'avance à qui veut bien l'entendre, de me tromper à ce point et j'implore de la part de tous un vestige persistant de bienveillance parce que je vais répondre à cette demande...

Le premier nominé est le scénario du **psychologue technicien supérieur** : une fois instrumentalisé, le psychologue pourrait devenir le technicien en charge des mesures sous prescription médicale (transparence oblige sur l'origine de l'acte pratiqué) ; une sorte de géométrie psychique qui quantifie à longueur de journée pour que ses actes eux mêmes puissent être clairement répertoriés. Sa rentabilité mesurée en unité de travail réel (U.T.R.) permettra une évaluation directe de sa performance. TESTEUR ou PSYCHOMETRE, ses pratiques s'inscriront noir sur blanc dans le petit livre GAM (Gestion des Actes Médicaux) de la psychiatrie, du nombre de séances au choix des mots qu'il emploiera, en fonction du lieu de consultation et du temps qui lui sera accordé, calculé par l'ordinateur qui lui imprimera sa liste de rendez-vous et de tests à pratiquer chaque jour. Sa prime en dépendra, bien entendu.

Le deuxième nominé est le scénario du **psychologue responsable d'équipe**. Une fois gonflé de pouvoir hiérarchique, le psychologue, en sa qualité de C.E.S. (chef d'équipe soignante) aura en charge la bonne gestion du travail de terrain laissé en friche par les cadres infirmiers devenus eux mêmes CHRU (chef des ressources humaines d'unité). Le CES et le CHRU auront notamment pour mission chaque jour, de déterminer à qui revient la tâche de récupérer la pharmacie, de remplir les bons d'ingrédients ; mais surtout, trois fois par semaine, ils se prendront le bec pour la responsabilité du remplissage des fiches intitulées « situa-



tion problème et problèmes de situation ». Pendant ce temps-là, tout le monde sera sûr du fait qu'ils sont bien en train de travailler, compte tenu du ramdam sonore en cours.

Le troisième nominé est le scénario du psychologue « **chef de clinique** ». Pour faire face à la pénurie de psychiatres, et récemment absorbé par la fonction médicale, le psychologue DCD, ou plutôt « CDC » (chef de clinique), veuillez m'excuser, disposera d'une responsabilité médicale et hiérarchique (ne serait-ce que pour se renarcissiser un peu après avoir été bouc émissaire institutionnel pendant 50 ans) ; il prescrira des médicaments dispensés par les ASH et des thérapies distribuées par les infirmiers, à moins que ce ne soit l'inverse... On lui demandera des comptes sur ses orientations budgétaires qu'on lui reprochera dès que possible ; il devra augmenter la file active tout en faisant diminuer le temps moyen d'hospitalisation. Il devra mettre en place le diagnostic informatisé fourni par l'OMS, organisme précaire parce qu'en procès avec les fondateurs du DSM 18. En effet, c'est la CIM 24 qui aura été retenue par publication au J.O. d'un décret d'application de la loi sur le droit du patient à choisir son diagnostic, comme suite au décret sur le droit du patient à disposer de son autodiagnostic informatique. Il travaillera alors en équipe sur le protocole d'accès de l'équipe soignante au diagnostic informatisé quand le patient refusera de le fournir...

Le quatrième nominé est le **psychologue commercial clinique en psychiatrie**. Du fait de l'ouverture de la clinique psychopathologique à tous les corps de métiers de l'hôpital et de la libre concurrence de l'exercice de la psychothérapie, le psychologue, au même titre que les infirmiers, AMP, AS, ASH, etc., devra prospecter et indiquer son numéro de compte lors de l'hospitalisation d'un patient, pour toucher sa rétribution calculée au pourcentage du forfait journalier à la charge du patient revalorisé d'un coefficient de majoration enregistré par les caisses de retraite quand il réussira à faire prendre en charge le reste du coût d'hospitalisation par l'assurance civile personnelle du patient... Il sera alors salarié de l'ACH (l'Agence Commerciale Hospitalière).

Si les contraintes d'existence de l'exercice public en santé mentale dénie l'articulation et l'identité des pratiques professionnelles en inter-relation, tous les professionnels

seront décalés et déplacés dans leurs pratiques respectives. Ethique et déontologie disparaîtront au profit de l'épuisement professionnel puis du « chacun pour soi », du symptôme individuel pour finir par le « sauve qui peut ». Sachant qu'il y aura toujours du « public » et de plus en plus, et dans des conditions de vie qui se dégradent, il n'est pas certain que l'existence de la notion de « service » subsiste quand on veut des certitudes et des processus de contrôle pour traiter des troubles psychiques, autrement dit quand on veut répondre à la difficulté pour chacun de survivre dans le système que je vous décrivais en introduction...

C'est ce que je m'évertue à vous dire : le péril est imminent quand les décideurs perdent de vue la réalité des fonctions professionnelles et leur articulation, psychologues ou autres...

Quand on n'entend pas la différence de l'autre, on ne fait qu'écouter nos propres limites... La pensée contradictoire et plurifactorielle sera le seul recours pour qu'un soin psychique persiste. Encore faudra-t-il avoir le courage de penser quand il ne sera plus question que de compter... Et à ce propos, tous les corps de métier en psychiatrie sont déjà concernés...

Les vertus de la parole n'ont plus à être démontrées et n'ont pas à se justifier. Nous les vivons pour nous-mêmes, nous les partageons pour exister et travailler, nous les mettons au service des patients, et personne ne me fera croire que c'est un aspect secondaire du soin psychique ou qu'on peut le remplacer par autre chose en l'état actuel des compétences élaborées par la science, toutes sciences confondues. Soigner c'est aimer avec méthode (déontologie, théories, praxies...), discernement (travail personnel, recherche, enseignement...) et éthique (de la relation à l'autre, du soin...). C'est parce qu'on aime « les gens » et que quelque part on leur veut de ce qu'ils sont tout en respectant leur réalité, leurs affects et leurs perceptions, qu'on peut prétendre être « soignant ». Et pour aimer, il faut travailler la **relation** : ne l'oublions jamais !

« Il y a ceux qui vivent, jouent et meurent. Et il y a ceux qui ne font jamais rien d'autre que se tenir en équilibre sur l'arête de la vie. Il y a les acteurs et il y a les funambules. » Il n'y a pas de jugement de valeur de la part de Maxence Ferminé quand il écrit ces lignes à la fin d'un roman aussi court que somptueux intitulé « Neige » (Ferminé, M., « Neige », 1999, éd. Arléa). Que chacun précise et approfondisse ses fonctions professionnelles tout en favorisant celles d'autrui : ce

sont les seuls dangers que je nous souhaite d'affronter dans l'évolution des pratiques de soins en lien avec l'évolution des besoins et des demandes de tous ceux qui s'adressent à nous ou qui nous sont adressés...

S'il y a bien une chose à propos de laquelle je ne doute pas, c'est que la palme qui nous attend, chacun, sera décernée rapidement... Bonne chance à tous...





Maurice Picus

Idées préconçues ou réalisme

Mon propos concerne les patients dont les liens de dépendance à l'institution psychiatrique intra-muros me renvoient à la notion de chronicisation.

J'ai souvenance de...

Dans les années 60, la critique de l'hospitalisation traditionnelle portait sur la nocivité de l'enfermement. Le regroupement de malades, leur mise à l'écart des circuits « normaux », les conditions de vie parfois inhumaines, loin de favoriser la guérison provoquaient une dégradation de la personne... On parlait « d'institutionnalisme » (syndrome de déchéance sociale résultant d'une longue hospitalisation). Les comportements d'apathie, d'inhibitions, des pertes du sens des responsabilités, la soumission... étaient surajoutés à la maladie. La chronicité décrite comme l'évolution lente et prolongée des troubles s'aggravait par les conditions pénibles de vie du lieu d'hospitalisation.

Le courant de l'antipsychiatrie et d'autres mouvements de « désinstitutionnalisation » apportèrent une critique sévère de l'univers asilaire !

Les pouvoirs publics ont modifié leur politique de santé mentale.

Pour la France : le rapprochement du patient dans sa communauté de vie et la diminution du recours à l'hospitalisation complète ont débuté dans les années 70. La fonction de l'hôpital allait passer d'un lieu de soins indistinct et centralisé à un espace plus actif et préventif au plus près de la population.

Qu'en est-il aujourd'hui ?

L'hôpital a organisé l'émigration du noyau de ses prises en charge à l'extérieur de ses murs.

La dépendance des patients psychotiques s'est déplacée en partie de l'hôpital vers les structures extra-hospitalières. Ce « besoin » de dépendance s'articule paradoxalement avec l'acquisition plus ou moins heureuse d'une autonomie sous la « haute bienveillance » des CMP, HDJ, tuteurs, COTOREP... et sans oublier les NAP (neuroleptiques à action prolongée). L'accompagnement psychosocial aide ces

personnes à aménager leur vie sociale. Ce statut de citoyen « sous surveillance », malgré les grandes difficultés matérielles du quotidien, l'isolement, la solitude, le handicap de la maladie, permet le droit à une vie personnelle. Une attention plus soutenue sur le concret de leur vie au quotidien devrait plus nous préoccuper.

Qu'en est-il des patients intra-muros ?

Ces patients sont dans des unités de soins psychiatriques même sous les intitulés de réhabilitation, de réinsertion, etc. Mais... Qu'est-ce qu'un soin psychiatrique ?

Je pense qu'il y a autant de soins psychiatriques que de soignants. Voilà ma version :

- Le soin ne se réduit pas au traitement médicamenteux avec l'omniprésence des labos pharmaceutiques. Il repose sur une rencontre entre un soignant et une personne malade. Rencontre qui tente d'apporter un « mieux être chez quelqu'un de perturbé » dans sa relation aux autres. Rencontre lui permettant de retrouver une autonomie, de renouer contact avec les autres dont il s'est mis entre parenthèse. Il repose sur l'aide à reconstituer sa liberté abolie par ses troubles mentaux. Les outils à notre disposition nécessitent de l'engagement et des convictions : écoute, disponibilité, respect, accompagnement, entretiens ou toute autre activité offrant à la personne la possibilité d'exprimer son angoisse, son désespoir, ses colères et lui éviter son passage à l'acte ou au repli.

Les symptômes ou les troubles manifestés ne doivent pas occulter la dimension humaine et l'importance vitale de la bonne qualité de vie au quotidien. Ce quotidien qui influe incontestablement sur les soins et l'ambiance d'une unité. Trop de rigidité, trop de patients, de promiscuité, de bruit, d'hygiène malmenée, de jours toujours les mêmes aussi tristes les uns que les autres, ne favorisent pas le mieux-être recherché. Qu'en est-il de l'importance de la vie au quotidien des patients quand une infirmière à ce sujet arrive à penser qu'on n'a pas à tenter de s'imaginer à la place des malades parce qu'on n'est pas malade !!!

- Et le temps n'est pas un allié.

Face à l'absence de solution alternative à l'hospitalisation, à la persistance de la maladie, au repli, à la

Infirmier Cadre de Santé

Secteur de Carpentras (84G01), Centre Hospitalier de Montfavet, 84143 Montfavet cedex.

ritualisation des gestes et demandes..., la prise en charge se berce et s'alimente d'habitudes. La diminution de la vie active s'accompagne d'une adaptation aux avantages et inconvénients d'une routine. Le lieu de soin se métamorphose en lieu de vie peu enviable.

- Le règlement intérieur devient l'arc-boutant du bon fonctionnement de l'unité face aux transgressions la menaçant (tabac, café, sexualité, heures d'ouverture des salles de bain, placards, etc.). La sécurité « avant tout », la crainte absolue du risque nous replient dans des attitudes de fermeture. Se protéger prend le pas sur l'initiative.
- Les réunions cliniques effleurent les problèmes de fond. L'espérance d'une molécule chimique pour régler le sommeil, l'agressivité, l'agitation... (et par miracle les vols et les disputes) prend le pas sur nos implications et nos positions soignantes.

Mais, peut-on clarifier la mission thérapeutique de l'hôpital au sujet de ces prises en charge ?

La responsabilité du cadre infirmier, du médecin, de l'équipe sont au premier plan.

Les difficultés dans la continuité du soin psychiatrique pèsent-elles toutefois sur l'épaule d'une seule équipe, d'une seule unité ?

Ces hospitalisations temps plein ne souffrent-elle pas d'un désintérêt ?

En matière de formation, d'échanges, de rencontres, de contenus cliniques, les insuffisances ne sont-elles pas à la hauteur de l'isolement ?

À la complexité de la maladie mentale, une équipe de soins a la lourde tâche, sans certitudes ni habitudes, d'offrir des soins de qualité... Tâche qui ne peut pas faire l'économie d'une réflexion sur son identité de soignant(e) en Psychiatrie.





Menaouer Sadek



Oana Boriceanu



Didier Bourgeois

L'architecture symptôme en Psychiatrie

Résumé

L'architecture hospitalière psychiatrique reflète l'idéologie sous-sous-jacente au soin. Le modèle de l'asile psychiatrique traditionnel, ségrégatif, est à l'image des mentalités qui présidèrent à son institution au XIX^e siècle. Devenu inadapté lors de la mise en place de la politique de secteur, il évolua. Dans un néocontexte pénurique, l'hôpital psychiatrique contemporain, éclaté en de multiples structures à visée intégratives est devenu lui-même inadapté aux contraintes du soin. Ceci entraîne un « retour à l'asile » y compris dans les pratiques soignantes, et donc dans l'architecture.

On sait depuis longtemps que les conceptions architecturales des hôpitaux psychiatriques reflètent l'idéologie du soin. L'hôpital fut un outil incontournable du soin en psychiatrie. Il en a longtemps été l'unique lieu géométrique mais il a considérablement évolué.

L'hôpital d'aujourd'hui correspond, en tant que dispositif spatial, à la mise en acte de principes et de programmes thérapeutiques issus des années 60-90, ces « trente glorieuses » de la psychiatrie française. Cette époque avait vu un formidable mouvement d'ouverture théorique et autorisé des modifications radicales des pratiques qui se sont traduites, notamment, par des tentatives de dé-stigmatisation de la maladie mentale allant jusqu'à un processus de « désinstitutionnalisation antipsychiatrique militante » qui culmina par exemple, en Italie par l'adoption de la loi 180 sous l'impulsion de Franco BASAGLIA. C'était une révolution culturelle.

Les Asiles psychiatriques ont été construits en France à l'occasion de la mise en œuvre de la loi de 1838. Fruits d'une politique volontariste, ils ont été disséminés sur tout le ter-

ritoire de la république en un archipel de bâtisses reconnaissables à leurs hauts murs concrétisant les mentalités d'alors animées d'un double mouvement : Exclusion et prise en compte médicale du fou, devenant l'aliéné puis peu à peu, le malade mental.

À l'intérieur de cet espace clos, donc relativement protégé des aléas externes, les médecins aliénistes érigèrent peu à peu une nosographie adaptée à leur travail, inventèrent des thérapeutiques nouvelles, certes datées aujourd'hui (isolement, cure de SAKEL, lobotomie, mais aussi sismothérapie et plus tard, introduction des psychothérapies et des psychotropes). Cet espace spécifique avait été conçu en référence aux grandes institutions connexes qu'il remplaçait dans certaines de leurs missions. L'architecture asilaire est inspirée de celle de ces institutions. Par ailleurs, du point de vue strictement économique, il s'agissait parfois des mêmes bâtiments, transférés d'un Domaine à l'autre. On y retrouve donc :

- L'architecture carcérale pour ce qui était la dimension répressive et contensive de la prise en charge de malades réputés dangereux par essence, placés aux mains des « gardes-fous »¹.
- L'espace conventuel puisqu'on admettait une dimension morale au soin. Les infirmières n'existaient pas et les congrégation religieuses charitables avaient un rôle déterminant.

1. Praticien Adjoint contractuel

Secteur 3 CH de Montfavet, BP 92, 84143 Montfavet cedex.

2. Assistante spécialiste associée

Secteur 4, CH de Montfavet, BP 92, 84143 Montfavet cedex.

3. Praticien hospitalier-chef de service secteur 4

CH de Montfavet, BP 92, 84143 Montfavet cedex.

1. On y mettra quelques bémols : « la suppression des cellules, des grilles, des sauts de loup, etc., veut abolir la confusion ou les traces généalogiques entre le détenu et l'aliéné, le châtimement et le traitement » in « L'Asile », G. LAMARCHE-VADEL, G. PRELI, Recherches N° 31, février 1978, p 117.

On peut dire que l'infirmière psychiatrique, métaphoriquement, est née de l'union d'un maton et d'une bénédictine !

Ces deux architectures avaient en commun qu'elles étaient contenantes, déclinant un « dedans » et un « dehors » et offraient en outre des espaces d'isolement : de la cellule carcérale à la cellule monacale jusqu'à la chambre d'isolement capitonnée. C'était des architectures sécuritaires, destinées avant tout à dissuader et à contenir la violence.

À l'intérieur, soignants et soignés, tous prisonniers des murs, cohabitaient. Même les médecins résidaient alors dans l'enceinte de l'asile. Les gardes-fous (des errants embauchés ou des malades stabilisés chargés contre rétribution de surveiller leurs compagnons d'infortune), les « malades travailleurs » employés aux tâches domestiques de l'institution, puis les infirmières laïques, célibataires par contrat (comme les religieuses) avant que ne se mettent en place des dynasties infirmières souvent issues de souches paysannes déstabilisées par l'exode rural, se côtoyaient. Autrefois, les infirmières quittaient peu l'espace asilaire et pouvaient même bénéficier, l'âge de la retraite venue, d'un logement gratuit dans l'enceinte. Marguerite BOTTARD², née en 1822, ancienne surveillante, entrée toute jeune fille comme soignante à l'asile, termina sa carrière comme surveillante chez CHARCOT puis RAYMOND à la Salpêtrière (1901), y finit ses jours après y avoir passé 70 ans en tout, bénéficiant du « pied de lit » institué par MAZARIN pour les agents hospitaliers. C'est de cette cohabitation forcée mais intrinsèquement socialisante que sont nées certaines des pratiques thérapeutiques ultérieures comme la thérapie institutionnelle.

Progressivement s'imposa l'idée d'une porosité à visée thérapeutique de l'institution. Edouard TOULOUSE osa le service libre³ alors qu'auparavant, l'hospitalisation en psychiatrie ne pouvait être qu'un internement doublé d'une incapacitation juridique (aliénation sociale supplémentaire). Les soignants de Saint-Alban-sur-Limagnole, confrontés aux conséquences délétères de l'occupation nazie inventèrent, avec leurs patients et pour survivre, les prémisses de la thérapie institutionnelle mais surtout, après les « années soixante », profitant de l'essor des psychothérapies, de l'ap-

point décisif des psychotropes et de l'augmentation générale du niveau de vie en France, germa l'idée du secteur en psychiatrie indice d'une révolution des mentalités.

Insensiblement mais logiquement, ces nouveaux fonctionnements soignants eurent des conséquences sur l'architecture hospitalière. On passa d'une institution à vocation contenante, ségrégative, à une institution structurante, intégrative. Les murs tombèrent, les portes s'ouvrirent et surtout, la mixité s'installa⁴. C'était une architecture socialisante.

L'institution essaima en une multitude de lieux de soin externes (CMP, hôpitaux de jours, CATTP, appartements associatifs, AFT...). Là encore, on est aux antipodes du projet asilaire haussmannien qui prévoyait de créer de l'asile hors de l'asile (par le biais des asiles-colonies par exemple), de transporter et de transposer le système asilaire hors les murs. Dans la psychiatrie de secteur⁵, au contraire, lorsque l'équipe soignante quitte les murs, elle change de nature. De même, l'idée asilaire était hospitalo-centrique, plaçant l'hôpital au cœur du dispositif, instaurant à l'occasion de l'hospitalisation une rupture de la prise en charge, une contiguïté des prises en charge alors qu'en pratique sectorielle, l'hôpital n'est qu'un des lieux, non privilégié, de la prise en charge psychiatrique : il y a continuité de la prise en charge.

Le nouveau dispositif architectural institué par la psychiatrie de secteur correspondait à la pratique mais aussi aux attentes du corps social. Il eut naturellement des conséquences fortes sur l'architecture des équipes et sur la relation soignant-soignés. Réciproquement, l'évolution des mentalités d'équipe s'est traduite par une évolution du dispositif de soin dont l'architecture n'est qu'un symptôme.

Aujourd'hui, se pose avec acuité la question d'un retour de la violence en psychiatrie. Des drames affectent les services de soin psychiatrique et les malades psychiatriques en sont tour à tour considérés comme victimes et comme agresseurs. Cette violence affecte, bien sur, l'hôpital lui-même, par ailleurs étrangement déspecialisé⁶ et on a vu réapparaître en réaction, en dix ans, des instruments contondants disparus ; contentions, camisoles, chambres d'isolement. Mais elle affecte aussi, naturellement, les postes avancés de l'ins-

2. Cité par J. POSTEL, C. QUETEL, « Nouvelle histoire de la psychiatrie ». Ed. Privat 1983, p 591.

3. Dès 1894, E. TOULOUSE proposa de créer des hôpitaux ouverts dans les asiles. Cela se concrétisa par la création de l'hôpital Henri ROUSSELLE au sein même de l'Asile parisien de Ste Anne. Là aussi, c'est par différenciation territoriale que se créa « l'hôpital ouvert ». Ce jeu d'espaces restait ségrégatif dans la mesure où les internés et les autres malades restaient séparés, ne se côtoyaient pas. À l'intérieur même du « territoire des aliénés », une ségrégation sociale était instituée entre ceux qui payaient leur pension et les autres. À Montfavet, Camille CLAUDEL, elle-même une délocalisée asilaire, était au Grand Pensionnat car sa famille pouvait payer. La politique de secteur fut au contraire une pratique intégrative dans la mesure où elle prévoyait la cohabitation, dans la cité, de « citoyens non malades psychiatriques », de citoyens internés (en congé d'essai) et de citoyen librement pris en charge. On passait d'une logique géographique de secteur à une logique de réseau. Voir Recherches, N° 17, 1975. « Histoire de la psychiatrie de secteur ou le secteur impossible ».

4. L'un de nous se souvient, alors jeune assistant avoir introduit en 1983 la mixité dans un pavillon. Il y restait encore deux pavillons spécifiques, un pour hommes, avec des soignants hommes, un pour femmes, avec des soignantes femmes. La plus grande difficulté fut de faire accepter par les époux des infirmières, eux-mêmes souvent des soignants, que des infirmiers mâles se retrouvent en équipe avec leurs femmes.

5. C'est dans les années 1930 qu'apparaît la notion de prophylaxie mentale dans les OPHS (Offices Publics d'Hygiène Sociale), précurseurs des CMP.

6. L'évolution de la dénomination officielle des lieux est parlante. On a vu successivement les Asiles psychiatriques devenir des hôpitaux psychiatriques (années 30), des Centres psychothérapiques (années 70), des Centres Hospitaliers Spécialisés (CHS des années 80) puis perdre y compris leur spécialisation soit en prenant un nom propre, soit en perdant leur S.



titution d'autant plus qu'ils ne sont plus intégrés dans la cité mais vécus par les populations comme des pseudopodes d'un pouvoir honni: urgences psychiatriques en hôpital général, CMP.

Le sort fait aux patients qui se retrouvent « externés », confinés dans un lieu de vie précaire et stigmatisés par leur maladie, à ceux qui deviennent des « sans domicile fixe » ou sont incarcérés est aussi une violence extrême. Ces sujets sont victimes d'une logique ségrégative, la société ne veut plus (ne peut plus les voir⁷). Elle les confine, va bientôt les reléguer et peut-être un jour rêver de les faire disparaître. Le passage à l'acte nazi est édifiant, rappelons que les premières victimes des camps d'extermination nazis furent les malades mentaux ; là aussi l'architecture joua un grand rôle dans le processus (« Die Aktion »⁸).

Le début du XXI^e siècle, du point de vue des peurs collectives qui l'animent et des solutions qui sont (re)trouvées, tend à ressembler à la fin du XIX^e siècle. C'est comme si le XX^e siècle, avec ses erreurs monstrueuses (nazisme, stali-

nisme) mais ses avancées libératrices (laïcité, solidarité) avait été gommé. En psychiatrie, faute de moyens et aussi parce qu'on confie désormais à la psychiatrie des tâches normalisantes supplémentaires vis-à-vis de toutes les déviances sociales, on retourne à l'Asile.

Le retour à l'asile se traduit dans les mentalités puis dans les faits. Il peut se traduire dans l'architecture si on n'y prend pas garde et ce ne serait que logique.

-On reparle d'une organisation par quartiers, par pathologies (entrants, psychoses infantiles vieilles géronto-psychiatrie), démantelant inéluctablement les fondements de la psychiatrie de secteur. L'intersectorialité conjuguée au manque de moyen a abouti à l'affaiblissement de l'idée de secteur. Les fédérations spécialisées dans des types de pathologie ou dans des types de prise en charge ont concrétisé ce retour à l'asile, cette balkanisation.

- On reparle de contrôler les enceintes hospitalières.
- On déspecialise le soin : les infirmiers de secteur psychiatrique laissent la place aux IDE. Faute d'IDE, on

7. D. BOURGEOIS : « Les invisibles » article en ligne sur <http://www.psychocause.st/accueil>

8. D. BOURGEOIS : Criminologie politique et psychiatrie. Ed. L'harmattan, Paris 2002.

engage des aides-soignants et maintenant, face à la montée de la violence, on parle d'introduire des vigiles dans l'hôpital. La peur collective et l'exaspération sont telles que plus personne ne proteste. Va-t-on un jour demander à des patients de garder d'autres patients. « Vous avez dit Kapo ? »

- On peut craindre alors que les vieux fonctionnements ressurgissent comme la délocalisation des malades. Les Asiles de la Seine, surchargés, délocalisaient leurs patients en périphérie parisienne puis en province éloignée dans des Asiles secondaires et les colonies asilaires. De l'éloignement thérapeutique (envoyer les patients à la campagne), au bannissement des incurables il y a peu ; « la colonie pénitentiaire » de Kafka n'est pas loin.

Un jour, à l'heure de la mondialisation, quelqu'un, au Ministère, imaginera bien de délocaliser nos patients chroniques surnuméraires à l'étranger, là où le personnel soignant est moins cher⁹. A bien y réfléchir, ce qu'a dû vivre un schizophrène parisien relégué dans un asile de la Creuse en 1905 doit être proche de ce que pourrait vivre un schizophrène français exporté en Inde ou en Tunisie en 2005.

Conclusion

La question de l'architecture en psychiatrie se pose aujourd'hui avec acuité. On pense aux murs lorsque les hommes ne sont plus là pour poser des limites structurantes, les seules qui tiennent sur la durée en psychiatrie. Cette déshumanisation du soin a atteint un point critique, faute de moyens, et la violence qui déferle sur l'institution psychiatrique en est le prix. Des crédits sont promis à la psychiatrie au nom du Projet de Plan de Santé Mentale (conférence de presse du ministre le 4 février 2005) annoncé après le drame de Pau. La nature de leur usage sera cruciale.

S'il s'agit de promouvoir des investissements dans la pierre (le rêve de tout gestionnaire car il n'a y aurait pas de frais de fonctionnement et de coût en personnel sur la durée), le retour à l'asile, la tentation sécuritaire et ségrégative aura marqué des points. On pourra très facilement faire revenir le calme dans les hôpitaux, c'est-à-dire le silence dans les Asiles.

S'il s'agit d'investir dans des hommes (le cauchemar de tout gestionnaire car engager un agent supplémentaire c'est devoir le payer pendant trente ans), c'est l'architecture des équipes qu'il sera possible de rénover, c'est l'idée même d'une psychiatrie dans la cité renouant avec les idéaux humanistes fondateurs du secteur qu'il sera possible d'entrevoir à nouveau.

Nous sommes à la croisée des chemins.

9. Cela se fait déjà pour les personnes âgées : Celles qui ont de confortables retraites peuvent maintenant aller vivre et se faire soigner au soleil tunisien.

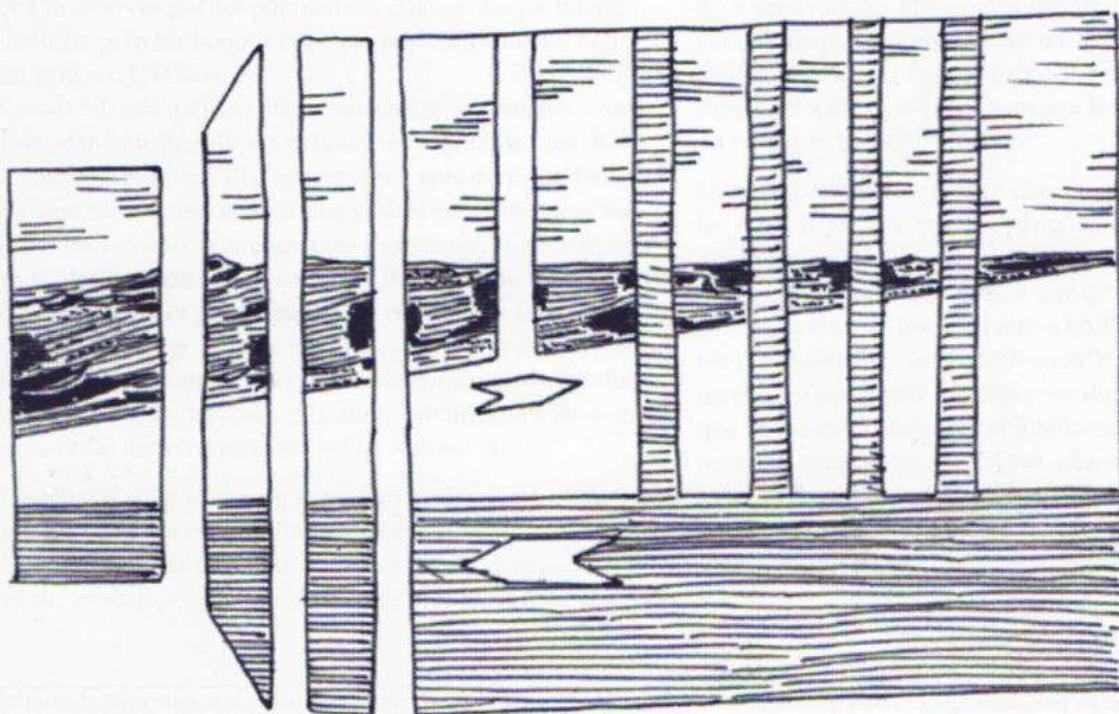
Horizons

Cette rubrique réunit les textes que nous adressent nos correspondants étrangers.

L'auteur du premier article est un psychiatre tchèque, chef de service au centre hospitalier spécialisé dans le traitement des psychoses d'Opava, en Silésie tchèque. Il rend hommage à Iréna Strossova, réputée mondialement pour sa méthode : le **psychomélodrame**. J'ai personnellement eu la possibilité d'assister à l'une de ses séances de thérapie et puis témoigner de l'importance de la perte que représente sa disparition. J'adresse toutes mes condoléances aux équipes du centre hospitalier d'Opava.

Le second article nous vient d'Algérie. Il est le reflet du **traumatisme** engendré par la guerre civile que vient de connaître ce pays.

Jean-Paul Bossuat





Petr Taraba

Hommage à Irena Strossová

À l'occasion de ses 70 ans qu'il ne lui a pas été donné de célébrer.

C'était en mai 2004 : Mudr. Iréna Strossová est morte. Elle était présente lors de la phase de création du « système de soin complexe d'Opava pour les patients psychotiques ».

Iréna Strossová née Castecková, vint au jour le 26 août 1934 à Brno. Son père était médecin militaire et sa mère avait terminé ses études à l'académie de commerce. Elle vécut les premières années de sa vie à Liberec et à Pardubice. Elle a fréquenté là-bas l'école primaire puis le lycée. Elle fut toujours une excellente élève, dotée d'une mémoire parfaite, d'une curiosité insatiable et de riches intérêts intellectuels. Elle aimait les langues et la littérature mais était également bonne en sciences naturelles. Ce fut à Brno qu'elle passa son baccalauréat puis commença à étudier la médecine. Pendant ses études, elle épousa l'étudiant en pharmacie Jan Stros. Elle eut deux fils nés en 1956 et 1961. En 1958 elle obtenait sa promotion et l'hôpital psychiatrique d'Opava devint son premier et unique lieu de travail.

La musique fut le second amour de sa vie. Elle commença à jouer du piano dès l'âge de 7 ans. Elle continua à Brno grâce à des cours individuels de piano et de composition. Elle se serait concentrée professionnellement dans le domaine de la musique sans le rationalisme inflexible de son père auquel elle était confrontée. Non seulement elle était une excellente interprète, produisant ses propres concerts et accompagnant des solistes, mais de plus elle était un compositeur. En tant qu'étudiante en médecine, elle obtint le deuxième prix dans un concours de talents à cause de ses chansons reprenant des mots de la vieille poésie chinoise. A Opava aussi, elle fit des concerts dans lesquels elle montrait sa capacité d'improvisation. Le baroque et le classicisme étaient les plus proches d'elle. Elle aimait aussi le folklore de toute l'Europe.

Parmi les personnes importantes de son enfance et de sa jeunesse, il y a lieu de signaler le rôle important de sa tante et de son grand-père. Tous les deux l'ont influencée par

Psychiatre, Chef de service,

Hôpital psychiatrique d'Opava, Silésie tchèque.



leur ouverture d'esprit : la tante par sa culture et sa noblesse bourgeoise, le grand-père par son intelligence et son approche optimiste de la vie.

Dans la psychiatrie qu'elle a choisie comme « son » domaine, elle a utilisé toutes ses compétences : celles de scientifique, d'artiste, de créateur, de directeur, également son sens du système et son esprit de suite. Dès la fin de 1959, elle démarra le psychodrame avec MuDr Buxbaum et PhDr Siroky. Depuis 1962, ce fut chaque jour qu'avec ces derniers, elle travailla la psychothérapie en groupe des psychotiques. Elle mit à contribution son talent pour la musique au niveau de cette pratique des groupes et mit ainsi au jour sa méthode : le **psychomélodrame**. En 1969, cette technique était le thème de son travail de candidature, à savoir « *l'exploitation de la musique dans la psychothérapie, surtout dans le psychodrame* ».

Elle a raconté cette phase de création de sa méthode lors de la conférence de thérapie complexe des psychoses qui se déroula à Opava en 1999 : « *Lorsque nous avons commencé en 1960, Harry Buxbaum, Hugo Siroky et moi-même, à faire des psychodrames et psychomélodrames, d'abord avec les patients névrotiques et tout de suite avec les psychotiques, notre travail était pour nos collègues un peu extravagant, quelque fois même insensé. Mais les succès thérapeutiques rapidement obtenus nous ont donné du courage. Le psychodrame de groupe est devenu une partie régulière du programme dans la psychothérapie des psychotiques. Nous l'avons introduite (avec la coéducation) à l'unité 17C, et nous avons continué à jouer le psychodrame individuel avec des patients choisis. Un peu plus tard, nous avons introduit dans le programme du groupe la psychogymnastique, l'art-thérapie et la musicothérapie (...).* »

En 1972, elle devint médecin-chef du nouveau service de post-cure et de resocialisation de la psychose. Elle y a « complété » son système et dans le même temps elle en a fait un centre d'enseignement unique par lequel sont passés des centaines de médecins, de psychologues et d'employés sanitaires. En 1984 le UDV SZP (l'institut de formation des infirmiers à Brno) a constitué dans son service un centre secondaire et en 1988 un centre universitaire de formation complémentaire. Elle fut pendant des années le guide de ceux qui se formaient au psychodrame, ses exposés lors des colloques étaient très fréquentés, elle organisait souvent des conférences et montrait ses méthodes. Elle écrivait pour des journaux et en 1984 elle a publié dans le VUPS (institut de recherche psychiatrique à Prague) sa monographie intitulée « *La psychothérapie du groupe des psychotiques en réalité* ». Elle nous confiait encore à Opava en 1999 :

« ... si je dois résumer ce que j'ai dans ma tête après 37 années de pratique de la psychothérapie des psychotiques, il est possible de l'exprimer en une seule phrase : je sais que je ne sais rien ou plus exactement, je sais que je ne sais presque rien. Mais même avec ce sentiment, je peux avec un certain succès aider des patients psychotiques, je le peux si j'ai un véritable intérêt et de la compassion à leur égard. Et avec de la patience, j'essaie d'exploiter ce peu que je sais – dans la psychothérapie et dans la pharmacothérapie. Sans intérêt authentique, sans empathie et suffisamment de patience, aucun effort ne peut être couronné de succès. Et dans la psychothérapie, le plus important n'est pas la méthode, ni la technique, mais plutôt la relation thérapeutique. »

Je pense que la psychothérapie est plutôt un art qu'une science. Mais pour que l'homme puisse pratiquer cet art, il doit apprendre un certain instrument, une certaine méthode ou technique. Il peut utiliser tout cela pour le bien des patients psychotiques s'il fait cette liaison dans son approche envers eux. Nous ne savons toujours que très peu de choses sur l'étiologie des maladies psychotiques, surtout schizophréniques, et encore moins sur les facteurs efficaces de leur thérapie. Il nous faut donc aller patiemment au devant des souhaits des patients – je ne peux pas le dire mieux... »

Malgré la modestie de ses mots, elle était pour ses patients la source de la confiance et de la certitude. Même les patients non-tranquilles et négatifs se sont soumis à son autorité qui associait la raison à l'amabilité. On a pu voir dans son travail tout ce que suppose aujourd'hui le traitement de la psychose *lege artis*, et cela il y a bien des années : l'intégration de la pharmacothérapie avec la psychothérapie, de la psychothérapie du groupe avec celle de l'individu, des techniques différentes utilisées selon l'état et les nécessités des patients, l'accent sur la nosognosie, l'initiation des techniques de maîtrise, la doctrine sociale, l'intégration familiale dans le traitement, le soutien des intérêts des malades et leur socialisation, les mesures sociales qui protègent le patient après le renvoi de l'hôpital... Les médecins des autres hôpitaux lui ont envoyé leurs patients : ils pensaient « que seulement madame Strossova à Opava peut les aider ».



Un pavillon de l'hôpital psychiatrique d'Opava (Silésie tchèque).

Elle a beaucoup profité de son don pour les langues. Ainsi au congrès de psychiatrie à Barcelone en 1966 où elle a fait des conférences, elle a discuté en français et en espagnol. Elle était pour ses collègues l'arbitre du bon latin et du français... Elle a surpris les médecins venus de France en 1997 dans le cadre d'un jumelage, par sa connaissance, en entier, de chansons françaises que les visiteurs ne pouvaient chanter au-delà de la troisième strophe ! L'année 2001 lui procura une grande satisfaction lorsque la maison d'édition de l'université Palacky à Olomouc eut publié sa traduction du *Vocabulaire psychologique* du psychologue français Norbert Sillamy dont la première traduction n'a pu être publiée dans les années soixante-dix à cause des divergences idéologiques.

Nous avons connu en Iréna une éternelle optimiste, toujours pleine d'élan, sociable et naturellement dominante, courageuse. Elle a montré de la complaisance envers tous ceux qui avaient le sens de l'effort, du talent et le goût de faire le maximum pour les patients. Elle-même se considérait comme « un type d'introverti bien adapté ». Elle aime mieux la typologie d'Heymans et Viersma dans laquelle elle s'est estimée comme type actif, émotif et secondaire. Elle marchait vite mais elle se décidait patiemment. Elle a agi avec la certitude. Elle a parlé et elle a écrit clairement, d'une manière compréhensible. Elle n'était jamais fatiguée. Elle était toujours ouverte vers les nouveautés. Elle a tenu sa parole. Sur chaque lieu de travail, elle a apporté la tranquillité et une atmosphère sociale positive.

L'hôpital psychiatrique d'Opava était sa seconde maison et la psychothérapie des patients psychotiques sa mission de chaque jour. Parmi les stagiaires, elle a trouvé non seulement des disciples qui ont transporté « le système d'Opava » dans les autres hôpitaux mais aussi beaucoup d'amis dont les succès la rendait fière. Des années durant, la clinique psychiatrique d'Opava et la psychothérapie des psychotiques furent reliées à son nom – elle était pionnier, professeur, amie, exemple, « madame ».

Iréna, tu nous a appris à aimer nous mêmes et aussi les patients, et cela n'est pas peu pour le début de chaque vie professionnelle.

Je te remercie.



Djaouida Benosman¹



Miryam Tadlaoui²

Le trouble post-traumatique

Résumé

Le travail que nous présentons est une tentative de circonscrire par un de ses côtés le problème du stress post-traumatique tel qu'il est vécu depuis plusieurs années en Algérie et de cerner ses spécificités dans notre culture.

Cet éclairage reste insuffisant pour jeter une pleine lumière sur l'objectif de l'étude du fait du nombre réduit des cas. Il a l'avantage toutefois de faire ressortir certains traits caractéristiques de ce trouble en plus des critères du DSM IV.

Depuis plusieurs années, l'Algérie était victime de violence, d'attentats terroristes, de massacres collectifs, de viols... Il est inutile de rappeler toutes les souffrances qu'a enduré le peuple algérien depuis près d'une décennie. Témoins innocents, rescapés d'horreur impossible à décrire, orphelins ne comprenant pas leurs destins, de blessés, mutilés à vie sans aucune logique accessible à la raison humaine, ces gens seront certainement ceux qui auront à traîner pendant longtemps les séquelles de ces années de larmes et de sang (1). D'après les statistiques officielles, il y a eu 100 000 morts, de blessés, orphelins etc.

Critères méthodologiques

Nous avons dans un premier temps dirigé notre travail selon les critères du DSM IV. On a sélectionné des cas victimes de violence, puis on a cherché le trouble post-traumatique¹. Parmi les victimes, on a trouvé cinq cas pour notre étude.

Les résultats :

Dans tous les cas, on a retrouvé certains signes qui n'ont pas été décrits ni dans le DSM IV, ni dans d'autres classifications.

1 - Accentuation des troubles, le jour de l'Aïd El Adha² et évitement des festivités.

2 - Doute concernant les convictions religieuses et l'appartenance à la religion musulmane, contrastant avec un refuge dans cette religion et à la recherche de ses véritables principes.

3 - Perte de toute confiance envers les personnes les plus proches.

4 - Refus de toute aide quelle que soit son origine y compris les médecins.

5 - Une peur démesurée des hommes qui portent une barbe.

Conclusion

Les résultats obtenus dans cette étude concernent seulement les cinq personnes et en aucun cas, nous pourrions généraliser ces résultats. Une étude plus approfondie et sur un échantillon plus large apportera sûrement d'autres précisions.

Bibliographie

Santé Algérie, Revue bimestrielle de santé, n° 1, septembre-octobre 2000.

1. Maître assistante à l'université de Tlemcen
Département de Psychologie.

2. Psychologue clinicienne, Service de psychologie
Centre hospitalier universitaire, 13000 Tlemcen Algérie.

1. Le terme choisi par le ministère de la Santé pour désigner le stress post-traumatique P.T.S.D.

2. Fête religieuse où les musulmans égorger un mouton.



Abonnement

– Bulletin d'abonnement –

Abonnement pour un an à la revue *Psy Cause* : 40 à partir du n° (sauf n° épuisés).

Le bulletin d'abonnement rempli ainsi que son règlement à l'ordre de *Psy Cause* sont à envoyer au trésorier de la revue :

Michel Bayle
La Méridienne, route de Belle Croix 13520 Le Paradou

Nom et prénom

Adresse professionnelle

Code postal Ville

et Instructions aux auteurs

Toute proposition d'article devra être formulée et envoyée à :
Dr J.-P. Bossuat, Centre hospitalier de Montfavet 84143
Montfavet cedex.

Le comité de rédaction est seul juge de l'acceptation ou non
d'une communication.

Contenu de l'article

L'article doit être obligatoirement constitué des rubriques suivantes :

- **Titre de l'article**
- **Nom de l'auteur**, qualité, adresse
- **Résumé** : 100 à 150 mots en langue française, exposant succinctement l'objet de l'article
- **Corps de l'article**

L'article peut être constitué de une ou plusieurs parties selon les besoins de l'exposé.

Les photographies, graphiques, dessins sont désignées sous le terme générique de « Figures ». Elles seront numérotées dans l'ordre d'apparition dans le texte (dans lequel doit exister un appel de figure).

Les légendes des figures sont séparées du reste de l'article.

- **Bibliographie :**

Pour un livre, les mentions suivantes doivent apparaître :
Auteurs (nom, prénom), titre (en italique), tome (si nécessaire), ville, maison d'édition, n° d'édition (si ce n'est pas la première), année, nombre de pages, pages de référence.

Pour un article, dans une revue : Auteurs (nom, prénom), titre de l'article entre « », le nom de la revue (en italique), le n° de volume, l'année, le n° des première et dernière page de l'article.

Instructions techniques

Texte

Le texte doit être dactylographié. Il sera fourni une version sur papier et une version informatique (fichier.doc ou .rtf) sur disquette ou par mail.

Figures

Les photographies seront fournies sur papier glacé, d'un format minimum de 6 x 9 cm. Au dos du cliché, apparaîtra le nom de l'auteur, le numéro de la figure.

Les diapositives sont également acceptées, portant les mêmes informations que ci-dessus.

Les graphiques et dessins doivent être d'un format et d'une netteté suffisants pour permettre une parfaite lisibilité une fois reproduits.

Les figures fournies dans une version informatique, doivent être enregistrées dans des fichiers séparés, dans un format .tif, .eps ou .jpg. La version informatique doit impérativement être accompagnée d'une version papier de bonne qualité.

Tableaux

Comme pour le texte, les tableaux seront fournis dans une version sur papier et une version informatique (fichier).



Claire Jamme

La psychiatrie peut-elle être rentable ?¹

Psychiatres depuis de nombreuses années, nous voudrions témoigner des conséquences graves des orientations de la médecine psychiatrique : elles mettent en œuvre les conditions d'un désastre humain à brève échéance. Beaucoup de médecins et de malades souffrent en effet d'un système ravagé par une série de mesures et de pratiques aux effets pervers. Beaucoup se sentent impuissants devant le gâchis des énergies et des intelligences.

Le XX^e siècle fut pourtant porteur d'espoir. Il a vu se développer d'immenses progrès dans le domaine des sciences et des connaissances. La psychiatrie s'y est épanouie et devint une discipline médicale couvrant des champs étendus : les neurosciences, la biologie, la philosophie, l'anthropologie, la sociologie, la psychanalyse... Spécialiste des désordres psychiques, elle a sa spécificité propre, elle s'apprend sur le terrain après des études médicales longues et grâce à une formation continue rigoureuse. Par la qualité de leurs travaux et le haut niveau de leurs compétences, les psychiatres français ont acquis une réputation mondiale.

Que se passe-t-il aujourd'hui ?

La médecine psychiatrique est attaquée sur plusieurs fronts :

- *Des pans entiers de la formation ont été laminés* : est-ce pour des raisons économiques ? Ils l'ont été avec la suppression de la filière des infirmiers psychiatriques en 1992, avec la suppression de l'internat spécifique de psychiatrie en 1986 dont le résultat est une division par dix du nombre des psychiatres en

formation. 800 postes de psychiatre demeurent vacants dans le service public et ceux qui sont pourvus le sont bien souvent par des généralistes sans formation spécifique. Il faudrait dès maintenant prendre des mesures pour sauver ce secteur médical.

- En outre, la rentabilisation de la médecine a *précarisé les médecins psychiatres libéraux* : n'est-ce pas pour des raisons économiques ? En 1995 furent créés les secteurs 1 et 2. Tenant compte des revenus de leurs patients et par conviction éthique, les psychiatres libéraux choisirent très majoritairement le secteur 1 et respectèrent ainsi les propositions de la Caisse Primaire. Hélas l'absence de revalorisation de leurs revenus au fil des années amenait cette question : comment pratiquer une médecine de qualité sans moyens, sans formation personnelle, continue, institutionnelle ? La conséquence est que beaucoup de ces médecins refusent à présent de supporter de manière disproportionnée le poids de la solidarité nationale. Ils sont de ce fait



Psychiatre d'exercice libéral

1. Texte écrit au nom de l'APRH (Association des Psychiatres de la Région Havraise) qui regroupe les psychiatres publics et privés de la région.

confrontés au paradoxe de demander contre leurs convictions profondes, l'ouverture du secteur 2 à honoraires libres. Certains envisagent même de se déconventionner pour ne pas exercer une médecine au rabais. Cela veut-il dire qu'il faut reconsidérer l'existence des secteurs 1 et 2 ?

- De plus, *une conception réductrice du médecin psychiatre se fait jour actuellement : celle du « technicien »* avec le recours rapide aux médicaments, à l'hypnose, aux thérapies courtes ou comportementales... Est-ce aussi pour des raisons économiques ? Face aux défis de notre société en terme de souffrance psychosociale, certains rêvent de traitements magiques évacuant la parole et supprimant les symptômes. Ne peut-on considérer que l'humain est un Être de Parole ?

Le gouvernement, quant à lui, évoque le droit de contrôle des compétences et des connaissances des médecins psychiatres : mais qui contrôlera ? qui sera apte à juger ?

- Enfin, est-ce pour des raisons économiques que *ni les syndicats, ni les partis politiques ne comprennent* que, par-delà les objectifs nobles affichés, les pratiques mises en

œuvre engendrent des effets pervers contraires à ces objectifs ? Tous ont cautionné le secteur 1 et le secteur 2 sans voir que c'était le premier pas vers la dérégulation du système de santé. Ont-ils le projet d'une véritable politique de santé ? Ne peuvent-ils imaginer l'instauration d'une médecine de qualité sans culpabiliser médecins et malades ?

Il n'est pas question, évidemment, de considérer que les dysfonctionnements sociaux sont des problèmes psychiatriques : ils sont du ressort du politique, ils renvoient le gouvernement de manière pressante aux inégalités d'accès au logement, au travail, à l'éducation, à la qualité de la vie, à la culture ! Il n'empêche : la situation est grave. Certaines populations sont fragilisées en raison du chômage et de la pauvreté, la cohésion sociale est dégradée. Jamais les troubles liés à la santé mentale n'ont été aussi inquiétants (des études montrent qu'il existe 40 % de malades mentaux dans les prisons). Faut-il rappeler les derniers faits divers ?

Or dans les faits, on s'oriente progressivement vers une médecine à l'américaine : qui sera alors coupable de la dégradation de la solidarité envers les malades mentaux ?



Actualité scientifique

méditerranéenne et occitane

Marseille, le 18 novembre 2004 : La question du maternel¹

Marie José PAHIN, psychologue et psychanalyste, introduit cette Journée de l'Association Formation Recherche de l'hôpital Edouard Toulouse (AFRET) : « *Notre propos aujourd'hui est d'interroger le côté originel du rapport mère/enfant, à savoir la toute puissance originaire de la mère vis-à-vis du prématuré humain, qui donne naissance à l'instance du grand Autre dont on est dépendant. Cette dépendance pourra être mise au travail toute une vie.* » En 2004, on parlera d'une fonction maternelle ou paternelle qui pourra être tenue aussi bien par un homme que par une femme. Sera également abordée la question de l'enfant qui se fait le phallus de la mère dans l'inconscient. Elle conclut : « *Nous pourrions ainsi nous intéresser à des sujets d'actualité tels que la fonction maternelle dans un couple d'homosexuels, et bien sûr traiter des conséquences de la carence de la mère.* »



Marie José Pahin

Moïse BENADIBA, pédopsychiatre chef de service à l'hôpital Valvert de Marseille, communique sur le thème : *Des noms de la mère dans le Talmud*. Il rappelle que dans la tradition juive espagnole, lors de ses funérailles le défunt perd son patronyme et reprend le nom de la mère. Selon Lévinas, c'est dans la maternité que se dévoile l'altérité en tant que « *gestation dans le même* ». La tradition juive espagnole parle à propos de cette renomination du défunt, d'une cérémonie destinée à « *un changement d'âme* », c'est-à-dire de destinée. Nous savons qu'à l'époque biblique, il



Moïse Bénadiba

était demandé à la mère de changer le prénom de son nouveau-né lorsque celui-ci était malade et allait mourir. Changer la nomination par la mère, c'est appeler à la vie. Et le Talmud de dire « *on attribue un prénom à un enfant, on attribue un enfant au prénom* ».

Moïse BENADIBA en vient aux matriarches bibliques. Leur prénom (qui est leur nom : il n'y a pas de différence entre le nom et le prénom) est donné par la mère et est toujours un acte de création qui a un effet de sens et de signifiant. Il est une expression du désir de la mère. Tous les noms bibliques sont uniques et ont une signification. Ainsi Rébecca a pour racine « rébec » qui veut dire le couple. Rébecca est la formatrice du couple, celle du coup de foudre. Sarah signifie « la princesse », elle a un fils dénommé Isaac, c'est-à-dire « il rit » : il s'agit du rire du père, Abraham, lorsqu'il apprend qu'à 90 ans, il va avoir un enfant de son épouse jusqu'alors stérile. Isaac a de Rébecca deux jumeaux. Jacob est déclaré par la mère l'aîné car son nom signifie qu'elle l'a tenu par le talon. Rachel était mortifiée de ne pouvoir avoir d'enfants de Jacob à la différence de Léa, sa sœur. L'Éternel finit par avoir pitié d'elle et elle accouche de Joseph qui signifie « il s'ajoutera ». Rachel meurt en couche à la naissance de Benjamin. Elle avait choisi de le nommer Benhori « fils de ma détresse ». Joseph lui donne un nouveau nom : Benjamin qui signifie « fils de ma droite » c'est-à-dire du côté favorable. Il y a là une intrication des fantasmes parentaux. Juste après le décès de la mère, le père désire enlever à son enfant le poids de la responsabilité de la mort de la mère. Il lui enlève le nom de la mère et le renomme.

1. Compte-rendu de Jean-Paul BOSSUAT.

Le nom de la mère résulte d'un acte de création inédit. Il est une parole maternelle qui s'adresse à l'enfant et l'inclut dans un réseau de relations où se situe la place du père. La nomination est liée à la fonction symbolique de la parentalité et surtout de la maternalité. Elle est la première inscription du sujet dans l'inscription symbolique transgénérationnelle du désir maternel. Un compromis des désirs du père et de la mère est possible, parfois seulement. Daniel Siboni a dit à propos du nom du père que c'est en lui que s'inscrit le désir de la mère. L'identité du sujet est dans une double inscription traduisant la filiation père/mère : avec le patronyme dans la filiation paternelle, avec le prénom dans la filiation maternelle. C'est pourquoi, conclut Moïse BENADIBA, lorsque l'on enterre un sujet, on le nomme à nouveau du prénom de sa mère.

La discussion porte sur la modification des règles de l'état civil en France, qui revient à rapporter le nom de la mère. Cependant légiférer n'a pas forcément le même sens que porter le désir de la mère. De plus, le nom de la mère est alors en fait le nom de son père à elle, et l'état français dit qu'en cas de désaccord, les enfants portent le nom du père. Avec la loi sur le matronyme, fait observer un intervenant de la salle, « *les femmes disent une réalité : ce sont elles qui font les enfants* ». Point de vue immédiatement contesté : « *pas toutes seules* », « *oui, avec un homme* ». Moïse BENADIBA observe que réduire l'enfantement à un élément de la réalité est une vision réductrice. Lévinas en effet a dit que c'est dans la maternalité que se dévoile l'altérité. Michèle DANAN, psychiatre à Edouard Toulouse et présidente de l'AFRET, relève que les enfants nés de parents d'origine algérienne et rapatriés en 1962 (harkis), ont des prénoms français s'ils sont nés en Algérie et des prénoms algériens s'ils sont nés en France.



Michèle Danan

Michel DUGNAT, pédopsychiatre responsable de l'unité mère-bébé au centre hospitalier de Montfavet, communique sur le thème : *Pratique et expérience subjective de la matern(al)ité*. Il s'agit des mères dites défaillantes, pas suffisamment bonnes, qui amènent à apporter un soutien à la parentalité, voire à la parentalité partagée avec une famille d'accueil. Il précise : « *La maternalité est un mot que l'on n'emploie pas assez. Il a été figé dans les années 50 par*

Racamier dans le sens du processus de se sentir devenir mère. Ce mot comporte à la fois "maternité" et le "al" de l'altérité. J'emploie ce mot comme signifiant l'ensemble des processus conduisant à produire de la chair. » Il ajoute que l'on peut facilement glisser du concept de maternalité à celui de paternalité en tant qu'ensemble des processus qui font passer de la classe des fils à la classe des pères. Quant au terme de parentalité, il est un outil utile qui s'est beaucoup répandu ces derniers temps. L'exercice de la parentalité est une fonction socio-juridique mais se situe aussi dans l'intime, dans les modifications subjectives qui lui sont liées. Ajoutons une troisième dimension : celle de la pratique de la parentalité. Ainsi le quotidien du soin à l'enfant est-il largement partagé dans notre société avec par exemple la coéducation de l'enfant lorsqu'il va en maternelle. L'intervention du pédopsychiatre est fondamentale en période périnatale lorsque s'édifie la maternalité. Cette intervention précoce est un outil de prévention psychique précieux.



Michel Dugnat

En période périnatale, la transparence psychique permet un travail psychique particulier. La grossesse est un temps d'élaboration pour penser son enfant qui fait une part belle aux images. « *L'échographie en 3 D fait avancer ce processus de représentation de l'enfant va beaucoup compliquer les choses.* » À cette période de transparence psychique périnatale où se mobilise du transgénérationnel, il est pertinent de mettre en place des possibilités d'écoute pour les femmes enceintes. En postnatal, le travail du soin psychique se fait autour de ce que Daniel Stern appelle une constellation de la maternité : les préoccupations de la jeune mère vont vers sa propre mère en tant que mère, vers elle petite probablement ; elles vont aussi vers d'autres femmes, et vers le mari en tant que père de l'enfant et non en tant qu'homme partenaire sexuel. Les bébés sont valorisés par la société, censés avoir été désirés. La mère est censée aimer son enfant. La loi de 2002 dit que les parents doivent assurer l'épanouissement de l'enfant. « *On peut souhaiter bien du bonheur aux juges pour la faire appliquer.* » Les mères doivent se positionner par rapport à des préoccupations fortes de notre société. Elles sont censées permettre le développement de leur enfant. Les questions de ces femmes portent sur la croissance et la vie de leur bébé au sens le plus biologique. Et elles se demandent : est-ce

qu'il n'y aurait pas une meilleure mère que moi ? Ces mères demandent également d'être libérées de certaines préoccupations pour pouvoir être en relation avec leur bébé. Elles cherchent ce soutien du côté de la mère de leur compagnon et le demande de plus en plus aux hommes. Enfin, il ne faut pas oublier qu'à cette période de la vie de la femme devenue mère, les remaniements identitaires sont très importants. Michel DUGNAT conclut donc son exposé sur l'importance de la cohérence du discours de la mère : « *En période de postpartum, la cohérence du discours de la mère sur les deux parents racontés est importante dans l'attachement du bébé à la mère. La capacité narrative de la mère est le garant de quelque chose qui organise chez l'enfant un rapport sûr au monde.* »

Au cours de la discussion qui fait suite, Michel DUGNAT s'interroge sur les IVG qui sont le politiquement correct. « *On enregistre chaque année en France plus de 200000 interruptions volontaires de grossesse pour 500000 naissances : pourquoi les femmes utilisent-elles l'interruption de grossesse comme moyen de contraception ? Sans doute parce qu'il y a toujours en arrière plan la possibilité lorsque l'on est enceinte, de mettre fin à une grossesse en cours. L'idéologie montante est la dimension du projet. Il faut désirer que l'enfant soit épanoui. Or le fœtus en même temps peut être porteur d'un risque de maladie handicapante. La femme enceinte a le choix entre le fœtus tumoral qu'on peut virer et le fœtus projet. Il y a là quelque chose de sociétal profond.* »

La communication de François POINSOT, qui lui aussi est psychiatre dans une unité mère-bébé, celle de l'hôpital Sainte Marguerite à Marseille, nous propose avec deux cas cliniques de revisiter la problématique de la maternalité. Elle est intitulée : *Féminité, maternité, dans l'intrication à l'angoisse que génère l'arrivée de l'enfant*. L'intervenant nous précise que dans son unité, il traite essentiellement la crise identitaire de femmes en psychose puerpérale. Son travail est plus centré sur le lien mère-bébé que sur une pathologie psychiatrique de la mère. Freud en 1931 avait mis en évidence que le changement d'objet d'amour, aboutit chez la femme à un refoulement du lien mère/enfant plus important que chez l'homme. Or l'arrivée d'un enfant



François Poinso

rejoue le pôle œdipien et la relation mère/fille. C'est être mère à la place de la mère.

Marie José PAHIN interroge sur l'introduction du père dans l'unité mère-bébé. François POINSOT répond qu'à Sainte Marguerite on dit plutôt « unité parents-enfants », ce qui axe le travail sur la parentalité. Les pères ne souhaitent pas forcément participer dans l'unité mère-bébé aux soins. Michel DUGNAT informe que son unité à Montfavet a complètement évolué vers l'hospitalisation de jour. Certains pères amènent le bébé. Mais il faut faire attention de ne pas induire une situation de rivalité entre les parents : par exemple éviter d'avoir le père et la mère présents en même temps lors du bain. Le bébé est alors confronté à deux parents jouant un rôle non différencié, ce qui est compliqué pour lui. Le mieux est parfois l'ennemi du bien. François POINSOT ajoute que l'on n'est pas père parce que l'on s'occupe du bébé mais parce qu'au départ il y a un dessein.

Yvon DUBOIS, pédopsychiatre et chef de service à Edouard Toulouse intervient avec Laurence RAYNAUD, pédopsychiatre dans le même établissement, sur le thème : *Vicissitudes du lien maternel, construction du lien, travail clinique et en réseau dans des situations de difficultés parentales*. « *L'AFRET dont j'ai été l'un des piliers fondateurs a convié des pédopsychiatres, introduit Yvon DUBOIS. Pour nous pédopsychiatres, il existe un lien entre l'adulte et l'enfant qui va de pair avec l'idée du cycle de vie depuis l'enfant jusqu'au grand parent. Je m'intéresse de plus en plus à la notion du lien familial qui s'inscrit dans les générations.* » Les conférenciers précisent qu'ils ont choisi de parler d'enfants de parents atteints de graves maladies mentales.



Laurence Raynaud

L'un des cas cliniques est l'histoire racontée par Yvon DUBOIS, d'une Somalienne venue en France via Djibouti où elle s'était réfugiée. Il y a 8 ans, cette femme était hospitalisée en psychiatrie adulte pour une décompensation psychotique lors du post-partum. Elle venait d'un CHRS où elle était hébergée avec le statut de réfugiée politique. « *À cette époque là on essayait de développer dans le service plusieurs approches : la psychiatrie périnatale et l'ethnopsychiatrie. C'est pourquoi j'ai rencontré cette situa-*

tion. J'ai été contacté par l'équipe médico-sociale pour cette femme quasi catatonique avec son bébé de quelques mois. Ce bébé fut conçu à Djibouti mais le mari, père de l'enfant, n'avait pu venir en France et l'accouchement se déroula à Marseille. » L'enfant est dans un premier temps confié à une pouponnière. Pendant près d'un an, le pédopsychiatre assiste à quelques rencontres organisées à la circonscription. Il observe le bébé qui se développe sans anomalie. La maman a de la difficulté à communiquer tout en ayant de l'attention pour son enfant. A l'âge de 11 mois, l'enfant entre en famille d'accueil. La mère est autorisée à venir lors de demi-journées à voir son enfant dans la famille d'accueil et des rencontres sont organisées au CAMPS. Elle a réintégré le CHRS. Mais elle survint une grave décompensation de la mère, 3 semaines en chambre d'isolement puis en pavillon. La coupure d'avec l'enfant est décidée.

C'était en juillet. *« À l'automne, poursuit Yvon DUBOIS, l'équipe d'aide sociale me vit car la maman demandait à revoir sa petite fille. Je fis la proposition d'aller dans le service rencontrer la mère et l'équipe pour évaluer comment l'enfant pourrait vivre l'état pathologique de la mère. Cette dernière, contente de me voir, était très neuroleptisée et dysarthrique. Nous reparlons néanmoins de sa fille. J'organisai une rencontre avec la collaboration de l'équipe de psychiatrie adulte. La mère fut très émue tandis que la petite fille apeurée se réfugiait auprès de l'assistante maternelle. »*

Le pédopsychiatre en plusieurs rencontres dans le lieu d'hospitalisation, établit une médiation et soutient la maman. Il joua avec l'enfant pour créer un espace d'échange et de sécurité, tandis qu'il était observé par la mère. Et alors un temps de communication fut possible. Les rencontres se poursuivirent ensuite au CAMSP pendant près de deux ans sur les mêmes bases : un enfant qui continuait à avoir ses comportements un peu phobiques, une aide à la maman pour qu'elle prenne un peu de champ, et le pédopsy qui joue. La mère obtient des autorisations de visite dans la famille d'accueil. *« Je constatai alors un décalage entre le niveau de maturation de l'enfant et celui de la mère. Cette dernière câlinait sa fille comme s'il s'agissait d'un bébé alors que la gamine était au-delà de la relation mère/bébé. La mère, elle, n'était pas dans la relation avec un enfant de trois ans. J'essayai de jouer le rôle de tampon et de les aider par le jeu à développer une expérience commune. »* Cette période se poursuivit jusqu'à l'âge de quatre ans.

La mère parlait régulièrement à son enfant, du père qui était une abstraction. Elle lui a montré des photos du père pour lui faire comprendre à sa fille qu'elle avait un papa noir. La mère ritualisait sa vie autour des visites à sa fille. Elle parvenait à se construire des repères temporels et était fiable. Elle s'était bâtie une identité sur le mode : je ne suis pas une malade, je suis une maman. Ce rôle maternel avait pour elle une fonction d'étayage dans ce qui était considéré comme une structure psychotique. Elle exprimait son projet : elle voulait sa petite fille, retrouver le mari et une maison pour vivre tous ensemble. Ce qui était un rêve insensé pour des professionnels. Tout un réseau s'était constitué autour d'elle : l'équipe de psychiatrie adulte, le



Yvon Dubois

pédopsychiatre, un organisme d'aide aux réfugiés étrangers et un tuteur qui gérait l'AAH. Une fois par mois, une réunion se déroulait avec tous ces gens là plus la famille d'accueil. Yvon DUBOIS poursuit : *« Nous avons fini par la convier à ces réunions après en avoir longuement débattu. Le réseau avait une fonction contenante. Elle y connaissait tout le monde et nous avions ainsi constitué une sorte de fonction familiale par ce groupe de professionnels. »*

Un jour, l'enfant rentre à l'école. *« Nous rencontrons la maîtresse car l'enfant est isolé et ça ne se passe pas bien. Quelque temps après, l'assistante sociale est alarmiste : il se passe des choses dans sa nouvelle famille d'accueil avec la petite, je ne peux rien dire. Nous étions inquiets : y a-t-il abus sexuel ? Que se passe-t-il ? Un adolescent confié à cette famille d'accueil révèle avoir été victime d'abus sexuel. La brigade des mœurs retire l'enfant et un nouveau placement familial est instauré avec droit de visite de la mère qui venait de traverser une crise de confiance. »*

La fille vécut de l'âge de 4 ans à l'âge de 6 ans dans cette dernière famille d'accueil. Elle présentait un retard de maturation. Yvon DUBOIS raconte : *« Pendant un an et demi, on la suivit dans un groupe thérapeutique et je continuais l'espace de rencontre. Nous buttions sur les demandes de sortie car on ne faisait pas confiance à la mère pour prendre seule sa fille. Quant à la fille, elle zappait entre deux références éducatives. La famille d'accueil eut un problème de couple et il fut mis fin au placement. L'enfant fut placée en foyer. C'était une chance pour la mère car désormais elle était seule en piste pour représenter la fonction maternelle. »* L'assistante sociale amenait l'enfant au CAMSP où s'articulaient les relations.

Coup de théâtre : le père arrive ! Il a obtenu le statut de réfugié politique. Du coup elle a une autorisation de sortie car le papa est un gage de confiance. Seconde chance pour la mère : les héritiers d'une femme dont elle s'est occupée lui louent un appartement dans un beau quartier et son dossier change de circonscription. Elle n'est plus suivie par le psychiatre qui l'avait connue en pleine décompensation. Le père quoiqu'en situation précaire a un comportement satisfaisant. La fille est bien étayée par la scolarité. Le juge autorise le retour de l'enfant à la maison. Contre toute attente, le vœu de la mère s'est pleinement réalisé.

C'est au CHU de la Timone, dans le service du Professeur Naudin, que Jean-Richard Freymann, psychiatre, psychanalyste, président de la FEDEPSY (Fédération européenne de psychanalyse) et de l'école psychanalytique de Strasbourg, intervient sur le thème de la dialectique entre fantasme, délire et, ajoute-t-il, le monde actuel car ces notions ne se posent plus aujourd'hui comme aux époques de Freud et de Lacan. Préalablement à son exposé, il rappelle que ce sont Marie José Pahin et Moïse Benadiba qui ont lancé avec Roland Gori la FEDEPSY au niveau de la Région PACA. Il salue le travail de « Marie José Pahin qui en a mis un coup ces derniers temps ».



Richard Freymann

Jean-Richard Freymann commence par des définitions, passage obligé selon lui. La notion de *délire* est présente depuis toujours dans la littérature médicale et même depuis le début de la culture. Après les aliénistes, Freud et Lacan ont proposé des théories psychanalytiques sur les délires, Lacan en particulier qui avait une formation de psychiatre tandis que Freud avait une formation de neurologue. Le mot *fantasme*, lui, est moderne. Il naît vers 1900 à partir de Freud. Depuis il est entré dans le langage courant. Nous avons donc avec ces deux termes, deux terrains qui n'ont pas du tout la même archéologie : ainsi le délire a traversé l'histoire depuis des millénaires et la folie dans les murs de l'asile. Ces deux champs ont maintenant des intersections.

Nous pensons tous que le bain langagier dans lequel vont rentrer les enfants est un bain névrotique, autrement dit, le premier fantasme du névrosé. Mais cela ne tient pas : ce monde que l'on croit quelque part bon, n'est pas un monde névrosé, fantasmatique, mais un monde-hypothèse, un monde délirant. Il serait plus exact de parler d'un bain perverso-psychotique car les mécanismes du monde sont ceux que l'on retrouve à la fois dans la perversion et la psychose.

Freud avait décrit la Verleugnung, le déni pervers de la castration : ce qui fait que le fétichiste arrête son regard juste avant la vision des organes génitaux féminins afin de dénier la vision de l'orifice, de l'absence de pénis. En 1924, Freud étend l'usage du mot déni à la psychose et au délire : le délire est un déni de la réalité, une néoformation à partir du déni du réel. Notre monde évangéliste est perverso-psychotique parce qu'il est à la fois le déni de la castration (l'homme est bon et le monde excellent) et le déni du réel (il y a des armes de destruction massive), afin d'aller vers un monde idéal. Cette Umwelt (monde extérieur) est de nature perverso-psychotique et conduit à des délires dans lesquels nous sommes pris.

Est-ce à dire que les enfants qui naissent dans ce monde vont devenir perverso-psychotiques ? Ce n'est généralement pas le cas. « Car la question du sujet n'est pas perméable comme une grenouille à l'Umwelt. » Nous ne sommes pas univoques par rapport à un discours. *Nous sommes clivés* et le fantasme ainsi que le délire sont deux formes de manifestation de l'inconscient qui expliquent pourquoi le sujet est clivé. Mais c'est une question de proportion. Tout le monde peut à un moment donné délirer. Le refoulement ne nous garantit pas complètement par rapport au délire.

La structure psychique est bâtie sur une perte première lors de la relation à la mère. Lorsque l'enfant hallucine le sein, on est dans l'hallucination de désir c'est-à-dire dans le fantasme. L'hallucination psychotique est un essai de reconstruction face au gouffre qui s'ouvre sous les pieds : il y a une différence structurelle. L'enfant, pris dans un langage perverso-psychotique, doit pouvoir se défendre en constituant de l'Autre, c'est-à-dire un lieu troué qui pourra faire appel d'air. C'est ce qui permet de constituer du sujet, de la subjectivité.

Toute sa vie, l'individu est obligé de penser qu'il y a du sujet et de l'Autre. La psychanalyse n'est pas seulement la découverte de l'inconscient, elle est aussi celle du fantasme inconscient du sujet. Freud a découvert que chaque névrosé est la marionnette d'un scénario inconscient répété à son insu. « La psychanalyse permet de mourir un peu moins idiot. » C'est parce que le fantasme est sous la forme d'une impossibilité que le névrosé ne s'en vante pas et que les pervers n'ont pas de fantasme (le fantasme inconscient n'est pas au sens de celui des sex shop). Les hystériques sont attirés par les pervers car ils croient qu'ils connaissent leur fantasme. Or le fantasme n'est pas un scénario pervers. Le névrosé rêve de découvrir qu'il a le fantasme à sa disposition. S'il rencontre un pervers qui accepte une position qu'il lui a été toujours impossible d'occuper, le lendemain il est à l'HP avec une bouffée délirante : le névrosé risque de délirer s'il rencontre son fantasme dans le réel. Le fantasme du névrosé n'est pas fait pour être agi. S'il passe dans la réalité, il est insupportable.

1. Compte rendu rédigé par Jean-Paul BOSSUAT



sein. Le génie du psychotique est de créer un mélange de signifiants et de signifiés pour obturer.

Nous avons des outils analytiques pour aborder les moments aigus des psychoses. Depuis le déni de Freud, Lacan a découvert des choses. Il a mis en place la notion de Verwerfung, de forclusion du Nom du Père, de la loi symbolique. Cette forclusion provoque de la métaphore délirante. Le délire lui-même est une forme linguistique décryptable mais non interprétable : interpréter un délire fait délirer deux fois.

Une autre approche de Lacan est le synthome. Joyce, qui était psychotique, avait la nécessité d'être toujours écrivant plutôt qu'écrivain. Lacan parle à ce sujet de synthome, lequel à la différence du symptôme n'est pas analysable. « Si on le trifouille dans

l'analyse, tout va vous péter à la gueule. » Le synthome n'est pas une greffe symbolique, il est un mouvement qui ne peut pas s'arrêter, comme le mouvement du vélo. On n'y touche pas quand il est repéré. Chez Louis II de Bavière, c'est le château. Mais ce concept peut s'appliquer aux névrosés : les analyses qui aboutissent à un psychanalyste sont des synthomes !

Jean-Richard Freymann conclut son exposé sur trois mécanismes :

1. Le fantasme mène à *la croyance*. Il permet le transfert, la suggestion, le transfert analytique dans lequel le sujet se prend lui-même comme objet.
2. Le mécanisme qui concerne le social, la politique, les élections voire la guerre, est *la conviction*. Elle place l'individu dans le groupe. Elle est un fantasme commun, une idéologie commune, une religion commune (celle des autres étant la mauvaise).
3. Le mécanisme psychotique et délirant est *la certitude*.

Abbaye-école de Sorèze (Tarn), le 18 avril 2005 : « De Pinel à Aujourd'hui, la classification des troubles mentaux »¹

A l'initiative du Laboratoire Pierre Fabre, cette journée fait suite à un véritable conclave qui s'est déroulé trois jours durant (du 15 au 17 avril 2005) à Toulouse au cours duquel s'est discuté l'apport expertal français à la 11^e révision à venir du chapitre V (concernant les troubles mentaux) de la Classification Internationale des Maladies. Cette CIM 11 doit faire pendant à la sortie du DSM V (2011) de l'American Psychiatric Association tant il apparaît nécessaire aujourd'hui ne pas laisser le monopole des classifica-

tions à une seule mode de pensée, aussi puissant et opératoire soit-il.

Le colloque s'est déroulée à Sorèze (Tarn) et cela est significatif. Cette ancienne Abbaye-Ecole royale militaire fondée par Louis XVI dont la statue non étêtée orne toujours le parc inspiré (au sens de Maurice Barrès), est située à quelques kilomètres seulement de la maison familiale de Pinel et sur la liste des ses anciens élèves (benoîtement copiée par les moines depuis la fondation en 1776 et encore affichée exhaustivement sur les murs), figure un certain Henri Ey.

¹ Journée scientifique du Carla. Compte rendu de Didier Bourgeois.

Trois siècles durant, l'école fut un haut lieu d'éducation, à la fois rigoriste et cosmopolite mais ferma brutalement en 1991, « victime d'une non-accréditation » par le ministère de l'Education : Elle n'était plus aux normes !

En introduction de la journée, le professeur Jorge Alberto COSTA e SILVA (Rio de Janeiro), ancien président de l'association Mondiale de Psychiatrie, évoqua la figure de Pínel, à la fois humaniste et clinicien, étrangement le premier à décrire l'anosognosie et initiateur des classifications en psychiatrie. Kraepelin et Bleuler lui succéderont et la CIM 01 sera élaborée en 1900 sur des bases franco-allemandes. Aujourd'hui, l'apport des neurosciences révolutionne les perspectives classificatoires des troubles mentaux mais il y a toujours plus de catégories de maladies que de catégories de médicaments ce qui pose problème aux classificateurs. Y-a-t-il trop de catégories nosographiques ou manque-t-on de médicaments ?

Lui succédant au micro, le professeur Juan Enrique MEZZICH (New York), actuel président de l'Association Mondiale de Psychiatrie, insista sur la nécessité en matière de classification de concilier des impératifs diagnostiques divers, ceux de la recherche clinique, de l'épidémiologie (santé publique) et de l'enseignement, tout en tenant compte de la diversité des cultures dans lesquelles s'épanouissent les troubles mentaux ainsi que la diversité des professions ayant à intervenir dans le champ psychiatrique.

Pour MEZZICH, l'intérêt des classifications est de pouvoir préciser, face à un patient donné, sa principale maladie, les co-morbidités éventuelles (problème de hiérarchisation des maladies), ses autres problèmes de santé et son statut sanitaire. Les évaluateurs d'un tel diagnostic sont ses utilisateurs : le clinicien, le patient, la famille du patient, les autres travailleurs sociaux. Un diagnostic intégré doit être universel et clair, abstrait (approche platonicienne) mais relever aussi de l'observation naturaliste (approche aristotélicienne) ainsi que d'une expérience empathique et d'une prise en compte biographique et contextuelle (approche hippocratique).

D'autres intervenants abordèrent les méthodes de diagnostic sous des angles complémentaires : phénoménologique, A. KRAUS (Heidelberg) ; philosophique, K. SCHAFFNER (Washington) ; pharmacologique, (J-P OLIE (Sainte-Anne), T.B. ÜSTÜN (OMS, Genève) précisant le programme de révision de la CIM.

L. KÜET (Istanbul) (« Importance d'une classification et d'un diagnostic dans la prise en charge psychologique »)

esquissa l'évolution des critères de classification à attendre de la prochaine révision : Selon lui, il s'agit de passer du phénoménologique au phénotypique, de la psychopathologie aux neurosciences, de la psychoclinique syndromique au physiologique, de l'intuition clinique à l'épidémiologie, du consensus expertal à la « base evidence » des guidelines. Le projet de la CIM 11 est donc de « zoomer du comportement macroscopique à des processus biologiques infra-cellulaires », de « passer de la validité diagnostique à l'utilité diagnostique ». Tout un programme !

Tout se passe comme si le modèle classificatoire futur devait dépasser sa logique antérieure (permettre une communication entre cliniciens même au prix de simplifications réductrices) pour atteindre une logique élargie : permettre une communication entre cliniciens, patient, famille et intervenants sociaux. Après une phase d'expansion en nappe dans le champ social, la psychiatrie pourra-t-elle se diluer plus sans perdre son âme ?



Transcendant ce contexte, Philippe JEAMMET (Paris) apporta ses « perspectives de classification des troubles mentaux chez l'enfant ». Critiquant une classification adultomorphe, il prôna pour eux une classification spécifique, alliant clarté et complexité, faisant référence à une structure psychique sous-jacente (psychotique et névrotique, mais aussi borderline), les troubles du comportement prenant leur sens par rapport à la personnalité sous-jacente et étant influencés par le contexte social. Présenter un mode de fonctionnement psychotique n'est pas signe d'une organisation psychique psychotique, un sujet peut évoluer tout au long de sa vie, dans son fonctionnement et le fonctionnement émotionnel de la famille d'un enfant en souffrance est, pour lui, très prédictif de l'évolution psychique de cet enfant. Les deux angoisses fondamentales (cela est caricatural chez l'adolescent) sont l'angoisse d'abandon (par l'autre) et l'angoisse de fusion (intrusion d'Autrui). Ceci

active une problématique de la distance intriquée avec la dimension narcissique. Si on est en insécurité narcissique, on sera vulnérable à l'environnement, dépendant du regard d'autrui et d'éventuels comportements d'emprise ce qui renvoie à la notion de territoire (continuité avec l'animal) mais aussi de « *territoire narcissique* ». Dans la vie, si l'échec est certain (et ne dépend que de nous) la réussite est aléatoire (et dépend d'autrui) La destructivité de l'homme est fascinante et la destruction (de soi ou des autres) équivaut alors à un triomphe narcissique. Ainsi, dans nos sociétés modernes, la culpabilité (une limite essentielle) est remplacée par un idéal du moi faisant le lit d'un épuisant culte de la performance « *sans limite* ». A partir de cette apport Philippe JEAMMET aborda la question des classifications en proposant un modèle gigogne, comportant un noyau dur (partageable avec tous) et la déclinaison de couches classificatoires plus subtiles allant du catégoriel au dimensionnel, tenant compte de l'axe relationnel (théorie de l'attachement) et de l'axe narcissique (axe de la représentation de soi-même).

Dans l'après-midi, Philippe DOUSTE-BLAZY, ministre des solidarités et de la santé, intervint en rappelant tout d'abord que Philippe Pinel écrivit une « *nosographie philosophique* », ce qui fait que la psychiatrie ne peut pas être modélisée comme une autre discipline médicale et qu'il « *fut le premier à découvrir que beaucoup de malades n'étaient pas à leur place dans l'hôpital* ». « *Le frottement des cultures, c'est la culture* », dit Philippe DOUSTE-BLAZY qui, lui aussi, dénonça la « *mise sous tutelle des classifications par une culture donnée, le DSM IV étant une conception nord-américaine qui ignore l'apport des autres cultures* ». « *De nouvelles populations sont concernées par la psychiatrie (détenus, enfants, sujets âgés...)* », donc de nouvelles cul-

tures. Il s'agit d'avoir à disposition des modèles classificatoires tenant compte de cela. La psychiatrie a un fort enjeu social et pour le ministre, l'offre de soin souffre de ses cloisonnements entre les acteurs et d'une répartition inégale de ses moyens : « *les personnels sont épuisés à vouloir maintenir à flot le navire* ». De plus, l'image de la santé mentale n'est pas bonne ce qui entraîne la stigmatisation des malades d'autant que la médiatisation de la psychiatrie est centrée sur les actes de violence.

En conséquence, le ministre veut réorganiser l'offre de soin et il exposa son programme en déclinant les points suivants : rompre avec le désinvestissement hospitalier, donner des moyens aux alternatives à l'hospitalisation, imposer un moratoire sur la fermeture des lits, promouvoir le partenariat public/privé, soigner les malades en centre ville, développer le respect des droits, la dignité et la sécurité des patients et des soignants, développer la psychiatrie à l'hôpital général et la pédopsychiatrie, assurer une formation complémentaire en psychiatrie pour les infirmiers durant leurs études (plus de cours de psychiatrie) et après l'entrée dans la carrière (tutorat), inciter les psychologues hospitaliers à se regrouper pour « *mutualiser des projets de soin* », augmenter les moyens du médico-social par la création de 1200 places de « *soin à domicile* », de 300 « *clubs d'entraide* », œuvrer à la prévention du suicide chez les jeunes et les personnes âgées, mieux former les médecins généralistes pour qu'ils sachent quand ils doivent adresser leurs patients aux psychiatres, prendre en charge les détenus à l'aide d'unités d'hospitalisation aménagées, renforcer la sécurité dans les hôpitaux psychiatriques et à leurs abords, prendre en compte les usagers et leurs familles. Pour tout cela il offre une enveloppe de 1,5 milliard d'euros.

Le coin *littéraire*

La visiteuse

Ce mercredi matin, comme chaque mois depuis des années, le docteur V. psychiatre, était content. Il allait manger au restaurant gastronomique de la ville avec Sa visiteuse.

Après plus de quarante années de carrière professionnelle, V. connaissait bien la visite médicale. « Je suis spécialisé en psychiatrie et en visite médicale » disait-il parfois, « mais l'ordre n'a pas reconnu ma seconde spécialisation ».

Depuis toujours, contrairement à beaucoup de ses confrères, il recevait à l'improviste, sans rendez-vous, comme un chasseur aime à s'aventurer hors des sentes, ou comme un braconnier feint d'être surpris en croisant le chemin d'une biche en abordant une clairière inexplorée.

Il recevait entre deux patients même s'il avait appris, avec le temps, à anticiper les vagues de visiteuses, ce qui lui gâchait un peu le plaisir il faut bien le dire. Par principe, V. ne recevait que les visiteuses, pas les visiteurs. A ceux-là il opposait depuis toujours un refus catégorique. L'évolution sociologique du métier l'avait comblé car depuis vingt ans la profession s'était extraordinairement féminisée.

Avec galanterie, il savait donc introduire dans son cabinet au charme suranné ces étranges interlocutrices parfumées, mues par on ne sait quel consensus synchronisateur du génie marketing ou bien, plus prosaïquement possédant les mêmes informations sur lui, ses habitudes, ses manies. Elles se pointaient à son cabinet par grappes, par portées entières comme disait jadis le rugueux docteur T., son confrère aujourd'hui décédé, en un délicieux bouquet chatoyant selon lui. Lorsqu'il en voyait une, il savait qu'il en verrait beaucoup ce jour là : « Visiteuse du matin, il y en aura plein » était son dicton favori.

Il y avait des passages de visiteuses comme des passages de palombes ou d'étourneaux ; il y avait des saisons pour elles, il y avait des horaires, pas trop tôt ni trop tard ; elles ont souvent de la route à faire pour regagner le nid et lui, dans sa petite ville de province, ne pouvait matériellement être atteint qu'en milieu de journée, avant ou après la visite principale, celle consacrée à la grande et luxueuse clinique des docteurs M., sa concurrence établie un peu plus haut dans un vaste château avec parc arboré, au pied de la montagne, là où il n'avait jamais pu mettre un pied. Pour les visiteuses, il y avait même des périodes de fermeture, lorsque, magnifiques oiseaux, elles s'envolaient loin du terrain, en semaine de séminaire d'entreprise, faire le plein d'idées et de stratégie marketing avant de lui revenir bronzées, gorgées de sourires et de gadgets.

Dans une autre vie, V. avait été un grand chasseur mais

l'âge aidant il était passé du plaisir actif de la chasse au plaisir plus spéculatif de la collection de trophées d'animaux. Puis il avait dû se séparer de ses trophées suite à une inondation automnale mémorable qui en avait détruit la moitié. A cette époque, mortifié dans son orgueil de collectionneur pris en défaut, il s'était alors d'autant plus facilement retourné vers les objets promotionnels des labos qu'il les avait toujours scrupuleusement conservés. Ah la force de l'inconscient, la destinée !

Un objet labo, c'est avant tout du plastique, c'est donc imputrescible, éternel, c'est un festival de couleurs engageantes, de jeux de mot polyglottes, c'est un petit accroche-cœur pour inconscient de prescripteur pressé. C'est un peu un objet transitionnel.

Il s'était donc tourné vers la collection de ces objets tout en restant extrêmement discret sur sa nouvelle passion. Il était discret par nature. Comme la plupart de ses confrères, il écoutait la visite d'une oreille distraite mais ce n'était pas parce qu'il pensait encore au client précédent, suicidaire, ou à la ravissante visiteuse suivante, ce n'était pas parce qu'il n'avait jamais rien compris au modèle scandinave de la dépression récurrente. Il attendait simplement la fin de la séance, cet instant magique qui n'a d'équivalent émotionnel qu'au moment de l'enfance lorsqu'on vous offre les cadeaux de Noël ou au moment de l'adolescence lorsqu'on monte pour la première fois les escaliers derrière une prostituée. Là, tout est possible.

Il guettait ce moment d'apogée, lorsque la visiteuse, presque debout, abandonne négligemment sur le coin du vaste bureau une fiche-posologique-produit, un stylo au couleurs du labo, un de ces menus objets hétéroclites dits de « promotion » destinés à marquer les esprits ou à accompagner au quotidien le praticien jusqu'au cœur de sa prescription. Il n'était pas intéressé par les voyages et congrès prestigieux offerts, si ce n'est par la perspective d'y glaner d'autres objets inédits, il trouvait son bonheur dans ces simples objets. Il aurait tué pour en avoir de nouveaux. Et en trente ans il en avait connu des gadgets à collectionner.

Il avait ainsi amassé dans une vaste pièce, véritable cabinet de curiosité attenant à son cabinet de consultation, une prodigieuse documentation où, dans un ordre qui n'appartenait qu'à lui, était disposé un trésor de pacotille constituant une véritable histoire des psychotropes illustrée par des panneaux entiers couverts de stylos divers, multicolores, en forme de fleur, d'avion, d'automobile, de seringue ou d'épée. Derrière une porte dérobée au regard se tenait son minuscule appartement personnel.

Sur des étagères on pouvait voir des piles des cendriers (distribués lorsque fumer n'était pas encore un crime), des monceaux de cadres porte-photographies, de pinces, de coupe-papiers, de verres, de mugs, de calendriers, de vases. Il y avait des livres, des piluliers, des blocs de plastique moulé contenant des comprimés grandeur nature, quelques statuettes, divers appareils de massage (pour évoquer les anxiolytiques). Faute de place, il entassait dans des cartons et des sacs plastiques glanés en congrès, des agrafeuses, des carnets, des boîtes de médicaments dont certains, vénérables reliques n'étaient plus commercialisés depuis longtemps.

Le soir, longtemps après sa dernière consultation, sa pape-rasse remplie, il furetait parmi ses objets, les caressait, les comparait, les pressait sur son cœur, avant de s'endormir heureux. Malgré son âge, il ne prenait jamais un somnifère, ce qui lui permettait de conserver intactes les boîtes d'échantillons.

Insidieusement, depuis quelques années, son instinct de chasseur avait repris le dessus. Il ne se contentait plus totalement des gadgets souvenirs ; il imagina alors de garder un souvenir de chacune de ses visiteuses étranges. Il commença à collectionner les bâtons de rouge à lèvres oubliés, les mouchoirs humides qu'elles abandonnaient parfois, ah bienvenu hiver, les cheveux perdus qu'il repérait avec une acuité visuelle décuplée sur le velours sombre des fauteuils. Tout cela constituait autant de précieux échantillons humains qu'il humait, classifiait, cataloguait, plaçait sous verre tout à loisir le soir. Il avait ainsi agrandi son musée personnel de la visite médicale d'une seconde aile dédié à un intime musée de la visiteuse médicale.

V. allait partir à la retraite. Il voyait moins de clients depuis quelques temps, ses malades avaient vieilli avec lui, s'étaient stabilisés ou étaient morts, il était devenu un prescripteur de second rang moins courtisé, moins visité mais cela ne le gênait plus, il avait décidé de clore sa collection cette année. 1965-2005. C'était un bon chiffre. Quarante années de visite médicale !

Il n'avait pas trouvé de successeur et cela tombait bien car il ne comptait pas déménager. Cela l'aurait obligé à chambouler son musée, sa vie. Il allait vieillir là où il avait exercé. Tout au plus allait-il dévisser sa plaque et la placer, peut être, sur une étagère comme un trophée de plus. Il avait trouvé le bonheur, plus que le bonheur, la sérénité, la complétude.

Ce mercredi, V. avait donc rendez-vous avec *Sa* visiteuse. Comme ses patients, Mademoiselle G. du laboratoire H. avait en quelque sorte, vieilli avec lui. Sa boîte n'avait jamais fusionné, elle n'avait jamais changé de secteur désirant rester auprès de sa mère, jamais changé de produit, pourtant en perte de vitesse, pas même générique tant il était devenu démodé et elle était contente de lui, son « meilleur psychiatre », celui qui pouvait lui citer les plus infimes variations textuelles des mentions légales de sa « fiche poso » tout autant qu'évoquer le logo du « bloc post-it » promotionnel de 1978.

V. aimait bien Mademoiselle G. qui avait toujours un nouveau stylo pour lui. Elle était la favorite de ses visiteuses, bien plus attendue que les bimbos en mini jupe de cuir fai-

sant quasiment la visite en anglais. Elle était presque devenue la seule depuis quelques mois.

Depuis près de quinze ans, secrètement, il avait recueilli ses cheveux sur le velours côtelé du fauteuil gauche, celui situé près de la fenêtre, là où elle s'asseyait invariablement. Il y avait de quoi faire un bézoard magnifique. Les cheveux de couleur châtain de la jeunesse de Mademoiselle G. avaient laissé place à divers essais de coloration allant de l'auburn au noir de jais. Maintenant ils étaient gris cendrés, presque blancs. Un arc-en-ciel de visiteuse. Toutes les visiteuses à la fois. Toutes les visiteuses en une seule.

Il avait constitué une superbe collection de ses mouchoirs, d'hivers (elle était sujette au rhume) comme de printemps (elle était allergique aux pollens). Il possédait même quelques uns de ses cils ainsi qu'une paire de lunette de vue qu'elle avait oublié un jour et qu'il avait prestement caché dans un tiroir avant qu'elle ne sonne à nouveau à la porte de son cabinet. Il détenait beaucoup de chose sur elle mais cela ne lui suffisait plus.

Une idée était née en lui, obsédante. Il l'avait combattu longtemps, car en tant que psychiatre il en concevait l'incongruité puis il l'avait cultivée, développé, érigée en un petit plaisir de psychiatre.

Dans son musée de la visite médicale, des visiteuses médicales, il lui fallait un trophée suprême, une visiteuse médicale.

Mademoiselle G. était orpheline, c'est à dire qu'elle avait perdu sa vieille mère il y a quelques mois. V. l'avait escorté jusqu'au crématorium, posant une main compassionnelle sur son épaule secouée de chagrin au moment où le cercueil disparut sur l'adagio d'Albinoni. Elle l'avait alors regardé longuement tandis que des larmes coulaient de ses yeux rougis. Le lendemain, il lui avait prescrit une ordonnance d'anxiolytiques usant de son plus beau stylo, celui en forme de plume de paon, donné par un laboratoire prescripteur d'aphrodisiaques. Elle le remercia avec émotion, elle n'avait plus de famille. Elle était libre, elle était à lui.

Il avait bien pensé la demander en mariage, elle aurait certainement été d'accord, mais cela aurait compliqué son scénario. Elle ne serait plus une visiteuse médicale, elle serait une épouse. Aucun intérêt pour le musée. Alors l'idée avait germé et enfin fleuri, s'imposant comme une évidence un soir où il astiquait ses statuettes.

Depuis deux semaines donc, V. avait collecté du formol, en quantité suffisante pour son dessein, il avait aménagé une troisième aile à son musée, amputant son appartement personnel et désormais, tout était prêt.

Aujourd'hui, comme chaque mois, Mademoiselle G. l'invitait au restaurant. Ils iraient manger, puis il lui proposerait de découvrir son musée de la visite médicale. Elle en serait enchantée et en serait la première visiteuse. Et la dernière aussi. Un bain de formol pour elle et tout serait en place.

Après, le musée serait complet, parfait, absolu. Il pourrait dévisser sa plaque empli du bonheur du travail bien fait, celui du collectionneur satisfait.

Didier Bourgeois

L'équipe de Psy Cause

I Directeur et Rédacteur en Chef

Jean-Paul Bossuat

I Directeur Adjoint

Thierry Lavergne

I Secrétaires de Rédaction

Webmaster : Didier Bourgeois
(Avignon)

Sponsoring :

André-Salomon Cohen (Avignon)

Formation infirmière :

Bernard Petit (Aix)

Afrique : Monique Wagner (Boulbon)

I Correspondants

Jeanne Aguila (Marseille)

Ashraf Amin (Toulon)

Michèle Anicet (Avignon)

Joëlle Arduin (Avignon)

Geneviève Ayach (Paris)

Nadia Benathzmane (Marseille)

Claude Bissolati (Marseille)

Hervé Bokobza (Montpellier)

Jean-Marc Boulon (Saint-Rémy-de-Provence)

Mireille Brun (Avignon)

Estel Camera (Toulon)

Anny Castel-Guilpart (Arles)

Fabienne Cayol (Laragne)

Jean-Paul Champanier (Grasse)

Pierre Chiaroni (Bastia)

Marie-Christine De Médrano (Martigues)

Joël Delaval (Dunkerque)

Baba Fall (Valence)

Jean-Yves Feberey (Nice)

Olivier Fossard (Avignon)

Hervé Gady (Avignon)

Jean-Michel Gaglione (Martigues)

Réjane Galy (Béziers)

Dominique Gauthier (Laragne)

Dominique Godard (Martigues)

Jean-Louis Griguer (Valence)

Françoise Lanciaux (Thuir)

Daniel Lefranc (Saint-Claude, Guadeloupe)

Arnaud Masquin (Villeneuve-lez-Avignon)

Claude Miens (Avignon)

Régine Moscovitz (Antibes)

Rafael Ortiz (Avignon)

Hosni Ouahchi (Avignon)

Marie-José Pahin (Marseille)

Yves Petit (Papeete, Polynésie)

Didier Plagnol (Saint-Lô)

Michèle Platroz (Lyon)

Patricia Princet (Fains)

Marie Rajablat (Toulouse)

Danielle Raoux (Salon)

Françoise Ruault (Avignon)

Ecatarina Saracaceanu (Toulon)

Jeanie Schott (Uzès)

Béatrice Segalas (Antony)

Jean-Luc Sicard (Avignon)

Julien Starkman (Avignon)

Gabrielle Uda (Marseille)

Didier Bourgeois a dessiné
les illustrations originales.

I Comité de Rédaction

Michèle Bareil-Guerin (Limoux)

Michel Bayle (Aix)

Agnès Beisson (Avignon)

Jean-François Bouix (Montpellier)

Marc Bounias (Avignon)

Stéphane Bourcet (Toulon)

Patrick Boyer (Uzès)

Ikrame Brando (Avignon)

Emmanuelle Dermenghem (Millau)

Myriam Duprat (Montpellier)

Pierre Evrard (Avignon)

Laurence Feller (Uzès)

Huguette Ferré (Avignon)

Thierry Fouque (Nîmes)

Jean-Marc Galland (Fréjus)

Marie-Claude Gardone (Uzès)

Abdelkader Hagani (Thuir)

Bernard Javelot (Pierrefeu)

Patrick Jouventin (Avignon)

Boh Souleymane Kourouma (Pierrefeu)

Philippe Khalil (Marseille)

Richard Kowalyszyn (Alès)

Danielle Monbet-Bossuat (Avignon)

Jean-Pierre Montalti (Montpellier)

Youssef Mourtada (Le Mans)

Errol Palandjian (Draguignan)

Jacques Peyre (Montpellier)

Rémi Picard (Avignon)

Gérard Pirlot (Toulouse)

Nadine Pontier (Montpellier)

Mila Ramon (Béziers)

Sophie Sauzade (Martigues)

Gilbert Schott (Uzès)

Martin Tindel (Pierrefeu)

I Correspondants étrangers

Séverin Cécil Abega (Yaoundé, Cameroun)

René-Gualbert Ahyi (Cotonou, Bénin)

Hassen Ati (Nabeul, Tunisie)

Ahmed Benrqi (Oujda, Maroc)

Alexandra Berankova (Ostrava, Tchéquie)

Jan Cimiski (Prague, Tchéquie)

Elisabeth Church (St John's, Terre Neuve, Canada)

Enzo Desana (Turin, Italie)

François Dony (Lernieux, Belgique)

Habachi El Gammal (Assouan, Égypte)

Ivan Galuszka (Bila voda, Tchéquie)

Prosper Gandaho (Abomey, Bénin)

Momar Gueye (Dakar, Sénégal)

Fakhreddine Hafani (Tunis, Tunisie)

Pavel Hlavinka (Opava, Tchéquie)

Baba Koumare (Bamako, Mali)

Mohamed Lakloumi (Marrakech, Maroc)

Françoise Lanet (Lausanne, Suisse)

Nasser Loza (Le Caire, Égypte)

Mary-Kay Nixon (Victoria, Colombie Britannique, Canada)

Valère Nkelzok (Douala, Cameroun)

Shigeyoshi Okamoto (Kyoto, Japon)

Georges F. Pinard (Montréal, Québec, Canada)

Maria Socolsky (Buenos Aires, Argentine)

Mohamed Tadlaoui (Tlemcen, Algérie)

Petr Taraba (Opava, Tchéquie)

Raymond Tempier (Montréal, Québec, Canada)

I Conseil Scientifique

Thierry Albernehe (Antibes)

Charles Alezrah (Thuir)

Dominique Arnaud (Avignon)

Charles Aussilloux (Montpellier)

Michel Bartel (Pierrefeu)

Jean-Pierre Baucheron (Marseille)

Denise Beaudouin (Marseille)

Moïse Benadiba (Marseille)

Henri Bernard (Avignon)

Marie-Hélène Bertocchio (Aix)

Daniel Bley (Arles)

Carmen Blond (Avignon)

Thierry Bottai (Martigues)

Jean-Philippe Boulenger (Montpellier)

Jean-Louis Champot (Aix)

Yves Coquelle (Pierrefeu du Var)

Boris Cyrułnik (Toulon)

Rémi Defer (Aix)

Françoise Deraumont (Toulouse)

Jean-François Dermenghem (Montpellier)

Dominique Étienne (Pierrefeu du Var)

Fanny Frey (Avignon)

Marie-France Frutoso (Uzès)

Sébastien Giudicelli (Marseille)

Robert Julien (Marseille)

Dimitri Karavokyros (Laragne)

José Lamana (Avignon)

Joëlle Leveziel (Orange)

Christian Mejean (Pierrefeu du Var)

Jean-Luc Metge (Martigues)

Gérard Mosnier (Avignon)

Dominique Paquet (Avignon)

Dominique Pauvarel (Pierrefeu)

Régis Polverel (Martigues)

Jean-Marie Potoczek (Pierrefeu)

Madeleine Pulcini (Lyon)

Gérard Pupeschi (Aix)

Dominique Pringuey (Nice)

Edmond Reynaud (Avignon)

Yves Rousselot (Aix)

Mohand Soulali (Avignon)

René Soulayrol (Cassis)

Jean-Pierre Suc (Avignon)

Yves Tyrode (Avignon)

Nicole Vernazza (Arles)

Colloques et Conférences

IX^e colloque interrégional de Psy Cause

Carcassonne 10 juin 2005

Programme non définitif

Accueil : 8 heures

Première séance plénière de 9 h à 11 h suivie d'une pause.

Président : Jean-Paul Escande, Professeur honoraire de la faculté de Toulouse.

Modérateur : André-Salomon Cohen, Psychiatre au centre hospitalier de Montfavet.

Deuxième séance plénière de 11h30 à 13h30

Président : Jean-Louis Romain, Médecin Chef du secteur de Carcassonne 2.

Modérateur : Philippe Khalil, Psychiatre au CHU La Timone à Marseille.

Ateliers de 15 h à 16 h suivis de la séance plénière de clôture
Atelier 1 : La place du soin dans l'évolution actuelle de la psychiatrie

Modérateur : Françoise Deramond, Médecin Chef de secteur au CH Gérard Marchant à Toulouse.

Atelier 2 : Les places pour le soignant et le soigné dans le soin

Modérateur : Mila Ramon, ancienne infirmière du centre hospitalier général de Béziers.

Atelier 3 : Soins, santé publique et évaluation

Modérateur : Gilbert Schott, Cadre de santé au DIM d'Uzès.

Communications actuellement annoncées en séances plénières :

Charles Alezrah (Médecin Chef, Thuir) : Diversification et ouverture de l'accompagnement thérapeutique (sociothérapie, art-thérapie, etc.).

Hervé Bokobza (Psychiatre à la clinique Saint-Martin de Vignogoul) : Places des soignants et des soignés.

Gérard Pirlot (Psychiatre et psychanalyste à Toulouse, Professeur de psychologie à Paris X) : Limite de la pratique psychothérapique dans l'institution psychiatrique.

Thierry Lavergne (Adjoint, Service accréditation, Haute Autorité de Santé) : Évaluation des pratiques (sous réserve).

Équipe de Michèle Bareil Guérin, un film : « Ne réveillez pas les chats du Carrefour ».

Youssef Mourtada (Pédopsychiatre dans la Sarthe) : Le sevrage aux soins, un problème majeur de Santé publique.

Psy Cause association agréée ANFH

Coût de la formation : 120 , 100 pour les abonnés, déjeuner inclus. Visite de la cité de Carcassonne en fin d'après-midi.



Bulletin d'inscription au congrès de Psy Cause à Carcassonne

Nom et prénom

Adresse

Joindre un chèque de règlement de la formation ou une attestation de prise en charge et retourner ce bulletin au Docteur Michèle Bareil Guérin, ASM, Secteur 1, Place du 22 septembre, 11300 Limoux tél. 04 68 31 50 90.

Déclinaisons de la relation soignant-soigné

IX^e colloque interrégional de *Psy Cause*

le 10 juin 2005

Carcassonne
(Centre hospitalier général)



Quelle est la place du soin dans l'évolution actuelle de la psychiatrie ?

Quelles places pour le soignant et le soigné dans le soin ?

Le soin comme priorité de santé publique et de l'évaluation ?

Présidente du comité d'organisation : Michèle Bareil-Guérin
Médecin Chef du secteur Castelnaudary-Limoux

Programme et bulletin d'inscription voir page précédente.

Abonnement

– Bulletin d'abonnement –

Abonnement pour un an à la revue *Psy Cause* : 40 € à partir du n° (sauf n° épuisés).

Le bulletin d'abonnement rempli ainsi que son règlement à l'ordre de *Psy Cause* sont à envoyer au trésorier de la revue :

Michel Bayle
La Méridienne, route de Belle Croix 13520 Le Paradou

Nom et prénom

Adresse professionnelle

Code postal Ville

et Instructions aux auteurs

Toute proposition d'article devra être formulée et envoyée à :
Dr J.-P. Bossuat, Centre hospitalier de Montfavet 84143
Montfavet cedex.

Le comité de rédaction est seul juge de l'acceptation ou non
d'une communication.

Contenu de l'article

L'article doit être obligatoirement constitué des rubriques suivantes :

- **Titre de l'article**
- **Nom de l'auteur**, qualité, adresse
- **Résumé** : 100 à 150 mots en langue française, exposant succinctement l'objet de l'article
- **Corps de l'article**

L'article peut être constitué de une ou plusieurs parties selon les besoins de l'exposé.

Les photographies, graphiques, dessins sont désignées sous le terme générique de « Figures ». Elles seront numérotées dans l'ordre d'apparition dans le texte (dans lequel doit exister un appel de figure).

Les légendes des figures sont séparées du reste de l'article.

- **Bibliographie** :

Pour un livre, les mentions suivantes doivent apparaître :
Auteurs (nom, prénom), titre (en italique), tome (si nécessaire), ville, maison d'édition, n° d'édition (si ce n'est pas la première), année, nombre de pages, pages de référence.

Pour un article, dans une revue : Auteurs (nom, prénom), titre de l'article entre « », le nom de la revue (en italique), le n° de volume, l'année, le n° des première et dernière page de l'article.

Instructions techniques

Texte

Le texte doit être dactylographié. Il sera fourni une version sur papier et une version informatique (fichier.doc ou .rtf) sur disquette ou par mail.

Figures

Les photographies seront fournies sur papier glacé, d'un format minimum de 6 x 9 cm. Au dos du cliché, apparaîtra le nom de l'auteur, le numéro de la figure.

Les diapositives sont également acceptées, portant les mêmes informations que ci-dessus.

Les graphiques et dessins doivent être d'un format et d'une netteté suffisants pour permettre une parfaite lisibilité une fois reproduits.

Les figures fournies dans une version informatique, doivent être enregistrées dans des fichiers séparés, dans un format .tif, .eps ou .jpg. La version informatique doit impérativement être accompagnée d'une version papier de bonne qualité.

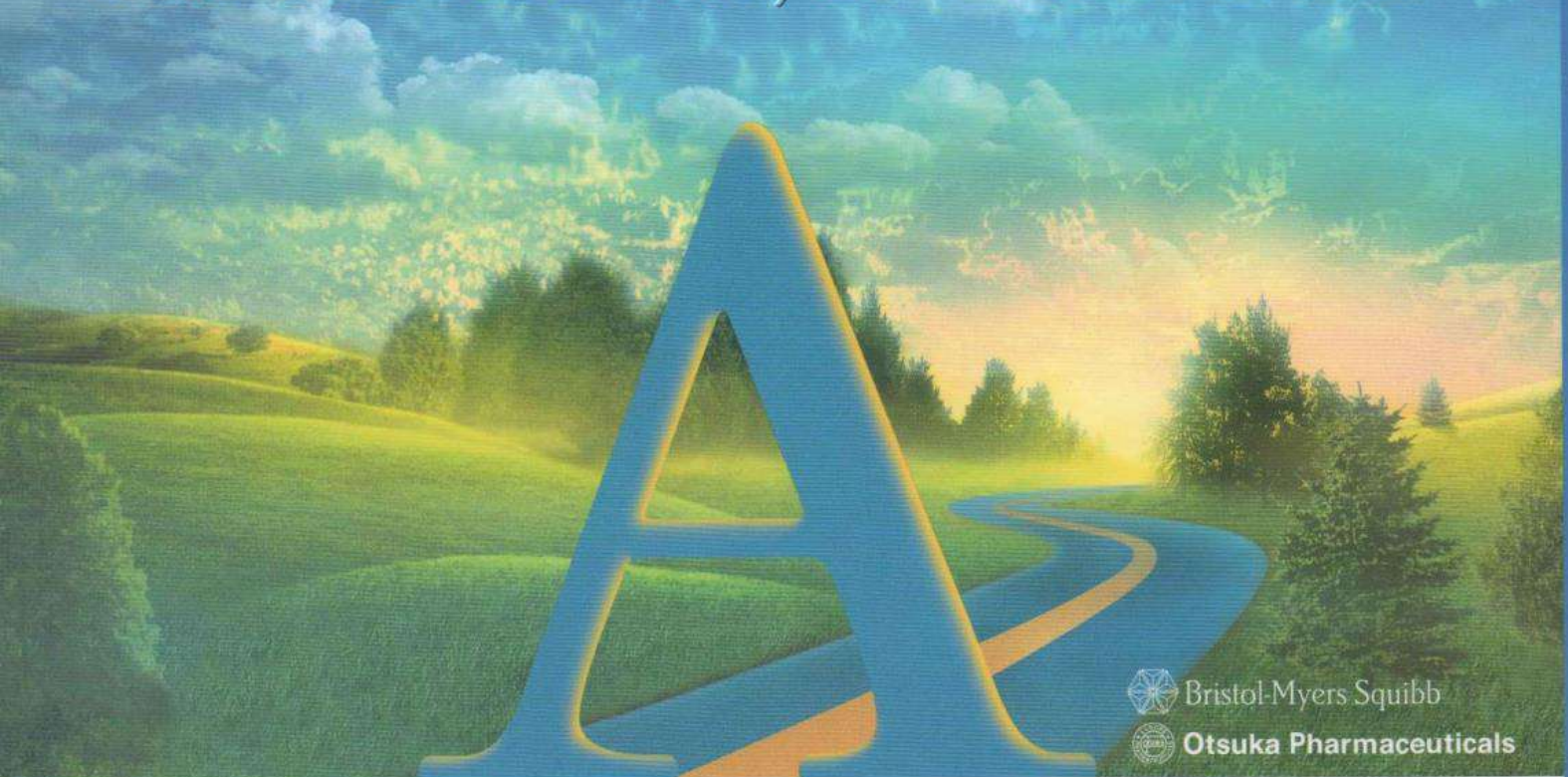
Tableaux

Comme pour le texte, les tableaux seront fournis dans une version sur papier et une version informatique (fichier).

Schizophrénie

ABILIFY® (aripiprazole)

Une nouvelle voie, un nouvel avenir



Bristol-Myers Squibb



Otsuka Pharmaceuticals

ABILIFY® 10 mg comprimés. ABILIFY® 15 mg comprimés. COMPOSITION : *Abilify 10 mg comprimés :* chaque comprimé contient 10 mg d'aripiprazole. *Abilify 15 mg comprimés :* chaque comprimé contient 15 mg d'aripiprazole. Excipients : lactose monohydraté, amidon de maïs, cellulose microcristalline, hydroxypropylcellulose, stéarate de magnésium, oxyde ferrique rouge E172 (10 mg), oxyde ferrique jaune E172 (15 mg). **FORME PHARMACEUTIQUE :** Comprimé. Les comprimés sont rectangulaires et roses, gravés A008 et 10 sur un côté (10 mg) ; ronds et jaunes, gravés A-009 et 15 sur un côté (15 mg). **INDICATIONS THERAPEUTIQUES :** ABILIFY est indiqué dans le traitement de la schizophrénie. **POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION :** Voie orale. **Posologie :** La posologie initiale et d'entretien recommandée d'ABILIFY est de 15 mg/jour en une seule prise, pendant ou en dehors des repas. ABILIFY est efficace dans un intervalle de doses allant de 15 à 30 mg/jour. Une augmentation de l'efficacité pour des doses supérieures à la dose quotidienne recommandée de 15 mg n'a pas été démontrée, toutefois certains patients peuvent bénéficier d'une dose plus élevée. La dose quotidienne maximale ne doit pas dépasser 30 mg. **Enfants et adolescents :** ABILIFY n'a pas été étudié chez les sujets de moins de 18 ans. **Insuffisants hépatiques :** aucune adaptation posologique n'est requise chez les patients atteints d'une insuffisance hépatique légère à modérée. Chez les patients atteints d'une insuffisance hépatique sévère, les données disponibles sont insuffisantes pour établir des recommandations. L'administration doit se faire avec prudence chez ces patients. Cependant, la dose quotidienne maximale de 30 mg peut être utilisée avec précaution chez les patients atteints d'une insuffisance hépatique sévère. **Insuffisants rénaux :** aucune adaptation posologique n'est requise chez les patients atteints d'une insuffisance rénale. **Patients âgés :** l'efficacité d'ABILIFY dans le traitement de la schizophrénie chez les patients âgés de 65 ans et plus n'a pas été établie. En raison d'une sensibilité plus grande de cette population, une dose initiale plus faible doit être envisagée lorsque des raisons cliniques le justifient. **Sexe :** aucune adaptation posologique n'est requise chez la femme par rapport à l'homme. **Fumeurs :** aucune adaptation posologique n'est requise chez les fumeurs compte tenu du métabolisme d'ABILIFY. Lors de l'administration concomitante d'inhibiteurs puissants du CYP3A4 ou du CYP2D6 avec l'aripiprazole, la dose d'aripiprazole doit être réduite. Lorsque l'inhibiteur du CYP3A4 ou CYP2D6 est arrêté, la dose d'aripiprazole doit alors être augmentée. Lors de l'administration concomitante d'inducteurs du CYP3A4 avec l'aripiprazole, la dose d'aripiprazole doit être augmentée. Lorsque l'inducteur du CYP3A4 est arrêté, la dose d'aripiprazole doit alors être ramenée à la posologie recommandée. **CONTRE-INDICATIONS :** ABILIFY est contre-indiqué chez les patients présentant une hypersensibilité à l'aripiprazole ou à l'un des excipients. **MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS PARTICULIERES D'EMPLOI :** Lors d'un traitement antipsychotique, l'amélioration de l'état clinique du patient peut nécessiter plusieurs jours, voire plusieurs semaines. Les patients doivent être étroitement surveillés pendant toute cette période. **Dyskinésie tardive, syndrome malin des neuroleptiques (SMN), convulsions :** pour une information complète se référer au dictionnaire Vidal. **INTERACTIONS AVEC D'AUTRES MEDICAMENTS ET AUTRES FORMES D'INTERACTIONS :** L'aripiprazole peut augmenter l'effet de certains antihypertenseurs. **Alcool ou autres médicaments à action centrale :** Fentanyl : réduit le taux d'absorption de l'aripiprazole, mais cet effet n'est pas considéré comme cliniquement significatif. **Inhibiteurs puissants du CYP2D6 :** la dose prescrite

la dose d'ABILIFY doit être ramenée à la posologie utilisée avant l'initiation du traitement concomitant. **Inducteurs puissants du CYP3A4 :** la dose d'ABILIFY doit être multipliée par deux lorsqu'ABILIFY est co-administré avec la carbamazépine, la rifampicine, la rifabutine, la phénytoïne, le phénobarbital, la primidone, l'écavirenz, la névirapine et le millepertuis. A l'arrêt du traitement de l'inducteur puissant du CYP3A4, la dose d'ABILIFY doit être ramenée à la posologie recommandée. Il n'a pas été observé de variation cliniquement significative des concentrations d'aripiprazole lorsque le valproate ou le lithium était administré de manière concomitante à l'aripiprazole. **GROSSESSE ET ALLAITEMENT :** **Grossesse :** En raison d'informations insuffisantes sur la tolérance chez l'homme et des interrogations suscitées par les études de reproduction chez l'animal, le médicament ne doit pas être administré pendant la grossesse, sauf si le bénéfice attendu justifie clairement le risque potentiel pour le fœtus. **Allaitement :** l'allaitement doit être déconseillé aux patientes en cours de traitement par l'aripiprazole. **EFFETS SUR L'APTITUDE A CONDUIRE DES VEHICULES ET A UTILISER DES MACHINES :** Comme avec d'autres antipsychotiques, les patients doivent être mis en garde quant à l'utilisation de machines, y compris la conduite de véhicules à moteur, et ce, jusqu'au moment où il apparaît raisonnablement certain que l'aripiprazole n'entraîne pas ce type d'effet indésirable. **EFFETS INDESIRABLES :** Les effets indésirables suivants ont été rapportés plus fréquemment (≥ 1/100) que sous placebo, ou ont été identifiés comme des effets indésirables pouvant être cliniquement significatifs (*) : **Troubles du système nerveux central :** Fréquent (> 1/100, < 1/10) : étourdissement, insomnie, akathisie, somnolence, tremblement. **Troubles oculaires :** Fréquent (> 1/100, < 1/10) : trouble de la vision. **Troubles cardiaques :** Peu fréquent (> 1/1.000, < 1/100) : tachycardie*. **Troubles vasculaires :** Peu fréquent (> 1/1.000, < 1/100) : hypotension orthostatique*. **Troubles gastro-intestinaux :** Fréquent (> 1/100, < 1/10) : nausées, vomissements, dyspepsie, constipation. **Troubles généraux et accidents liés au site d'administration :** Fréquent (> 1/100, < 1/10) : céphalée, asthénie. **Autres données :** Des effets indésirables connus pour être associés aux traitements antipsychotiques ont également été rapportés au cours du traitement par l'aripiprazole : - syndrome malin des neuroleptiques, - dyskinésies tardives et convulsions. Parmi les patients ayant présenté des variations des paramètres biologiques standards pouvant être cliniquement significatives, il n'a pas été observé de différence importante de leur état clinique entre le groupe aripiprazole et le groupe placebo. Des élévations des CPK (créatine-phosphokinase), généralement transitoires et asymptomatiques, ont été observées chez 3,9 % des patients traités par l'aripiprazole et chez 3,6 % des patients traités par le placebo. **PROPRIÉTÉS PHARMACODYNAMIQUES :** Classe pharmacothérapeutique : antipsychotique, code ATC : N05 AX12. **Surdosage. Propriétés Pharmacocinétiques. Données de sécurité précliniques. Précautions particulières de conservation :** se référer au dictionnaire VIDAL. **PRESENTATIONS ET NUMEROS D'IDENTIFICATION ADMINISTRATIVE :** Les comprimés d'ABILIFY sont disponibles en plaquettes thermocollées pré-découpées en dose unitaire (Alu/Alu). **ABILIFY 10 mg comprimés :** EU/1/04/276/007 : 28 comprimés - CIP 364 073-4 ; EU/1/04/276/010 : 98 comprimés - CIP 565 796-3. **ABILIFY 15 mg comprimés :** EU/1/04/276/012 : 28 comprimés - CIP 364 078-6 ; EU/1/04/276/015 : 98 comprimés - CIP 565 798-6. Non remboursable à la date de juillet 2004 (demande d'admission à l'étude). Conserve son agrément provisoire aux Collectivités en relais aux Autorisations Temporaires d'Utilisation. **CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE DELIVRANCE :** Liste I. **TITULAIRE DE L'AMM :** Otsuka Pharmaceutical Europe Ltd, Commonwealth House, 2 Chalkhill Road Hammersmith - London W6 8DW - Royaume-Uni. **Représentant local en France :** Bristol-Myers Squibb 3, rue Joseph Marier BP 325 92506 Rueil-Malmaison cedex - France. Médicale et Pharmacovigilance : Tél. : 01.58.83.66.99 - Fax : 01.58.83.66.99

