

AVRIL - MAI
JUN
1996

N°4



Quand les Ψ causent en Provence

ISSN 1245-2394

Sommaire :

- Dans les Unités de Malades Difficiles (Mémoire infirmier).
- Le Service d'Accueil et d'Orientation à Aix-en-Provence.
- La difficile condition des aides soignantes en psychiatrie.
- Les accidents de la puerpéralité.
- Des patients qui font mystère de leurs noms.
- Etre en relation, tout un art.
- Honte et culpabilité chez une obsessionnelle.
- Rubriques : actualité scientifique locale,
société (les ordonnances), cinéma,...

Revue trimestrielle

Prix au numéro : 50 F.

Abonnement (4 numéros plus les numéros hors série) : 130 F.

Adresse de la revue : Docteur Jean-Paul BOSSUAT

Centre Hospitalier de Montfavet 84143 cedex

PSY- CAUSE EN PROVENCE

De Vauclusienne lors de sa création, votre revue de proximité devient progressivement Provençale selon des relations de voisinage entre des hommes et des équipes. Une aire de proximité ne se décrète pas, elle se construit sous la forme d'un **réseau** de relations et de complémentarités. Qu'à notre époque, l'évolution de Psy-Cause n'aille pas dans le sens d'une planification d'Enarque et soit le reflet du désir, cela est de bon augure.

C'est ainsi qu'à la différence de certaines revues nationales, cette publication est principalement financée par les abonnements, ce qui a permis de réaliser en toute indépendance et sans subvention le numéro 3. Deux laboratoires, LUNDBECK et LILLY, nous apportent leur confiance par leur présence dans ce numéro 4 ; et la direction du Centre Hospitalier de Montfavet par des abonnements de soutien non pas pour une diffusion interne, mais pour faire connaître la revue dans divers hôpitaux de la région.

Lors de la sortie de ce numéro 4, votre revue pourra fêter son premier anniversaire. Malheureusement l'un de ceux qui dès le départ ont cru en cette initiative, n'est plus. Infirmier, membre du Comité de Rédaction, il s'est éteint soudainement à l'âge de 46 ans du fait d'une grave maladie. Au sein de son unité de soins, il avait su par la qualité de son travail et de ses relations humaines, susciter estime et amitié. Je veux parler de Jean-Louis PAULETIG.

Le directeur de Psy-Cause
Jean Paul BOSSUAT

EDITORIAL

Elle croit - Le réseau s'étend progressivement sur Aix, Digne et Martigues et se concrétisera par un groupe de travail Aixois à la rentrée, incluant cette fois dans son aire géo-démographique l'ensemble des secteurs du CH Montperrin.

Elle croit - Le nombre d'articles augmentant, le prix de revient nous amène à passer l'abonnement à 130 F.

Elle croit - D'autres rubriques sont en gestation.

Merci et bravo aux abonnés et aux auteurs qui donnent vie à Psy-Cause.

Docteur Thierry LAVERGNE
Rédacteur en chef

QUI FAIT LA REVUE ?

Directeur de la Publication

Jean Paul BOSSUAT

Directeur Adjoint

Thierry LAVERGNE

Directeur de la Publicité

Huguette FERRE

Rédacteur en Chef

Thierry LAVERGNE

Rédacteur en Chef Adjoint

Jean Paul BOSSUAT

Secrétaire de Rédaction

Didier BOURGEOIS

Comité de Rédaction

Régis ASTIC

Fabienne CAYOL

Huguette FERRE

Jean Michel GAGLIONE

Jean Louis GAUTHIER

Léo GOUDARD

Marc Alloïs LILLO

Henri LOMBARD

Hosni OUACHI

Christian TARDIEU

Jany VIDON

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

QUI AIDE LA REVUE ?

Conseil Scientifique

Michèle ANICET

Henri BERNARD

Carmen BLOND

José LAMANA

Joëlle LEVEZIEL

Louis MERLIN

Gérard MOSNIER

Maurice PAILLOT

Dominique PAQUET

Edmond REYNAUD

Béatrice SEGALAS

Danièle SILVESTRE

Mohand SOULALI

Jean Pierre SUC

Yves TYRODE

Correspondants

Joëlle ARDUIN

Mireille BRUN

André Salomon COHEN

Rémi DELAITRE

Gérard IMBERT

Claude MIENS

Christian MIRANDOL

Marianne PARIS

Danielle RAOUX

Sophie SAUZADE

Les Laboratoires

Les Laboratoires LILLY et LUNDBECK, par une subvention.

Les Laboratoires LILLY et SYNTHELABO ont contribué par un buffet à l'occasion d'une communication de Psy-Cause sur les Psychoses Puerpérales

Didier BOURGEOIS a dessiné les illustrations originales.

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

SOMMAIRE

Psy-Cause I

. *Quelle peut être la place du soin infirmier psychiatrique en milieu de contrainte ?*: Philippe GIRARDON, Infirmier . Pages 5 à 19.

. *S.A.O. d'Aix en Provence, vers l'accès aux soins ?* : Marc MOUISSE et Patrick MANINO, Infirmiers . Pages 20 à 23.

. *Pourquoi les aides-soignantes sont-elles si peu nombreuses et en général si mal acceptées en psychiatrie ?* : Eric ICHER, Attaché de Direction stagiaire. Pages 24 à 26.

Psy-Cause II

. *Les accidents de la puerpéralité* : Danielle RAOUX, Praticien Hospitalier, et Fabienne CAYOL, Médecin Assistant. Pages 28 à 32.

. *Des patients qui font mystère de leurs noms* : Didier BOURGEOIS, et Karine FAYE-ALBERNHE, Praticiens Hospitaliers, ainsi que Aneta SKULSKA et Patrick ANDRIANASOLO, Médecins Assistant . Pages 33 à 40.

. *Etre en relation, tout un art* : Françoise SERREAU, Psychologue. Pages 41 à 44.

. *"Vingt quatre heures de la vie d'une femme", honte et culpabilité chez une obsessionnelle* : Hélène ROUCHENIAN, Infirmière, Marie-Josée PAHIN, Psychanalyste. Pages 45 à 57.

Rubriques

. *Courrier des lecteurs.* Page 58.

. *Actualité scientifique locale* (Responsable de la rubrique : Jean Paul BOSSUAT). Pages 59 à 69.

. *Société : les ordonnances* (Responsable de la rubrique : Jean Michel GAGLIONE) . Pages 70 à 73.

. *Cinéma* (Responsable de la rubrique : Huguette FERRE). Pages 74 à 77.

PSY- CAUSE I

PRATIQUES SUR LE TERRAIN

Trois articles correspondant à un travail concret sur le terrain, sont regroupés dans cette première partie de la revue .

. Philippe GIRARDON, jeune diplômé de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Montfavet, aborde avec son mémoire un sujet rarement traité : **les Unités pour Malades Difficiles**. Son approche du soin infirmier dans ce cadre particulier, est à la fois éclairante sur la pratique soignante auprès de patients considérés comme très dangereux, et sur la conception même du plan de soin infirmier.

. Deux infirmiers Aixois, Marc MOUISSE et Patrick MANINO, exposent une expérience originale de leur pratique de secteur : le **Service d'Accueil et d'Orientation**, travail de liaison hors les murs pour donner de la cohérence et du sens à des interventions sinon éclatées, auprès de personnes marginalisées.

. Un attaché de direction stagiaire, Eric ICHER, élève à l'école formant les directeurs d'hôpitaux, effectue à Montfavet une enquête auprès des personnels pour comprendre la difficulté de l'**Aide-Soignante** à trouver sa place dans le dispositif institutionnel. Son article nous propose un regard sur l'équipe soignante, qui ne sera pas sans interaction avec celui du soignant sur "l'administratif"...



QUELLE PEUT ETRE LA PLACE DU SOIN INFIRMIER PSYCHIATRIQUE EN MILIEU DE CONTRAINTE?

Mémoire IFSI Montfavet
Promotion 1992-1995

Philippe GIRARDON
Infirmier aux Bruyères (1)
Secteur Avignon Est
(84G04)

La France compte sur son territoire quatre Unités de Malades Difficiles hommes :

- * Villejuif créé en 1910 (52 lits)
- * Montfavet créé en 1946 (64 lits) : Unité "Esquirol"
- * Sarreguemines créé en 1957-58 (216 lits)
- * Cadillac créé en 1963 (120 lits)

ainsi que deux Unités de Malades Difficiles femmes :

- * Villejuif créé en 1933 (14 lits)
- * Montfavet créé en 1933 (20 lits) : Unité "Les Tilleuls".

L'U.M.D. Esquirol comprend trois pavillons : le "A" avec 22 lits, le "B" avec 24 lits et le "C" avec 18 lits. Le "C" est réservé en partie aux observations des patients qui viennent d'être admis et ensuite ils sont transférés indifféremment dans les pavillons "A" ou "B" (certains peuvent rester au "C").

Pour l'élaboration de mon mémoire, je suis parti de mes observations lors d'un stage optionnel effectué en juillet 1994 durant cinq semaines à l'U.M.D. Esquirol, et de lectures dans différentes revues, thèses et livres pour ensuite dégager une question : ***Quelle peut être la place du soin infirmier psychiatrique en milieu de contraintes?*** J'emploie les termes "en milieu de contraintes" car ils caractérisent l'hospitalisation d'office d'un patient difficile avec obligation de soins dans une structure fermée avec des règles prédéfinies.

A travers mon travail, j'ai recherché comment était utilisé le milieu de contraintes pour mettre en place du soin infirmier psychiatrique en me demandant s'il n'amenait pas parfois des "dérapages" vers du "non-soin". A partir de là, j'ai dégagé toute une série de questions me permettant de poser une problématique : Qu'est-ce que l'U.M.D.? Par quelle loi est-elle définie? Quels sont le rôle et la fonction d'un infirmier? Qu'est-ce que le soin infirmier psychiatrique? Qu'est-ce qu'un soin en U.M.D.? Comment cela se traduit-il concrètement? Les contraintes ne sont-elles pas trop pesantes pour apporter du soin? Que permet le rôle contenant? Qu'apporte le rôle symbolique? L'architecture contraignante n'est-elle pas trop visible pour le patient? L'ergothérapie et la sociothérapie sont-elles une ouverture du soin psychiatrique? Ce sont tous ces points que j'ai essayé de développer dans les trois chapitres suivants.

(1) - Les Bruyères 90.03.91.53, Centre Hospitalier , 83143 Montfavet Cedex

A - PARCOURS MEDICO-ADMINISTRATIF D'UN PATIENT EN U.M.D.

1 - Les textes légaux dont résulte l'admission des malades en U.M.D.

* La loi du 27 juin 1990.

La loi du 27 juin 1990 instaure, entre autre, l'hospitalisation d'office des patients qui présentent des troubles psychiques tels qu'ils ne peuvent être contrôlés par les services de secteur dont les structures sont inadaptées et ouvertes. Les libertés individuelles doivent être limitées à celles nécessitées par un état de santé et une mise en oeuvre de son traitement. La dignité de la personne doit être respectée. Elle doit être informée de sa situation et de ses droits (émettre et recevoir du courrier, communiquer avec les autorités administratives et judiciaires, avoir l'avocat de son choix, saisir la Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques et la Commission du Suivi Médical pour l'U.M.D.....)

* L'article D 398 C.P.P.

Cet article précise le transfert en service de psychiatrie, des prévenus ou condamnés atteints de troubles mentaux mais dont le caractère dangereux de ces mêmes troubles impose le transfert en U.M.D.

* L'article 122.1 du Nouveau Code Pénal (remplace l'article 64 de l'Ancien Code Pénal).

Certains sujets bénéficient d'un non-lieu judiciaire au titre de l'article 122.1 du Code Pénal qui précise : *"n'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuro-psychique ayant aboli son discernement ou entravé le contrôle de ses actes; et cette personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuro-psychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable : toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime"*. Ils présentent donc un caractère de dangerosité tel qu'ils doivent être transférés en U.M.D.

* L'arrêté du 14 octobre 1986

Il précise pour les malades placés en U.M.D, la nécessaire information à leur admission, de leurs droits et obligations et notamment de l'ensemble des dispositions légales issues de la "loi de 90" afin de leur permettre d'assurer leur défense et leur sortie de l'unité.

L'expertise psychiatrique, le risque de fugue, les réactions agressives au sein de l'unité où ils sont hospitalisés, sont les éléments argumentaires les plus retrouvés dans la demande d'admission basée sur ces quatre textes.



2 - Séjour : le règlement intérieur

* Il est composé de sections qui réglementent l'hospitalisation de tous les patients admis en U.M.D.

- Il rappelle les textes de lois et les décrets, précise les modalités d'hospitalisation, les droits et les devoirs du patient, les types de sorties possibles.
- Il régit la vie à l'intérieur de l'U.M.D., la composition des équipes infirmières...
- Il détermine la composition et le rôle de la Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques, de la Commission du Suivi Médical....

* Les missions

- Accueil des patients en hospitalisation d'office, présentant ou susceptible de présenter des troubles psychiatriques empreints de dangerosité, d'agressivité....
- Les patients vont donc bénéficier de soins psychiatriques qui tiennent compte de leur pathologie et de leur histoire.
- Les U.M.D. assurent une mission de maintenance de la sécurité vis-à-vis des patients dont les troubles ne permettent pas une réinsertion au sein de la société.

3 - Les sorties des patients

Elles sont légalisées par la loi du 27 juin 1990, elles dépendent de critères médico-administratifs examinés par la Commission du Suivi Médical (Article 4 de l'arrêté du 14 octobre 1986) qui donne un avis médical quant au bien fondé de la demande pour le maintien ou la sortie du patient.

* Les quatre modalités de sorties :

- *Les sorties immédiates et définitives* dépendent soit de l'autorité judiciaire en application de l'article L 351 C.S.P. (loi du 27 juin 1990), soit de l'autorité préfectorale signataire des arrêtés concernant les patients en procédure d'hospitalisation d'office et signataire des arrêtés de sortie des U.M.D. en application des articles 16 et 17 de l'arrêté du 14 octobre 1986.
- *Les sorties d'essais* sont légalisées par la loi du 27 juin 1990 (article L 350 C.S.P.).
- *Retour en milieu pénitentiaire* (article D 398)
- *Transfert* dans une unité de soins relevant d'un secteur psychiatrique.

Après avoir vu tous les textes, lois, articles et décret qui régissent en général l'U.M.D., nous allons voir maintenant la place de l'infirmier dans cette structure.

B - LA DEMARCHE DE SOIN COMME SUPPORT D'UNE DEFINITION DU SOIN INFIRMIER EN PSYCHIATRIE

Quelque soit le milieu de soins, la démarche de soins infirmiers constitue la clé de voûte des interventions infirmières, car il s'agit d'une méthode efficace d'organisation de la pensée pour la prise de décisions cliniques et la résolution des problèmes. Aussi, je me suis inspiré de cette méthode pour déterminer ma définition du soin infirmier en milieu psychiatrique et plus précisément en U.M.D.. Car à chaque admission, succède une phase d'observation qui est essentielle, et qui permettra un diagnostic clinique et étiologique. A partir de ce diagnostic est élaboré un projet de soins, périodiquement évalué, voire réajusté. Il consiste à déterminer la nature des soins dont a besoin le malade et son parcours thérapeutique. Je vais donc dans ce chapitre, présenter l'élaboration du plan de soins.

1 - Recueil de données

* **L'accueil** du patient dans le service est un temps essentiel de la prise en charge hospitalière (trois jours d'observation, pas de contact avec les autres patients). L'infirmier qui fait l'accueil doit, au cours du premier entretien, tenter de se représenter le patient dans son milieu familial, social et professionnel. Il faut éviter un questionnaire froid et indiscret qui risquerait d'accentuer le sentiment d'insécurité, de méfiance, de réticence, voire d'hostilité envers l'Unité de Malades Difficiles.

* **L'entretien** caractérisé par **PAROLE** et **ECOUTE** fait partie de la relation de soin, la disponibilité est essentielle pour permettre au patient de pouvoir s'exprimer à tous moments.

Cet entretien n'a pas forcément un caractère de programmation, il joue un rôle de médiation et de temporisation avec l'entretien médical que ne pratique pas l'infirmier. Les renseignements et données sont intégrés dans le dossier de soins qui sert à l'équipe soignante et fait partie de l'histoire du patient et de son anamnèse. Les recueils d'information doivent être objectifs et en éviter les interprétations abusives. Il faudra tenir compte du contexte de vie, de son environnement et de l'instant de ce recueil. Cet entretien est important dans l'observation :

- des attitudes, des mouvements, des postures du patient ;
- de son discours, des mots prononcés, des silences ;
- et du type de première relation avec le patient.

2 - Formulation du diagnostic infirmier

Après une analyse et une interprétation des données, le soignant émet un diagnostic infirmier. Cette étape est importante car elle va induire nos actions, donc ces diagnostics doivent être précis et ciblés, c'est un travail d'équipe et de réflexion.

3 - Objectifs

Les objectifs que nous comptons atteindre doivent être eux aussi précis et ciblés. Pour cela nous devons fixer des objectifs à court, moyen ou long terme s'appliquant à la situation particulière du patient et à évaluer nos interventions. **Le but est d'obtenir une amélioration de la conduite du patient** pour qu'une prise en charge en service de secteur soit de nouveau possible ; cet objectif passe par une adaptation thérapeutique en cas de chimiorésistance mais aussi par un apprentissage comportemental de l'impulsivité et de l'agressivité, pour pouvoir communiquer après avoir réduit l'agressivité et resocialiser les patients par différentes sociothérapies.

4 - Support de soins et interventions infirmières

Les actions infirmières peuvent être étayées de supports de soins tels que la sociothérapie :

* **L'ergothérapie** : P. Pinel voyait l'ergothérapie dans un but occupationnel mais aussi comme le garant du maintien de la santé, des bonnes moeurs et de l'ordre. C'est seulement avec les débuts de la psychothérapie institutionnelle, pratiqués à Saint-Alban pendant la seconde guerre mondiale par L. Bonnafé et F. Tosquelles, que l'ergothérapie au centre de l'action thérapeutique. Vers 1965, elle prend une autre direction en s'inspirant de la psychanalyse lacanienne. J. Oury rappelle quelques principes essentiels de l'ergothérapie : liberté de circulation, existence de lieux concrets biens structurés, contrats avec les patients révisables à l'entrée comme à la sortie, accueil permanent disposant de grilles symboliques et de médiations.

Aux U.M.D., c'est une prise en charge du malade par l'équipe sur prescription médicale et après accord de l'équipe d'ergothérapie. Un travail relationnel individuel ou collectif est fait avec le patient ou un groupe de patients. L'infirmier est ressenti comme soignant mais aussi comme conseiller professionnel et social. Harmoniser, resocialiser et restructurer par une activité, sont les principaux objectifs de l'ergothérapie. Cet atelier a également pour but d'offrir un espace de vie et de liberté mais aussi de responsabiliser, de donner confiance au patient. Une réflexion et la résolution de problèmes peuvent être apportées par l'infirmier référent. L'ergothérapie est composée d'ateliers artistiques et occupationnels, c'est-à-dire respectivement des ateliers de reliure, d'encadrement et de postes de travail créés en fonction de la capacité du patient à travailler (mise en sac d'objets, d'agrafages,...)

* **La musicothérapie** : est composée de quatre pôles d'activités.

- La musicothérapie active : est un travail de desinhibition, d'expression, de communication non langagière par la production musicale qui permet l'émergence de la créativité, prévient et atténue une éventuelle décompensation dépressive. Elle permet également, une prise en charge individualisée de la lutte contre l'agressivité.

- La musicothérapie réceptive : traite essentiellement les troubles névrotiques, psychotiques.. Cela permet aussi de poser la place de la relation triangulaire : SOIGNANT-SOIGNE-MUSIQUE.

- La détente psycho-musicale : est une méthode de relaxation dynamique spécifique qui travaille sur l'anxiété et l'angoisse. Elle prévoit une lutte préventive contre l'agressivité.

- Les animations musicales sur l'ensemble du service : les objectifs sont de recréer la dimension de la fête à l'occasion des journées récréatives et de donner du plaisir en dédramatisant le vécu de l'hospitalisation.

* **L'atelier d'art thérapie** : est un ensemble de techniques soignantes utilisant la médiation plastique. PEINDRE, MODELER sont une autre façon de dire, un moyen de communiquer. Pour les soignants, cette activité offre la possibilité d'approfondir la connaissance d'un patient, sa pathologie et son évolution au sein d'un groupe.

L'atelier se déroule en trois temps :

- la séance ;
- l'analyse de celle-ci par des référents (autrement dit une réflexion est faite sur le comportement du patient pendant l'activité et sur son oeuvre) ;
- le retour s'il y a lieu à l'équipe soignante (c'est-à-dire la transmission des informations si elles permettent une meilleure analyse de la pathologie et du patient concerné).

Les objectifs sont divers : réinvestissement narcissique ; observer et stabiliser la maladie chronique; contenir la violence; améliorer le plan psychomoteur; un bien social ; reconnaissance d'une expression créative personnelle; bilan.

L'activité peinture a été créée au pavillon "Esquirol 2" en mars 1993 et l'atelier modelage en janvier 1994.

* **Les sorties thérapeutiques** : les infirmiers de l'U.M.D. ont déjà organisé quatre sorties autour d'un thème comme par exemple la visite de Fontaine de Vaucluse et de son site. Ce sont uniquement les patients de l'ergothérapie qui peuvent participer à ce genre d'activité. Car elles ont pour but de transférer l'ergothérapie (lieu à risque) sur la sortie, pour apprécier les comportements des patients à l'extérieur d'une structure réglementée. Cela permet d'observer ces patients dans d'autres conditions qui donnent lieu à une part de liberté. Pendant la sortie, la vigilance et la banalisation du risque sont des thèmes que l'infirmier doit toujours avoir à l'esprit.

Ces sorties ont pour objectifs de resocialiser, de faire sortir le patient hors des murs de l'U.M.D.. L'ouverture vers l'extérieur pour le patient se faisant ainsi par étape progressive pour le mettre dans les meilleures conditions possibles en prévision d'une future sortie probable.

* **Les activités sportives** : le groupe sport a travaillé sur quelques thèmes, selon les admissions et les contextes, et toujours en fonction des possibilités humaines et matérielles des services ainsi que du respect du règlement interne propre aux U.M.D.. Ces différents travaux sont axés sur : l'instabilité et donc sur la stabilité c'est-à-dire participer et finir l'activité, le cadre horaire, le passage à l'acte sanctionné, la mise en application de la conduite à tenir individualisée définie par l'équipe médicale, la tolérance et le respect de l'autre, la sociabilité, la frustration, la référence à la loi, la communication et le savoir prendre du plaisir à agir. Les activités proposées sont la piscine essentiellement l'été, le football, le volley-ball ainsi que des assouplissements pour le corps.

Mais le soin est journalier et passe par une approche et une planification du soin quotidiennes et aussi en fonction de l'état du patient et de sa demande.

Il faut être à l'écoute et susciter la parole, l'expression verbale doit être privilégiée ; ceci afin d'écarter le "langage agi" par le biais du passage à l'acte.

C - UN EXEMPLE

Grâce à un exemple, je vais essayer de vous montrer ce qu'est une démarche de soins à partir d'un cas concret.

1 - Recueil des données de Monsieur X

Monsieur X est né le 07 juin 1933 (62 ans) à Dao Yen Kien (Vietnam). Il est de nationalité française et célibataire. La dernière profession qu'il ait effectuée était chauffeur de taxi. Il est en hospitalisation d'office depuis 1976 après un non-lieu. A l'époque il avait été placé sous l'article 64, dans une affaire de **triple homicide**. L'expertise avait diagnostiqué une **psychose schizophrénique**.

Métis d'origine indo-vietnamienne, il est le deuxième d'une fratrie de cinq enfants. Il a été élevé en partie par ses parents et aussi occasionnellement par des parents éloignés. Son père était militaire de carrière et aujourd'hui ses parents sont décédés. Adolescent, il est dans l'école des enfants de troupe, y reste cinq ans puis s'engage dans l'armée française pendant cinq ans. Il fera la guerre d'Indochine et d'Algérie. A la fin de son contrat, il s'installe à Villeneuve/Lot où il travaille comme manoeuvre. Plus tard, il partira sur Bordeaux et passera un C.A.P. mais continuera à faire de petits emplois.

Il se décide à partir sur la banlieue parisienne où il est employé dans une usine Citroën. Il agresse un camarade de chambre avec un couteau et prendra une peine de prison avec sursis : il dit s'être senti persécuté en ayant à l'esprit des idées de vengeance. Il continue à trouver des petits boulots précaires mais il est souvent licencié, selon lui pour des causes raciales. En 1972, il gagne 270 000Fr\$ au tiercé. Alors comme une vie, faite d'oisiveté et d'isolement dans son logement. En 1976, il tue une caissière et blesse le mari. Le même jour, il tue également deux agents d'exploitation dans une entreprise où il avait travaillé, mettra le feu à sa voiture et se rendra à la police. A cette date, il ne droguait pas ni ne buvait et avait une indifférence sexuelle.

Il est placé en hospitalisation d'office à Villejuif, service Henri Colin, et sera transféré à l'U.M.D. de Montfavet le 2 juin 1988. Ses ressources sont en libre disposition et il possède une allocation vieillesse s'élevant à 3 000Fr\$ par mois, il ne paie pas le forfait hospitalier.

Actuellement, il a une **tendance à s'isoler**, même si le contact existe mais de façon superficielle. Il favorise les jeux solitaires tels que les mots croisés, il affectionne le jeu de tarot mais il faut longuement le stimuler. Il se passionne pour tout ce qui tourne autour des mots : commande de dictionnaire électronique, jeu de scrabble.... D'ailleurs, pour le jeu de scrabble, il recherche des partenaires alors qu'il s'isole pour les autres jeux. Il a une tendance à la **bizarrie** : braguette constamment ouverte, tricot de peau à l'envers, pantalon non boutonné, verre de thé entouré d'un torchon, casque audio hyper rembourré...

Il considère son hospitalisation comme un **dû de la société** qui se doit de le nourrir, de le blanchir, un peu comme une "retraite dans un hospice". Il n'accepte toujours pas de traitement par ailleurs.



2 - Analyse de la situation

Monsieur X a suivi une évolution instable dès son enfance favorisée par l'absence d'un noyau familial. Nous pouvons voir apparaître des troubles d'installation progressifs, de l'ordre de l'instabilité professionnelle, un nombre incroyable de professions exercées sur de courtes périodes. Ses gains au tiercé ont été un facteur aggravant qui l'ont amené à se détacher de la vie extérieure et du réel, à vivre replié sur lui et à une indifférence totale affective et professionnelle, ceci faisant apparaître la décompensation du syndrome de dissociation. Un délire persécutif chronique favorisé par un déracinement ainsi que des propos racistes tenus à son encontre l'ont amené dans un moment d'impulsion à commettre un triple homicide. La négligence vestimentaire et le maniérisme, tel que le verre de thé entouré d'un torchon, manifestent bien sa bizarrerie. Actuellement, il ne reconnaît toujours pas ses troubles et voit la structure soignante comme une maison de retraite, où tout lui est dû. Il ne suit toujours pas de traitement.

3 - Diagnostics, objectifs, actions et évaluations

*** Diagnostic infirmier n°1**

Perturbation des interactions sociales liées à un repli, une peur du monde extérieur se manifestant par une tendance à l'isolement, la pratique de jeux solitaires et des difficultés à s'intégrer aux autres patients.

Objectifs :

Monsieur X doit plus facilement communiquer avec les autres patients et participer à des activités communes.

Actions

L'infirmier propose des activités où participent plusieurs patients : le tarot, les jeux de société... Le soignant le fait participer pleinement à ces activités et le responsabilise lors de la participation à des jeux de rôle. Il le fait participer à des sports collectifs où la notion d'équipe est importante.

Evaluations

Elles portent sur sa facilité à s'intégrer aux autres patients et à sortir de son isolement.

*** Diagnostic infirmier n°2**

Perturbation de l'image corporelle liée à un désintérêt et à une fausse perception de soi, se manifestant par une tenue vestimentaire négligée.

Objectifs

Monsieur X doit retrouver un aspect vestimentaire approprié ainsi qu'une prise de repère de son corps.

Actions

L'infirmier fait un travail quotidien sur le corps lors de la toilette, sur l'hygiène, et le choix de vêtements. Le soignant voit avec le patient les corrections à apporter sur sa tenue. Il l'incite à vérifier son aspect, à le responsabiliser sur le choix des vêtements. Monsieur X doit choisir une tenue appropriée en fonction de la saison et de l'activité.

*** Diagnostic infirmier n°3**

Déni non constructif lié à une mauvaise perception de la réalité se manifestant par la non reconnaissance de ses troubles et l'assimilation de l'U.M.D. à une maison de retraite.

Objectif

L'équipe infirmière doit lui faire comprendre ses troubles pour une meilleure prise en charge.

Actions

L'infirmier doit lui faire reconnaître ses actes grâce à l'utilisation de l'article 122.1 du Code Pénal qui n'exclut pas la responsabilité du triple homicide. Le soignant lui indique, à chaque fois qu'il tient des propos incohérents, qu'il est ici en unité de soin pour malades difficiles, en reformulant les propos du patient en un questionnaire. L'infirmier peut lui rappeler le règlement intérieur de l'U.M.D. qui est différent de celui d'une maison de retraite.

Evaluations

La capacité de Monsieur X à reconnaître ses actes.

La reconnaissance d'être dans un lieu différent d'une maison de retraite c'est-à-dire qu'il se trouve dans un lieu de soins psychiatriques.

Nous devons bien prendre conscience que tout ce travail est fait dans un but du mieux être du patient. C'est bien du SOIN que nous parlons et nous devons toujours garder cet objectif qui est d'améliorer l'état du malade.

D - DU BON USAGE DU CARACTERE CONTRAIGNANT

1 -Les rôles de l'U.M.D.

a - Le rôle contenant

La fonction contenant de l'U.M.D. s'appuie sur des règles institutionnelles strictes, des repères stables et fixes ainsi qu'une observation et une vigilance accrue, une loi étayante...

Ces règles très strictes sont une défense vis-à-vis du morcellement du psychotique, elles sont rassurantes, apportent une stabilité des troubles et permettent la mise en place des limites pour canaliser les troubles agressifs.

Les repères stables sont apportés par une vie quotidienne ritualisée : heures du lever et du coucher, toilette, repas, vaisselle, distribution de médicaments... peu de choses sont laissées au hasard et tout dépend aussi de règles que le patient ne peut et ne doit éviter ou contourner.

Du règlement intérieur en ressort une loi étayante qui permet de cadrer et de transmettre une loi humaine, un cadre de vie car la loi du plus fort doit être abandonnée par les patients. La vie en communauté permet grâce à cette loi de passer par une étape de respect de l'autre. L'individu dépend et a besoin de l'autre d'où un respect des règles communes pour vivre dans de meilleures conditions. Cette loi étayante est importante pour les psychopathes pour la modération de leur agressivité, le contrôle d'eux-mêmes, la réflexion et l'auto-critique.

Grâce à ceci, une relation de confiance peut se mettre en place. L'infirmier est le garant de cette fonction contenant, il est là pour la rappeler et la faire appliquer. Ainsi une sécurité est ressentie grâce à l'organisation précise des services et des soins.

Tout en étant en confiance et en sécurité, le patient va pouvoir se remettre en question, élément moteur de la prise en charge thérapeutique, et il pourra toujours avoir l'aide et le soutien de l'infirmier dans ce travail. La relation avec l'infirmier devient privilégiée mais pas exclusive, en évitant d'être le confident. Il peut y avoir un infirmier référent mais l'équipe doit toujours être au courant du travail de l'infirmier pour être prête à prendre le relais.

On peut, par un exemple assez simple comme une partie de cartes à jouer, qui peut paraître pour certains un non-soin, montrer l'application de cette loi. Par l'intermédiaire du jeu qui est composé de règles bien définies et que l'on doit respecter tout au long de la partie, arriver à faire prendre conscience aux patients que des lois nous régissent et que si nous les respectons, nous aurons des libertés non négligeables. Chacun doit attendre son tour pour jouer, respecter la valeur des cartes et des points, respecter les consignes de départ (la partie en tant de points, ne pas tricher....). L'infirmier lors de ces parties sera là aussi un observateur, un garant de ces dispositions.

Un autre exemple : le repas est bien inscrit dans l'application de limites comme le respect des horaires et le respect de son voisin de table. Cela permet aussi de définir un rythme de vie.

C'est bien parce qu'il y a des lois qu'il y a des libertés.

Mais à l'encontre, ce rôle contenant peut avoir aussi un côté néfaste sur la mise en place du soin. Du fait que tout soit ritualisé, nous risquons d'infantiliser les patients. Ils se sentent pour certains dépossédés de leurs actes, nous leur supprimons une grande partie de leur gestes et décisions par la suppression des clenches par exemple, ou par le fait qu'ils n'ont plus le choix d'ouvrir les portes. Nous leur autorisons peu de responsabilités. Le côté rassurant est parfois en demi-teinte. Ils ont très peu d'objets à eux ou le strict minimum et pourtant avoir une partie de son passé affectif avec soi est important. Quand la fonction contenant est trop rigide, elle leur enlève une grande part de liberté, le risque de sentiment de persécution peut alors exister. Le personnel soignant est perçu comme persécuteur, "un maton", la méfiance s'installe et tout est assimilé à de la répression. De "loi étayante" nous revenons à la loi du plus fort qui sera assimilée à l'infirmier et à la structure. Il est important pour l'équipe soignante d'observer ces phénomènes et de rapidement réévaluer ses objectifs pour éviter que ne s'enkystent ces troubles et ces situations.



b) Le rôle symbolique

La loi du 22 juillet 1992 portant réforme du Code Pénal est venue apporter une modification. En effet, elle institue la nature de non-responsabilité ou de responsabilité atténuée mais ne supprime pas l'acte en tant que tel. C'est grâce à cela que le changement dans cette loi évite d'excuser les patients dans leurs agissements. Au nom de la maladie tout n'est pas possible.

Mais le rôle de l'U.M.D. n'est pas une fonction punitive comme on pourrait l'entendre mais bien un essai de l'intégration de limites dans le cadre d'une demande thérapeutique.

Nous essayons de faire comprendre au patient la relation entre sa personne et ses actes en le responsabilisant, en lui signifiant l'interdit, la relation de l'HOMME à la LOI. Le terme de loi ne doit pas être pris au sens de précepte, commandement imposé de l'extérieur, mais plutôt au sens de schéma organisateur d'un ordre qui est l'ordre symbolique, structuré par le langage, dans lequel tout être humain est d'abord pris dans son être. Il faut insister d'emblée sur la suprématie du symbolique sur le réel et l'imaginaire. Lacan a écrit : *"les incidences imaginaires, loin de représenter l'essentiel de notre expérience, n'en livrent rien que d'inconsistant, sauf à être rapportées à la chaîne symbolique qui les lie et les oriente"*. Ce n'est pas l'homme qui crée le symbole, mais le symbole qui le fait homme par la parole de l'autre.

Mais il faut éviter que l'infirmier, dans cette démarche, passe par un jugement des actes qui risquerait de casser la relation de confiance. L'infirmier peut vite se positionner dans des attitudes de préjugés ou de comportement punitif et ainsi dans un rôle de maton, de persécuteur. Il ne faudra pas réduire le patient à cet acte, à cette responsabilité que nous lui demandons de chercher car nous pouvons faire peser trop de pression sur l'individu. Il ne pourrait, par la suite, plus se détacher de son acte ce qui serait un blocage dans la prise en charge thérapeutique et son devenir. Souvent les patients ressentent cette fonction comme une contrainte trop excessive c'est-à-dire qu'ils se sentent exclus, il purgent une peine. Ceci est accentué par le fait qu'ils ne savent pas pour combien de temps ils sont en U.M.D., cela aggrave l'angoisse, un sentiment de fin de tout, plus d'espoir, parfois même une perte de temps pour certains. Il est vrai que le mot punition revient souvent dans les paroles des patients : "on est là pour payer", "j'ai déjà fait 20 ans, j'en ai pris pour mon compte", "c'est une prison et on n'en sort jamais"...

Il faut pour l'infirmier, éviter tout ce qui pourrait rappeler le monde carcéral. Le patient est bien là pour suivre des soins, et non pour purger une peine comme en prison. Il ne faudra pas le considérer comme un mauvais malade qui a fait tel ou tel acte, mais plutôt comme une prise en charge globale qui permettra peut-être d'atténuer ce phénomène de "prison-hôpital".

2 - Une architecture trop pesante?

Quand vous arrivez dans cette structure, vous êtes impressionnés par l'enceinte de quatre mètres de haut, par les fossés, par les portes sans clenches, les murs intérieurs sont vitrés, tout ou presque est fixé au sol. Il faut en tant que soignant **se servir de ce type d'organisation architecturale**. Pour des patients déstructurés, dissociés, nous arrivons à leur apporter une limite "physique" et ainsi nous évitons qu'ils se dispersent. Exemple : un jeune schizophrène de Cabanis était en porie à un vécu mégalomane, rien ne devait résister à sa toute puissance. Il rencontra d'emblée des limites grâce à la solidité des murs, portes et fenêtres lui opposant une résistance.

Mais le risque d'étouffement est toujours présent avec une idée d'emprisonnement pour les patients quand ils n'ont pas encore compris le rôle des limites. L'infirmier doit veiller dans sa démarche à créer un lieu de liberté où **quelque chose de l'ordre d'un désir, d'une parole, d'une rencontre** puisse émerger. Cela permet d'éviter les passages à l'acte car le sentiment d'étouffement est un facteur aggravant de l'agressivité.

Il faut également **faire verbaliser** l'individu vis-à-vis du ressenti de cette structure et l'amener à prendre des décisions face à son devenir. L'objectif du soignant est une amélioration de tous troubles et comportements, donc il ne faut pas trop valoriser l'architecture comme une gageure du soin ou un équivalent de prison. Le mot prison-hôpital est très employé par les malades. L'infirmier doit être vigilant à ses attitudes et ses propos, telle qu'une surveillance exagérée grâce à la disposition des locaux qui ne ferait qu'aggraver le délire de persécution des paranoïaques par exemple.

Nous pourrions également étudier **l'intimité des patients où aucun lieu n'est prévu à cet effet**. Les toilettes dans les chambres sont communes et visibles par tous, dans tous les locaux une partie des murs est vitrée bien sûr pour la surveillance mais cela réduit la vie privée des malades. Il est bon justement de prévoir des espaces où chacun puisse avoir le droit de s'isoler, sans risque pour autrui et lui-même. La vie en communauté est peut être bien pour le soin en U.M.D. mais il faut absolument leur laisser un droit à la vie privée qui permet à tout un chacun de souffler et de faire baisser les tensions, les conflits avec l'équipe ou les autres malades.



3 - Ergothérapie et sociothérapie : l'avenir du soin ?

Elles représentent à part entière **cet espace de liberté nécessaire** aux patients pour se libérer de la contrainte "massive" ressentie dans les pavillons tout au long de l'hospitalisation. Les patients viennent souvent rechercher un lieu d'écoute, de disponibilité où ils pourront avec la participation du soignant se libérer de ce sentiment de pression exercé dans la structure.

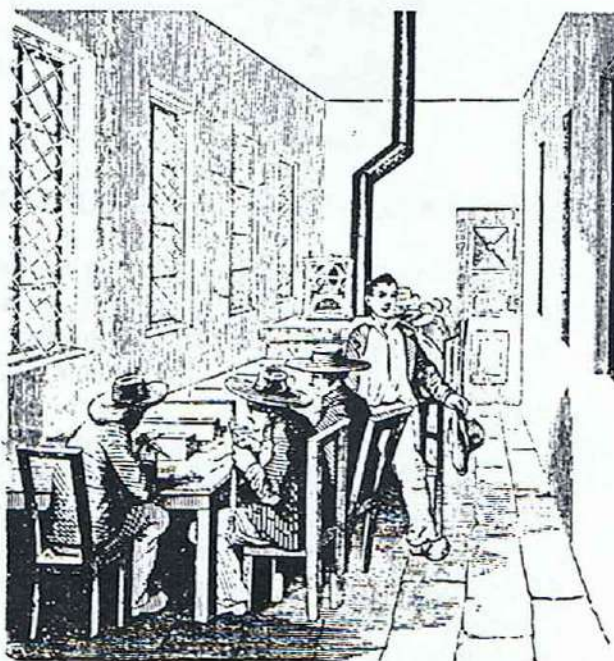
Il est vrai que le soin, surtout en ergothérapie, passe par **la confiance et la responsabilisation**. Tout individu est amené à utiliser des outils qui peuvent être dangereux s'ils ne sont pas utilisés dans leur usage initial. Le contrat qui est passé avec le malade, oblige le respect des consignes donc l'usage d'un outil ou appareil seulement dans le but pour lequel il a été fabriqué. Le soignant le responsabilise dans ses actes car le patient est parfois amené à fabriquer un objet du début à la fin de sa conception. Cela passe par l'apprentissage de méthodes, de respect des règles, du matériel et des autres patients qui travaillent. Il va tout au long de la création d'objets, être obligé de porter assez souvent une réflexion sur son travail et des méthodes de résolution de problèmes, qu'il peut être amené à rencontrer lors de la fabrication. Des contraintes existent mais le patient ne les ressent pas ainsi apparemment grâce à cette responsabilisation et la confiance du soignant qui sont beaucoup plus mis au devant dans la démarche soignante.

Nous pouvons avec des patients prendre des décisions lors d'échanges qui sont importants dans la relation SOIGNANT-SOIGNE. Les prises de décisions communes avec l'équipe infirmière augmentent le seuil de responsabilité mais aussi la confiance que nous pouvons donner et transmettre aux patients.

Nous pouvons être amenés grâce à d'autres supports de soins à **canaliser voire enrayer l'agressivité, la violence**. L'exemple avec l'atelier d'art-thérapie qui essaie de faire transcrire cette violence sur du papier. L'individu peut ainsi se libérer d'un sentiment d'agressivité en dessinant ou modelant un objet. Ensuite avec le patient et l'infirmier, nous pouvons parler de sa création et envisager de mieux cerner le départ de cette violence sous-jacente. Nous pouvons lui demander que dès qu'il ressent ce sentiment d'essayer de le transcrire sur le papier pour pouvoir l'analyser plus tard ensemble et surtout éviter le passage à l'acte.

Nous pouvons aussi grâce à ces ateliers, apporter aux malades **une certaine reconnaissance** aussi bien par l'équipe infirmière mais aussi les autres patients, leur famille.... Par la création personnelle ou collective, l'individu se sent investi d'un objectif, il voit se construire étape par étape l'idée qu'il est toujours capable de produire un objet, une idée, et de faire partie d'une équipe, **d'occuper une place** dans la structure. C'est l'exemple de la musicothérapie qui offre la possibilité de participer à une activité chant mais aussi de voir aboutir la création d'un groupe chant valorisé devant tous les patients lors d'une dimension d'une fête. Nous créons le côté plaisir, récréatif de cet instant tant attendu. Le patient ressent cela comme une victoire sur lui-même, sur ses angoisses et ses idées morbides qu'il peut véhiculer.

Cet espace de liberté que nous pouvons ainsi apporter par ce type de soins doit être considéré comme une étape dans le soin ou alors un soin effectué d'une autre façon, mais toujours dans le même objectif qui est le mieux être du patient, la compréhension de limites et une auto-critique de ses actes.



Ateliers de travail des aliénés.

Alors peut-être que l'ergothérapie, la sociothérapie, font partie de la **continuité du soin** que je verrais en plusieurs étapes :

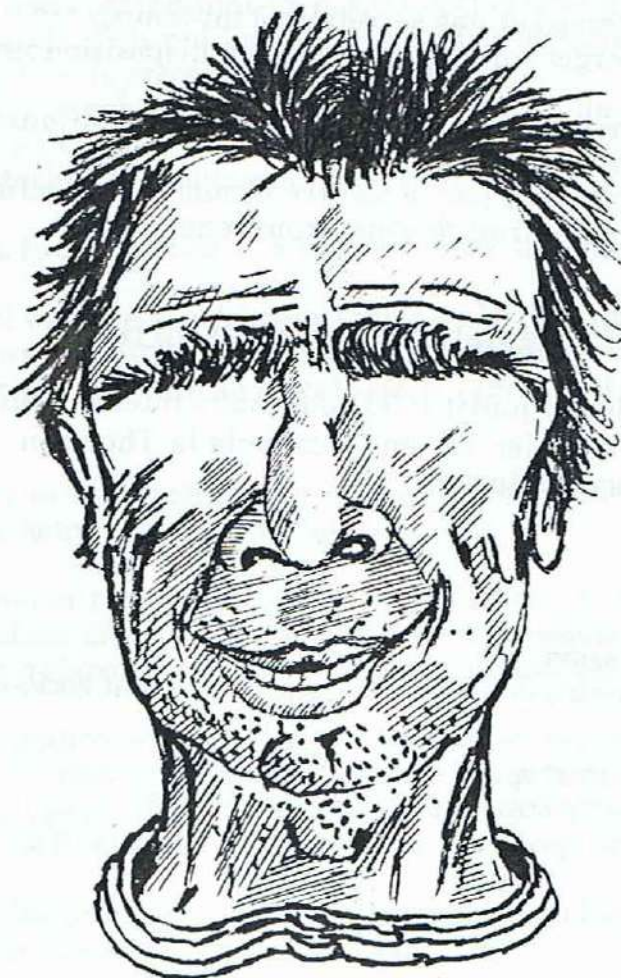
- * Première étape : l'observation du patient
- * Deuxième étape : le soin en pavillon
- * Troisième étape : le soin en milieu ergothérapique et sociothérapique. Tout ceci par la resocialisation du patient dans un avenir plus ou moins proche.

E - CONCLUSION

J'espère que les recherches, que j'ai effectuées sur la place du soin en milieu de contrainte, ne seront pas considérées comme une critique négative sur le travail infirmier. Ce n'est pas du tout mon objectif mais bien au contraire une mise au point sur ce qui est réellement fait en U.M.D.. Il est vrai que sa structure fermée, les professionnels mais aussi la population, ne sont pas pour la majorité des cas au courant de ce qui se fait. Il se véhicule beaucoup d'idées fausses, d'interprétations abusives.

J'ai essayé tout au long de mon mémoire de faire prendre conscience au lecteur que nous devons passer par la connaissance la plus complète possible de la structure (lois, fonctionnement...) pour aborder et mettre en place un soin infirmier psychiatrique en tenant compte de ce milieu de contrainte et de l'utiliser en tant que tel, de l'améliorer et d'en éviter les pièges.

Certains voient l'avenir sombre pour les U.M.D. par leur disparition pure et simple tandis que d'autres prévoient cette situation comme une unité de soins intensifs en psychiatrie traitant la dangerosité. Pour ma part, je vois une évolution possible vers une prise en charge toute autre. Elle serait basée sur l'aspect sociothérapique et ergothérapique pour le soin de resocialisation avec également des structures rattachées à l'U.M.D. pour permettre des sorties soit temporaires soit définitives mais toujours dans un but de suivi du patient. Ces structures permettraient peut-être de ne pas laisser le patient livré à lui-même lors de sa sortie mais elles lui offriraient plutôt la possibilité de l'aborder par étape, en quelque sorte **une dimension intermédiaire**.



SAO D'AIX EN PROVENCE VERS L'ACCES AUX SOINS?

Marc MOUISSE
Infirmier - UF Secteur (1)
Secteur Aix-Nord, Pertuis
(13G18)

Patrick MANINO
Infirmier - CMP Calmette et Guérin (2)
Secteur Aix-Sud, Trets
(13G17)

Le SAO (Service d'Accueil et d'Orientation) est l'émanation d'un travail et d'une réflexion de différents partenaires sociaux de la Cité, soucieux de donner du sens, c'est-à-dire une cohérence à diverses actions antérieurement menées sans concertation et de proposer des réponses plus adaptées aux personnes les plus démunies ; notre intervention se situe dans le cadre de l'action du dispositif d'accueil et d'orientation des personnes en grande difficulté et fortement marginalisées. Le SAO n'a pas d'entité juridique propre, c'est un dispositif rassemblant plusieurs partenaires voulant coordonner leurs objectifs et leurs actions (pour ne pas "se renvoyer la patate chaude" - rapport Massé).

Les partenaires :

L'Association de Prévention pour l'Education et la Culture (**APEC**) met à disposition un mi-temps d'éducateur et un mi-temps de coordonnateur.

L'Association Socio-Culturelle d'Insertion (**ASCI**) met à disposition une assistante sociale à plein temps et une secrétaire à mi-temps.

L'Association d'Hébergement d'Urgence met à disposition un éducateur à plein temps.

L'Hôpital Montperrin met à disposition deux demi-journées par semaine d'Infirmier de Secteur Psychiatrique.

La ville d'Aix en Provence, par le Centre Communal d'Action Sociale (**CCAS**) prend en charge les locaux et les frais de fonctionnement.

1) Présentation et objectifs du SAO

Le SAO fonctionne depuis juillet 1993, mais notre intervention date du 1^{er} octobre 1993. Située dans les anciens locaux de la Thomson, 17 avenue Camille Pelletan, à Aix, l'équipe a pour **objectifs** :

- . d'accueillir,
- . d'orienter,
- . d'évaluer,
- . d'assurer un suivi,
- . parfois de mettre en place un accompagnement socio-éducatif.

(1) UF Secteur - CH Montperrin - 13617 Aix en Provence, Tél 42.16.16.59

(2) CMP, rue Calmette et Guérin - 13100 Aix en Provence, Tél 42.64.50.45

La **gestion** pédagogique est assurée par l'**APEC** et la gestion administrative est assurée par le **CCAS**, qui par ailleurs, cogère le centre d'hébergement d'urgence.

Le financement vient de la ville d'Aix, du CCASS, de la DDISS (Direction Départementale des Interventions Sanitaires et Sociales, financée par le Conseil Général), et de la DDASS (Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales).

Modalités de fonctionnement

Nous effectuons une permanence de deux fois quatre heures (le lundi de 9h à 13h et le vendredi de 9h à 13h), au cours desquelles nous rencontrons en moyenne trois à quatre personnes. Nous participons également à une réunion de synthèse tous les lundis de 16h à 17h 30. Tous les entretiens se font en binôme, que ce soit pour les premiers rendez-vous ou pour les rendez-vous proposés par les éducateurs pendant nos permanences.

Les **objectifs** sont différents suivant les situations rencontrées :

- dans l'urgence : apporter des réponses immédiates d'hébergement, de soins médicaux, de restauration, etc....
- dans un travail à court terme : instruire des dossiers en vue de l'obtention de Carte d'Identité, de Carte de Séjour, des droits à la Sécurité Sociale, du R.M.I., et parfois d'un projet d'insertion plus élaboré.

Notre action et notre participation, si elles se situent dans les objectifs généraux des pouvoirs publics et notamment la directive DDASS " *Accès aux soins des personnes les plus démunies*", nous permettent de mettre en place et d'assurer une intervention plus spécifique vis-à-vis d'un public dont les difficultés sont soit : *psycho-affectives, induites par une situation de précarité, concomitantes*. Quoiqu'il en soit, elles envahissent le sujet et l'invalident dans la vie de tous les jours. Notre action se traduit par une collaboration à l'accueil dans le souci d'une complémentarité de technicité, mais elle reste ponctuelle.

Le SAO, c'est tout d'abord : un lieu, un cadre, des intervenants. C'est à dire des points de repères.

Notre travail est axé sur la régularité et la disponibilité et se concrétise par un accueil et une écoute qui déjà vont permettre de resituer la personne dans sa dimension de sujet donc revaloriser l'image et la perception qu'elle a d'elle-même.

Cet accueil, ce premier contact, cette première écoute sont le moteur de notre travail et c'est là que notre action prend tout son sens.

Si dans un premier temps, elle vise essentiellement à dédramatiser une situation qui souvent trop confuse diminue les capacités de la personne, elle va être la base d'une relation et permettra d'élaborer un projet voire une orientation.

Par notre perception et notre approche différentes, notre collaboration a pour objectifs : d'affiner la demande, de mener une action de prévention, de prendre en charge les problèmes plus spécifiques à caractères psychologiques qui nécessitent une orientation soit en CMP, soit en hospitalisation (car trop invalidant pour espérer un projet cohérent).

Cependant, si les problèmes ne représentent pas un handicap majeur, notre aide vise alors à soutenir la dynamique de réinsertion.

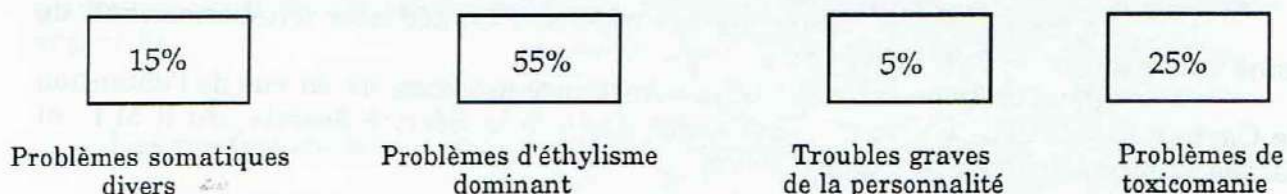
2 - Notre activité au sein du SAO

En 1995, le SAO a accueilli 790 personnes, représentant 3 800 entretiens soit environ 5 entretiens par personne. (68% étaient des premiers rendez-vous, 32% étaient déjà connus.

- 508 personnes ont été orientées sur un hébergement d'urgence en CHRS ⁽¹⁾, vers un logement, vers une insertion professionnelle, vers l'accès aux soins.

- 282 personnes ont bénéficié d'un suivi socio-éducatif dont 82 bénéficiaires du RMI.

Sur l'ensemble des personnes reçues : 52% soit 410 personnes disent avoir des problèmes de santé qui se répartissent de la manière suivante : 15% problèmes somatiques divers, 55% d'éthylisme dominant, 5% troubles graves de la personnalité, 25% problèmes de toxicomanie.



Notre participation a permis d'effectuer 170 propositions de soins.

Les orientations :

Elles se font, en ce qui concerne les problèmes de santé somatique vers le C.H.G ⁽²⁾, Médecin du Monde, le Médecin Traitant.

Pour la santé psychique, elles se font pour 16% vers le CHAA ⁽³⁾, pour 26% vers les CMP ⁽⁴⁾, pour 38% vers une UF du CHS ⁽⁵⁾, 12% vers l'Intersecteur de Toxicomanie et pour 8% vers le Service d'Alcoologie

Nous avons observé un rajeunissement de la population (23% de moins de 25 ans). Ces personnes cumulant des difficultés se retrouvent très tôt dans la grande exclusion.

Notre action consiste essentiellement à l'élaboration d'une demande de soins, mais nous éprouvons une réelle difficulté face à des personnes présentant des troubles de la personnalité qui, du fait de leur état, refusent toutes propositions de soins.

De même il apparaît une distorsion importante entre les problèmes d'éthylisme vécus par 55% des personnes et les orientations effectuées vers les services d'alcoologie.

(1) Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

(2) Centre Hospitalier Général d'Aix en Provence

(3) Centre d'Hygiène Alimentaire et Alcoolique

(4) Centre Médico-Psychologique

(5) Unité Fonctionnelle, unité de soins intra-hospitalière du Centre Hospitalier Spécialisé Montperrin

3 - En conclusion

La complémentarité des deux champs d'interventions, c'est-à-dire notre collaboration au sein d'un dispositif social de la Cité avec des travailleurs sociaux a permis de faciliter et de renforcer :

. les relations, les échanges, le lien entre le CH Montperrin et les services sociaux qui étaient auparavant beaucoup plus informels et morcelés sur les problématiques de ces personnes.

. la pertinence des réponses à la diversité des situations rencontrées a permis une prise en charge plus efficace des personnes en situation de rupture et d'envisager en partenariat des actions et des orientations plus précises et plus adéquates.

La complémentarité de nos missions, la rationalité des moyens ne peut qu'améliorer un système de réponses, elle ne peut en aucun cas prétendre résoudre tous les problèmes ; et en particulier ceux d'une catégorie de personnes de plus en plus importante pour laquelle la violence de l'exclusion se surajoute à des comportements psychopathiques.

Cet enrichissement mutuel de par les deux lectures se traduit par des échanges, des éclaircissements et l'évaluation des situations pour une meilleure compréhension des problématiques, des moyens à mettre en oeuvre et la prise de conscience de la complexité des problèmes juridico-légaux et sociaux : HDT⁽¹⁾, HO⁽²⁾, Tutelle, Curatelle, ASELL⁽³⁾, FSL⁽⁴⁾. La réponse proposée d'engager une démarche peut permettre d'avoir le réflexe d'une démarche auprès d'un lieu de soin. Ainsi, elle a permis, lors des prises en charges conjointes d'élargir l'articulation du CH Montperrin et du SAO à l'ensemble de tous les secteurs et d'être plus efficace pour la prise en compte des entrants et des sortants à travers un travail de liaison entre l'accueil intersectoriel et le SAO, et lors de réunions de synthèse entre le SAO et les équipes soignantes.

(1) Hospitalisation à la Demande d'un Tiers

(2) Hospitalisation d'Office

(3) Accompagnement Social et Economique Lié au Logement

(4) Fond de Solidarité pour le Logement



POURQUOI LES AIDES-SOIGNANTES SONT ELLES SI PEU NOMBREUSES ET EN GENERAL SI MAL ACCEPTEES EN PSYCHIATRIE ?

Eric ICHER
Attaché de Direction stagiaire
CH Montfavet

Durant le premier stage hospitalier d'une durée de 6 mois les élèves directeurs ont pour commande de l'E.N.S.P.⁽¹⁾, l'analyse d'un thème donné qui traitait en 1995 de l'information à l'hôpital. Le champ de cette enquête est expressément délimité par l'Ecole : elle n'a qu'un caractère exploratoire de mise à nu des dysfonctionnements entrevus, étayés par l'élaboration d'un questionnaire, l'observation dans les services et le déroulement d'entretiens semi-directifs.

Le choix de ce sujet répond à plusieurs motivations :

* Face à la crise que connaît aujourd'hui l'hôpital public, la mobilisation des ressources humaines semble être le préalable de toutes les restructurations à venir.

* La question des relations et de l'organisation du travail ne peut donc être évacuée car selon G.NIZARD *"plus l'hôpital est sous la pression des changements, plus il a besoin d'investir en communication pour réduire les incompatibilités des décisions partielles"*. Ce qui amène à la question initiale suivante : **les particularismes de l'univers psychiatrique peuvent ils expliquer à eux seuls la difficile intégration des Aides- Soignantes en psychiatrie ?**

Dans cette perspective et pour résumer notre pensée, les malades souffrant de troubles du comportement et de problèmes psychiques n'auraient pas droit à des soins du corps de qualité ; la notion de "prendre soin " subirait alors une étrange limitation. De même cette relative discrimination envers les A.S induirait un modèle organisationnel type et peut-être une diminution de la qualité des soins .

La réponse immédiate et rassurante est de dire que **l'histoire du cadre unique et des gardiens des fous** explique toute la problématique : malgré le rapprochement opéré avec l'hôpital général et le décret du 23/02/1992 qui octroie l'équivalence ISP/IDE ⁽²⁾, **la pensée unique** impose toujours une seule référence et le leadership médical.

Logiquement, l'influence de cette histoire peut être repérée au niveau organisationnel : au C.H Montfavet comme dans beaucoup d'hôpitaux psychiatriques **le système de soin est de type familial** avec une prédominance d'un climat privilégiant la confiance et la solidarité. Selon J.L. GERARD *"la difficulté réside alors dans le partage des soins de base qui fournissent autant de médiation à la relation thérapeutique"*.

Cependant cette analyse quoique satisfaisante sur le plan intellectuel, nous paraît limitative : d'une part cette grille de lecture est plus descriptive qu'explicative ; d'autre part, elle surestime sans aucun doute le poids de l'histoire et fait fi de tout effort de modernisation .

(1) ENSP : Ecole Nationale de la Santé Publique

(2) ISP/IDE : Infirmier de Secteur Psychiatrique / Infirmier Diplômé d'Etat



C'est pourquoi l'étude systématique de l'information recueillie, traitée et éventuellement retranscrite par l'Aide - Soignante en psychiatrie, a retenu toute notre attention et a constitué la seconde étape de notre travail. Formulée autrement, la problématique tourne autour de la conquête et de l'utilisation de l'information sur le patient : enjeu qui peut hypothéquer la bonne collaboration au travail des AS et des ISP.

A cet égard, J.L. GERARD distingue l'**information structure** représentée par le projet de soins, et les **informations circulantes** de toute l'équipe car le projet évolue en fonction de la situation de la personne (le dossier de soin réunit théoriquement les 2 types d'informations).

De manière plus précise il est clair que la lutte de pouvoir autour de l'accès à l'information revêt une importance capitale, quant à la constitution de l'identité professionnelle de l'infirmier et son adéquation avec la réalité vécue.

Pour introduire cette problématique nous avons eu recours à une observation informelle dans 3 pavillons aux caractéristiques différentes : long séjour, accueil et crise, ressocialisation ; en outre, nous avons mené une série d'entretiens semi-directifs avec les personnes intéressées.

Plusieurs indications ressortent de ce travail d'enquête :

- * Les ISP reconnaissent qu'ils ont accès avec les AS, au même type d'informations mais que le traitement -valeur ajoutée- varie selon le degré de formation ; la confusion des tâches est certaine quelque soit le pavillon.

- * De l'étude de tous les commentaires, émerge le souhait d'améliorer l'articulation de la compétence de l'AS -souvent liée à l'expérience- avec la qualification de l'ISP.

- * Les problèmes de compétence sont moins exacerbés entre ISP et psychologue de part une distinction des rôles plus opératoire.

- * Le manque de lisibilité autour de la délégation des tâches infirmières -rôle propre- renforce par glissement, l'autonomie des AS.

- * La multiplication des supports d'information : cahier de rapport, cahier de transmission, dossier du patient, fait naître la confusion et permet cette indetermination des rôles. A l'inverse, il n'existe aucune limitation/discrimination quant à la communication des observations jugées intéressantes : le système est peu contraignant, et l'information circule bon gré mal gré.

- * Plus largement, il y a prédominance des **informations circulantes** sur les **informations structurantes**, ainsi qu'une primauté de la communication latérale (informations unilatérales) sur la communication réciproque qui nécessite une réflexion en terme de projet et une évaluation de la qualité des soins délivrés. En effet, pour avoir une communication réciproque riche en éléments d'informations circulantes, l'information structure autour du dossier de soin, doit être développée au préalable et individualisée à chaque patient.

Nous avons souhaité dans cette deuxième partie, compléter et donner du sens à notre hypothèse initiale : l'histoire du cadre unique et les inférences constatées au niveau du mode de fonctionnement du CHM ont joué dans le sens d'une rigidification des structures. Ce lent cheminement nous a fait passer, d'une vision historique et structurelle au pointage des enjeux liés au partage du pouvoir et à la maîtrise de l'information.

Plus précisément, **plusieurs courants de pensée ont été repérés au sein du CHM :**

- * Une voie minoritaire privilégie la recherche d'une spécificité de l'AS en psychiatrie, fondée sur une délégation moins rigide des tâches et une participation -au moins à titre expérimental- en extra hospitalier ou en intra dans des pavillons d'accueil ou de crise.

* Un autre courant, plus proche du schéma existant à l'hôpital général, préconise une stricte délégation et le positionnement exclusif des AS sur des soins de nursing.

* Enfin, la voie du statu-quo reste encore majoritaire : elle rend possible la confusion des tâches et réserve à l'information structure et à l'écrit une place marginale.

En réalité, l'arrivée de nouveaux professionnels : éducateurs, psychologues, orthophonistes, aides-soignantes etc a fragilisé l'ensemble du système de communication traditionnel. Ce modèle de type familial avait pour fondement : le monopole de l'information par les infirmiers et le monopole du savoir par les médecins.

Peu à peu, un système structuré de soins en équipes voit le jour : il a le double avantage de faciliter la centralisation des données sans restreindre l'autonomie et l'accès à l'information des acteurs.

Cette mutation qui n'est pas totalement achevée, détermine pourtant l'avenir de la psychiatrie et la sauvegarde de sa spécificité. D'autres chantiers pourraient bénéficier de ces premiers succès : évaluation des soins, amélioration de la qualité de l'accueil, partenariat et mise en réseau, intersectorialité, plan de formation sur 5 ans, gestion prévisionnelle des effectifs etc. En tout état de cause, le monde psychiatrique doit faire la preuve que le maintien de son originalité ne se fait pas au prix du différé de sa nécessaire modernisation.



PSY- CAUSE II

THEORIES DE LA PRATIQUE

Cette deuxième partie de Psy-Cause est consacrée aux théories de la pratique, c'est-à-dire aux outils théoriques qui se forment à partir du soin.

. Deux psychiatres, Danielle RAOUX et Fabienne CAYOL, ont en commun une expérience du soin à l'Unité Mère Bébé. Elles nous présentent un état de la question sur **les accidents de la puerpéralité**, avec en perspective l'utilité de l'UMB.

. Didier BOURGEOIS, Karine FAYE-ALBERNHE, Aneta SKULSKA et Patrick ANDRIANASOLO, se sont interrogés, de leur place de médecins confrontés à **des patients qui font mystère de leur nom**, sur cette fonction du nom en terme d'identité, d'individuation, d'origine et de filiation.

. Françoise SERREAU, psychologue et formatrice, aborde les questions de **la relation** et de **l'amour** selon une approche qui trouve ses racines dans les thérapies humanistes en particulier Nord-Américaines.

. Hélène ROUCHENIAN, infirmière, et Marie-Josée PAHIN, psychanalyste, partent d'un cas de la littérature, **"vingt quatre heures de la vie d'une femme"**, de Stefan Zweig, pour illustrer la question de la honte et de la culpabilité chez une obsessionnelle. Cette approche psychanalytique n'est pas sans faire écho à l'article précédent.



LES ACCIDENTS DE LA PUERPERALITE

Danielle RAOUX
Praticien Hospitalier
Secteur Apt, Cavaillon⁽¹⁾
(84G06)

Fabienne CAYOL
Médecin Assistant
Unité Mère Bébé⁽²⁾
Intersecteur Vaucluse Nord
(84I01)

Cette communication s'est déroulée à l'Espace Médical de Montfavet le 28 mars 1996, à l'occasion d'une matinée scientifique organisée par Psy-Cause en collaboration avec les Laboratoires Lilly et Synthélabo qui ont dressé un buffet convivial avec présentation du numéro 3 de la revue. Ce thème des psychoses puerpérales a été l'occasion d'un intéressant débat, en particulier avec des soignants de l'Unité Mère Bébé.

La grossesse, l'accouchement et le post-partum, la lactation et le sevrage sont parfois perturbés dans leur déroulement par des troubles psychiatriques de nature et de gravité variables.

Le sujet est vaste, d'autant plus que les bouleversements socioculturels ont modifié les rapports mère-père-enfant au sein de la structure familiale d'une part ; d'autre part, les développements de la science ont fait apparaître les problèmes propres aux grossesses par fécondation artificielle. Nous nous limiterons aux faits essentiels, et après un rapide historique, un bref rappel nosographique, épidémiologique et clinique, nous aborderons la pathogénie des psychoses puerpérales et les applications thérapeutiques qui en découlent.

HISTORIQUE :

Hippocrate parlait de "la folie des parturientes". Esquirol en 1838 fait la description de "l'aliénation des nouvelles accouchées et des nourrices". Marcé en 1858 fait de la psychose puerpérale une entité clinique en publiant le "Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices".

Après une période descriptive, les auteurs (Clark, Sivadon) s'engagent dans la nosographie et la pathogénie de ces psychoses. L'infection, l'intoxication de l'encéphale sont opposées ou associées au rôle du terrain, de la prédisposition morbide (Magnan) et aux bouleversements endocriniens. Simultanément, les contemporains insistent sur la responsabilité de l'environnement, à travers les facteurs psychologiques et socio-économiques.

Enfin les conceptions freudiennes invoquent la réactivation des fantasmes oedipiens et pré-génitaux propres aux stades infantiles du développement psychosexuel.

Les auteurs modernes (Benedix, Durhen, Racamier) élaborent une interprétation psychodynamique dans laquelle la psychose puerpérale est un événement particulier à chaque femme, dont la personnalité et la structure mentale souffrent de **l'impact d'une maternité prenant valeur de traumatisme**. Le problème de la psychose puerpérale se situe dans une perspective plus large où sont largement reconnus importants les accidents apparemment plus mineurs tels qu'états dépressifs transitoires, décompensations névrotiques même à minima. C'est dans cette perspective que nous nous situons aujourd'hui.

(1) Secteur 84G06, 90.03.91.81, Centre Hospitalier, 84143 Montfavet, cedex

(2) Unité Mère Bébé, 90.03.9237, Centre Hospitalier, 84143 Montfavet, cedex

EPIDEMIOLOGIE :

Les statistiques sont difficiles à établir :

- La fréquentation des hospitalisations psychiatriques, tous diagnostics confondus, au cours de la puerpéralité varie de **1 à 2 ‰ accouchements** dans la population générale. Psychose puerpérale 2 à 5% de l'ensemble des troubles psychiques. 15 à 20% surviennent pendant la grossesse et plus volontiers chez les multipares. 60 à 80% pendant le post-partum avec une forte majorité dans le post-partum précoce et surtout chez les primipares. 5 à 20% pendant la lactation.

- L'âge moyen se situe entre 25 et 30 ans.

Il convient de souligner que **les primipares âgées représentent la population la plus vulnérable.**

Dans l'étude de MC NEIL en 86, la fréquence des psychoses du post-partum chez des patientes présentant des antécédents de psychose "non organique" est de 28,4% avec une proportion plus importante de troubles de l'humeur.

DESCRIPTION CLINIQUE :

Les accidents gravidiques sont plus volontiers **des manifestations anxieuses, névrotiques, des manifestations psychosomatiques** dont les plus fréquentes sont les vomissements incoercibles. Enfin chez quelques personnalités prédisposées des désordres des conduites sociales sont décrits. **Les états psychotiques sont plus rares.** Tous ces troubles peuvent survenir à n'importe quel moment de la grossesse, certains ne sont que l'exacerbation d'état névrotique préexistant, d'autres sont conditionnés par un environnement affectif, matériel ou socio-économique défavorable.

L'ensemble de ces manifestations ne surviennent pas en général à l'accouchement.

Après l'accouchement, le classique "baby blues", point de rencontre de réactions psychologiques normales et de troubles vrais mais mineurs, est précoce et transitoire. Il revêt la forme de manifestations banales.

Les états névrotiques prennent surtout une allure dépressive traînante, ils peuvent se manifester sur un mode plus aigu à type d'anxiété paroxystique.

Les psychoses sont fréquentes au cours du post-partum.

Les psychoses infectieuses et toxiques devraient avoir disparu.

Les états confusionnels et les bouffées délirantes aiguës sont les plus précoces.

Les états dysthymiques (dépressifs, maniaques ou mixtes) sont souvent plus tardifs.

Les états schizophréniformes s'organisent après un début confusionnel et font craindre une évolution vers la schizophrénie.

Si le concept de psychose puerpérale est reconnu par les cliniciens de la langue française, il n'en est pas de même dans les nosographies étrangères. L'école française s'est attachée à maintenir l'entité des psychoses puerpérales et à en souligner les éléments de spécificité clinique :

- Début dans les premières semaines du post-partum
- Allure clinique de bouffée délirante polymorphe avec importance de la confusion, éléments thymiques, la symptomatologie mouvante
- Les thèmes délirants sont centrés sur la relation mère -enfant : négation de mariage, de la maternité, l'enfant n'existe pas, appartient à une autre, il est mort, a été enlevé, changé, son sexe a changé.
- L'évolution fluctuante et favorable (individualité).

Des accidents de la lactation et du sevrage surviennent de la troisième semaine à la fin de la première année. On distingue des états dépressifs, des états dissociatifs organisés sur le mode chronique, des états confuso-oniriques aigus du sevrage.

Pour la psychose puerpérale, le **risque de récurrence** lors d'un accouchement ultérieur reste augmenté : 20 à 30%.

51 à 65% des femmes pour qui le diagnostic de psychose puerpérale a été porté présenteront ultérieurement un ou plusieurs épisodes thymiques en dehors du contexte du post-partum.

Facteurs de bon pronostic : absence d'antécédents psychiatriques, survenue dans le post-partum très précoce, sémiologie aiguë, confusion mentale au premier plan. Dans les autres cas, antécédents psychiatriques, personnalité prépsychotique, accidents tardifs du post-partum, insidieux et sans confusion, tableaux évoquant une psychose chronique périodique, le pronostic est plus sombre; la puerpéralité n'y a souvent qu'un rôle de facteur occasionnel ou précipitant.

ETIO-PATHOGENIE :

Quelle explication peut-on donner de ces psychoses puerpérales?

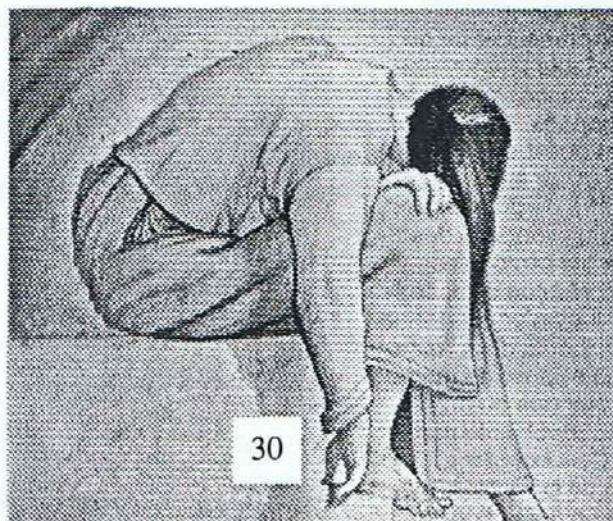
L'analyse étiologique apporte un certain nombre d'éléments.

Si le rôle de l'infection et de l'auto-intoxication (toxémie gravidique) peut être tenu pour négligeable ainsi que celui des facteurs endocriniens (en dépit du bouleversement hormonal qu'induit la gravidité) d'autres facteurs, le plus souvent associés en de multiples combinaisons sont retrouvés dans les antécédents de ces malades.

Age et parité, **conditions somatiques**, survenue de complications pendant la grossesse et au cours de l'accouchement, enfant mort in utéro, mort-né, prématuré, malade, constituent un premier groupe.

Dans un deuxième groupe se situent des antécédents psychiatriques familiaux et personnels et surtout la **fragilité psychique particulière** de la plupart de ces femmes.

Dans le troisième apparaissent des **facteurs situationnels et événementiels**. Nous retiendrons le statut matrimonial (dont l'importance paraît diminuée), l'entourage familial avec essentiellement l'"image" et la place du père de l'enfant et les rapports avec la mère de la femme dont l'absence ou la présence sont importantes. On retrouve aussi tous les éléments douloureux ou tragiques, les deuils, les conditions socio-économiques défavorables, le déracinement. Mais il est évident que tous ces facteurs, s'ils augmentent les risques de psychoses puerpérales ou en constituent un facteur déclenchant ne peuvent être considérés comme la cause véritable.



Celle-ci se situe dans la **distorsion des remaniements de la psyché survenant au cours de toute grossesse.**

Dans leur déroulement normal, grossesse et naissance instaurent dans la vie d'une femme une crise maturative majeure, comparable à la crise de l'adolescence. Cet état qui amène la femme à se réaliser pleinement en devenant mère, est désigné depuis RACAMIER par le terme de maternalité. Il doit se prolonger au-delà de la naissance et se modifier avec le temps, conditionnant ainsi la relation mère-enfant. Parallèlement aux bouleversements organiques, la psyché met en place les structures nécessaires pour faire face aux événements. Il lui faut dépasser le sentiment d'"étrangeté angoissante" qu'entraîne chez la femme enceinte, une dynamique biologique qu'elle doit subir dans un vécu de passivité, de perte de maîtrise de l'événement interférant avec l'ambivalence naturelle vis-à-vis du désir d'enfant.

Le phénomène dominant est l'orientation de la psyché vers une régression inconsciente dans la sphère narcissique mais aussi libidinale et oedipienne. Elle induit une résurgence de la problématique dans ces domaines. Elle s'associe à une vulnérabilité thymique avec apparition ou réactivation de l'anxiété.

De ce fait, toute grossesse s'accompagne plus ou moins de manifestations anxieuses, de moments disphoriques que vient normalement corriger une autohoméostasie.

Ainsi, tandis que le corps réel se prépare par ses ajustements anatomiques et hormonaux à mettre au monde un enfant, la psyché organise un état de sensibilité spécifique, à la faveur de la régression inconsciente : la préoccupation maternelle primaire de WINNICOTT. Celle-ci permet à la mère de reconnaître chez son bébé le bébé qu'elle-même fût autrefois, ce que sa propre mère fût pour elle, et commencer alors à se sentir mère.

A la naissance et dans les premiers jours se produit le choc de la rencontre : l'enfant devient présent (enfant réel) avec un sentiment de séparation, de deuil de l'enfant imaginaire. Cette confrontation, les doutes sur ses aptitudes, l'inquiétude pour l'avenir de l'enfant, seraient à l'origine de la dépression puerpérale. La persistance de la préoccupation maternelle primaire focalise l'attention de la mère sur le maternage. Bien contrôlée, elle constitue un élément favorable. La présence de l'enfant la confirme dans son statut de mère, dans ses fonctions transgénérationnelles. Les premiers contacts physiques autorisent l'accueil de séquences préférentielles, auxquelles la mère donne un sens par anticipation au moment où les capacités de l'enfant sont maximum : c'est la période de grâce, le pare-excitation des psychanalystes, le moment du lien, de l'empreinte, du début de l'attachement.

"Le bébé suscite chez la femme qu'il crée mère la résurgence de la relation oubliée à sa propre mère".

Choc de la rencontre et expérience relationnelle précoce sont les moments où l'interaction s'établit. La séparation n'est justifiée qu'en cas d'absolue nécessité.

Si des facteurs de risque perturbent d'abord l'expérience précoce. Les mécanismes de réparation peuvent rétablir la situation, si tel n'est pas le cas, on entre dans la pathologie.

Cette confrontation entre des bébés et des mères, dont on a pu dire qu'elles étaient *"folles de leur bébé"*, rend nécessaire une intervention thérapeutique préventive sur la relation lorsqu'elle est menacée.

La séparation ne ferait que réactiver le délire en confirmant à la mère, qu'elle n'est pas capable d'amour, voire que son enfant n'existe pas. La présence de l'enfant réel tout d'abord évite l'aggravation, car elle rattache la mère à la réalité en limitant la recrudescence du délire. La prise en charge de ce type de dyade en difficulté demande une action pluridisciplinaire nécessitant la collaboration étroite des services de psychiatrie adulte, de pédo-psychiatrie, de la PMI, gynécologie... qui doivent tenter de former une équipe unitaire et cohérente où cependant chacun doit conserver son identité professionnelle. Un tel fonctionnement est très difficile à mettre en place. Certaines

équipes ont fait ce choix de travail en réseau comme l'équipe de F. Molina à Montpellier : la femme restant à la maternité jusqu'au retour au domicile où le travail multidisciplinaire se poursuit.

Les unités d'hospitalisation conjointe mère-enfant offrent un cadre institutionnel sécurisant pour la mère et l'enfant. Elles préviennent les séparations, elles permettent une évaluation, une gestion des états de crise. Elles offrent des conditions souples (hôpital plein temps, hôpital de jour, soins à domicile), pour définir la prise en charge, la moduler en fonction de l'évolution, assurer le suivi. Elles fournissent un accompagnement constant et non intrusif, un regard conjoint pour étayer la relation. La présence contrôlée de l'enfant a 2 fonctions : une mesure de sécurité pour l'enfant et sécurisante pour la mère favorisant les contacts positifs. La qualité de la Relation Mère Enfant permet d'évaluer le degré authentique de la gravité des troubles et de leur amélioration. Enfin l'enfant et le personnel soignant la proclame mère et ceci est primordial pour l'investissement de la mère à l'égard de son bébé.

Les unités mère-enfant paraissent à bien des égards un outil performant pour la résolution des troubles de la puerpéralité. Les équipes soignantes de ces unités organisent en France un courant de réflexion visant à améliorer et élargir cette pratique très courante dans certains pays comme l'Angleterre.



DES PATIENTS QUI FONT MYSTERE DE LEURS NOMS

Didier BOURGEOIS

Praticien Hospitalier

Secteur Avignon Centre, Isle/Sorgue⁽¹⁾
(84G05)

Karine FAYE-ALBERNHE

Praticien Hospitalier

Secteur Avignon Centre, Isle / Sorgue⁽¹⁾
(84G05)

Aneta SKULSKA

Médecin Assistant

Secteur Avignon Centre, Isle/Sorgue⁽¹⁾

Patrick ANDRIANASOLO

Ancien Médecin Assistant (Montfavet)

Médecin Responsable (2)

Service de Médecine - CH Aubusson

*Ce texte est une communication effectuée dans le cadre des journées montfavétaines de la **Société de Psychiatrie du Sud-Est Méditerranéen** le 10 février 1994. Cette Société a confié à Psy-Cause, la publication de cet article.*

RESUME Les patients qui font mystère de leurs noms, rendent dépositaire leur interlocuteur d'une énigme qui fait écho au concept de forclusion du Nom-du-Père. Ce mécanisme dévoile tout un questionnement qui a à voir, pour une part, avec le champ des névroses (hystérie) mais aussi avec le fondement même de certaines psychoses dites imaginatives. La dialectique nécessaire à la construction d'une identité/individuation se fait ainsi entre origine et filiation et paraît analogue, dans cette acceptation aux errements mystifiants entre positions psychotiques et névrotiques que les patients qui font mystère de leurs noms nous restituent.

Mots clefs : Noms qui font mystère, jouissance glossolallique, forclusion, psychose.

Les observations médicales lors de communications scientifiques, par déontologie professionnelle, taisent le nom des malades décrits; nous allons, dans le cadre de ce travail, pouvoir donner des noms, puisqu'il s'agit, en l'occurrence, de faux noms!

En contre-point, il est encore possible d'entendre parler dans certain service de médecine de "l'appendicite de la chambre 5".

Pourtant en psychiatrie, et pas seulement en raison de possibles interprétations analytiques sauvages, nommer (non pas diagnostiquer) un patient reste primordial. Nous nous intéresserons aux sujets qui font mystère de leur nom.

Certains individus donnent un faux nom pour des raisons utilitaires qui peuvent demeurer tues longtemps; c'est le cas de sujets venus à l'hôpital pour se cacher ou de malades souhaitant ne plus dépendre de leur secteur psychiatrique d'origine ou se refusant à ce que celui-ci soit informé de leur nouvelle hospitalisation.

Les patients qui entrent en contact avec un médecin sous un faux nom sont sans doute plus nombreux qu'on ne le pense; nous nous désintéresserons par force, de ceux pour qui la supercherie n'a pas été découverte, c'est à dire de ceux qui ont réussi leur dissimulation, pour nous interroger sur le cas des individus qui précisément "se sont débrouillés" pour que l'on se doute de la mystification, pour que l'on fasse un travail qui lève le voile sur leur identité".

(1) Secteur 5 du Vaucluse, 90.03.91.63

(2) Centre Hospitalier d'Aubusson, 55.83.50.50

Il est des sujets qui refusent carrément de donner leur Nom. On est là, bien sûr, de plein pied dans le registre de la méfiance, de la **réticence** paranoïaque et les praticiens ont appris à gérer ce phénomène.

D'autres patients donnent en première intention, à leur interlocuteur, un nom plausible, insoupçonnable, mais se présentent peu après, **sous un autre nom**, à un autre membre de l'équipe soignante. Leur connaissance des fonctionnements institutionnels leur laisse bien savoir qu'en agissant ainsi, ils seront démasqués!

Certains malades enfin, peuvent, à la fin de l'entretien, annoncer: "Maintenant, je vais vous dire mon véritable nom" et en dire un nouveau, puis un troisième...s'enlevant ainsi comme des peaux en mues successives, des "Moi-Nom" comme des "Moi-peau" (1), déniaient le fait que le nom **est** substantif et qu'il est impossible de *concevoir* ces Moi-Nom gigognes autrement que par le biais du fantasme parthénogénétique (cf infra).

Quelques conduites ont un sens évident, utilitaire ou pas, et renvoient aux bénéfices attendus (prestation sociale, évitement d'une expulsion, mis à l'abri de recherches policières...) plus qu'au sens du mensonge qui reste toujours à prendre en compte.

Cas N°1 : Entre un jour dans le service pour sevrage éthylique, à sa demande, Mr Jean Claude Van Damme, d'origine belge. Sa personnalité psychopathique sera flagrante dès les premiers temps du séjour. il sortira cependant quelques jours avant le terme prévu du contrat de soins et l'on découvrit peu après de nombreux petits vols dans le service, réalisés aux dépens de patients. Son aspect physique (très blond, tatouages évocateurs de la vie carcérale), son accent, le faisaient aisément passer pour ce qu'il se prétendait être. Ses antécédents pénaux (petite délinquance, rixes) tels qu'il les avait restitué complaisamment pouvaient faire sourire eut égard à son homonymie supposée avec le célèbre acteur karateka. Des recherches ultérieures montrèrent qu'il se nommait en réalité Jean Christophe B, belge d'origine wallonne, et qu'il avait déjà été hospitalisé dans des services voisins sous le même prétexte et avec la même issue.

Le mensonge, pieux ou pas, est partout dans la relation interhumaine et la vie paradoxalement, serait impossible sans lui!

Le mensonge ("donner pour vrai ce que l'on sait être faux" (9)) fait parfois problème (question qui appelle une solution d'ordre logique ou rationnelle (9)), jamais mystère (du grec *musterion*, de *mustes*, initié, ensemble de doctrines ou de pratiques religieuses que doivent seuls connaître les initiés,...inaccessibles à la raison..(9)).

Ce que nous appellerons faute de mieux "dissimulation du nom" consciente (simulation) ou inconsciente (amnésie) est une variante fondamentale du **mystère** (quelque chose qui ne doit pas être éclairci, tabou!).

L'étymologie nous fait associer le grec *nomos*, loi, (et secondairement division administrative), à son voisin lexical *nomen*, nom, qui renvoie aux mêmes racines indo-européennes.

De nos jours, le milieu du spectacle, seul, autorise et encourage l'utilisation de **pseudonyme**; il constitue un microcosme où se cotoient anonymes et pseudonymes, un monde dont il est courant de dire que le paraître y prime sur l'être.

Si bien peu de corporations bénéficient de ce privilège, il faut se rappeler que l'église refusait sépulture chrétienne à ses membres.

De nos jours où ces pratiques n'ont plus cours (il y a même un aumonier du spectacle), les tombes d'acteurs peuvent porter l'un ou l'autre des noms.

Il est intéressant de noter d'emblée que ces "pseudo" bien évidemment ne doivent que peu au hasard:

De la francisation d'un patronyme (Yves Montand) à l'américanisation d'un autre (Johnny Halliday), il y a bien plus qu'un phénomène de mode car c'est bien le *Nom -du -Père* qu'il s'agit de transformer, dénaturer, évincer, éluder, inverser, brouiller (anagramme), raccourcir..., c'est le Nom-du-père qui est ainsi présenté comme médiateur

relationnel au *Sujet supposé savoir* susceptible d'aller au delà de l'étiquette (dans les deux acceptations du terme).

Le "dit-hasard" du choix patronymique de l'analyste participe du même travail identificatoire fantasmatique, variante d'une "quête du nom du père": "*vous savez, la première lettre du nom de mon père a été supprimée. Je ne délire pas. Récemment, j'ai lu l'acte officiel. Pour franciser le nom, le k a été enlevé. Dans votre nom, je ne rêve pas? dans votre nom à vous, il y a bien un k!*" (11)(L. SKROBOT).

"La forclusion du Nom-du-Père, par delà même l'évolution du concept de Nom-du-Père dans l'oeuvre de Lacan ne cesse jamais de désigner le défaut d'un nouage essentiel à la structuration du *Parlêtre*, que ce soit dans les années cinquante, celui du signifiant et du signifié, ou que ce soit, en des recherches ultérieures, celui du noeud borroméen. En assurant quelques sutures dans une chaîne signifiante qui se désagrège, néologismes et ritournelles paraissent tendre à y remédier. Toutefois, il est exceptionnel qu'ils parviennent à enrayer la carence de la signification phallique,..."(10) p74).

Cette dis(simulation) du **Nom-du-Père** comme Néologisme se place en interface entre hystérie et psychose, (psychose hystérique!) et fait écho à l'interdit fondateur: "*tu ne nommeras point ton Dieu*", et à sa conséquence logique dans le champs collectif: "*Si tu es capable de te nommer toi même, tu es l'équivalent d'un dieu!*"

Les ethnologues ont montré que les peuples primitifs s'auto-nommaient souvent par le terme de leur langue qui signifiait *être humain* ce qui est une façon de dénier ce titre aux autres peuplades.

Les chinois partagent le monde entre les individus *cuits*, eux, et les *crus*, les autres, qu'il fallait contenir aux marches de l'empire par la grande muraille.

Leur écriture pictographique utilise la condensation, fertile, entre un mot, un objet, un ou plusieurs sens et leurs contraires, qui se retrouve dans la signature occidentale via l'écriture hiéroglyphique.



L'« Idiot métaphysique », de Serge Clerc, 1994.

Cas N°2 : Mr Alain R, âgé de 54 ans présente ,depuis plusieurs décennies ,un délire chronique ayant nécessité en tout 27 années d'hospitalisation psychiatrique avant son placement en foyer logement avec dérogation d' âge!

Mr R est ce qu'il est convenu d'appeler un psychotique chronique et les diagnostics évoqués à son sujet vont de la schizophrénie paranoïde à la psychose hallucinatoire chronique secondairement paraphrénisée, en passant par la psychose imaginative.

Depuis ses débuts dans la carrière psychiatrique, un thème reste constant: Mr R affirme dater du précambrien; il est donc âgé de millions d'années, d'ailleurs son nom est Alain Nobis (ou Clostermann), et il est capable de réciter sa généalogie depuis le précambrien avec d'autant plus de culture et de détails qu'il a été gardien de musée et passe ses journées, maintenant qu'il est hors les murs de l'hôpital psychiatrique, aux archives municipales qu'il compile de façon hermétique, en un ouvrage fondamental qui contiendra tout (sa publication) et qui reste à paraître.

Il a récemment été découvert à deux heures du matin, dans les rues de la petite ville où il réside maintenant, à la recherche d'un café où publier. Il restitue tout cela volontiers, avec jouissance, dans une jargonophilie mêlant le latin de cuisine au provençal, le grec ancien au français, le tout parsemé de néologismes savoureux et de formules de politesse répétitives et parasites.

Il doit être convainquant puisque bien que sous tutelle, il parvient parfois à retirer de l'argent de son carnet de caisse d'épargne (au nom de Alain R) en signant tantôt Nobis, tantôt Clostermann. Tout un travail a été nécessaire auprès du personnel de la Caisse d'Epargne pour qu'ils imposent à Mr R, l'utilisation de son nom authentique, même lors des recrudescences délirantes.

Nous trouvons là un cas d'édification délirante d'une généalogie tendant à instaurer une néo-réalité comme néo-personne, néo-réalité produite à tout moment par le patient comme une carte de visite, à chacun de ses interlocuteurs.

A son propos nous pouvons faire notre le commentaire de MALEVAL sur le délire parlé: "Tous ces néologismes possèdent en commun de satisfaire à la jouissance du sujet, de tenter de remédier aux carences des nouages de la structure du parlêtre, aussi se caractérisent-ils cliniquement par leur insistance étrange." (10) p77

De la jargonophilie litanique à la glossolalie jouissante, se met en place comme une quête à rebours de la langue originelle propre à certains délires. Cette quête d'un commencement du monde se traduit par ce que l'on a appelé (3) des tentatives de "cicatrisation de position psychotique" par le fonctionnement pervers.

Dépositaires non consentants d'une telle énigme, (celle du nom et de l'origine de la langue), l'interlocuteur se trouve placé par le patient en position d'instrument, d'objet de jouissance, c'est à dire qu'il devient partenaire de ce fonctionnement d'allure perverse qui constitue pour le sujet psychotique une pseudo-issu hors du morcellement archaïque, ante-symbolique.(3)

Il ne s'agit pas d'un délire de filiation tel qu'on peut le rencontrer dans des entités plus infiltrées de paranoïa, (avec mégalomanie fondamentale, interprétation et fausseté du jugement) car Alain R ne revendique aucune ascendance ou descendance exceptionnelle ou fabuleuse, et il ne s'agit pas d'une affabulation telle que celles qui se retrouvaient dans certaines formes de Paralyse générale (les sujets qui se prennent pour Napoléon sont de plus en plus rares!), Alain R ne prétend pas être un personnage hors du commun connu, riche ou puissant.

Il ne s'agit pas non plus d'un de ces délires mystique où la filiation divine est revendiquée dans un contexte paranoïde. Dans son délire Alain R n'est le fils (ni le père) de personne. Maleval distingue le délirium "symptôme en lequel le fantasme affleure et chancelle" propre au névrosé du "délire holophrase symptôme et fantasme en une réification du signifiant":

"Le délirium n'est pas un effort de stabilisation. Il est vécu comme une castration imaginaire, dont le névrosé souffre et se plaint. Le sujet restant clivé, il peut parler de lui-même comme d'un Autre en sorte qu'il conçoit (...) que l'efflorescence fantasmatique par laquelle il se sent envahi "veut dire quelque chose". Quand le délire tend à se stabiliser, il y parvient avec fréquence par la création de significations paternelles fondamentales. Que ce soit par l'élaboration d'une énorme divinité, comme le fit Schreber (...); que ce soit par la construction d'une langue des origines, (...) que ce soit encore par l'élaboration d'une invention essentielle, d'une formule capitale ou d'un ouvrage fondamental, etc. Il s'agit

d'assurer les fondements de la création. Tous les psychosés n'échouent pas en cette tentative, dont la fréquence de leur production écrite me paraît porter témoignage (Maleval p 74).

En ce sens, Alain R n'est pas un hystérique camouflé derrière son "persona" de délirant depuis plusieurs décades comme ses "ancêtres" de la Salpêtrière pathomimaient devant Charcot la symptomatologie hystéro-épileptique attendue par le maître, il illustre pour partie, ce tronc commun relevant de l'hystérie représenté dans ce qui serait alors une psychose fondamentalement hystérique par réification du signifiant. Fils de personne puisque arbre généalogique à lui tout seul, Alain R est le *Persona* et réciproquement.

Le concept de "Forclusion du Nom-du-Père" (6) a été développé dans le cadre de conceptions linguistiques (7) et a défriché un vaste champ ouvrant sur les symptomatologies "dites psychotiques" où ne se retrouve pas la structure psychotique. Ces Pathologies produisent des troubles oniroïdes, crépusculaires, (Confusion mentale primitive de Chaslin, Psychoses hystériques,...) qui donnent un éclairage métaphorique à ces conduites dans lequel le sujet sécrète en quelque sorte "de l'identité rêvée", ce que l'on pourrait dénommer une para-identité qui renvoie à la para-existence amnésique, parenthèse existentielle (névrotique) ou fading existentiel (psychotique)?

Non dialectisable, maillon déchainé de la chaîne du signifiant, auto-réifié par le délire en un néo-signifiant total (comme un lombric entier pourrait se former à partir d'un morceau de lombric) Alain R nous restitue une parthénogénèse dont nous pouvons comprendre alors qu'elle remonte au précambrien!

On est encore loin, chez lui, du meurtre du Père par la horde primitive, d'où seraient issus les rituels totémiques aux-quels fait écho le parricide oedipien (Oedipe n'avait pas reconnu son père!) dont S. Freud a tiré les bases de sa conception des névroses.



Pour mettre en lumière la dimension névrotique et sa composante quotidienne, nous rappellerons que certains acteurs comme certains patients, portent le nom de leur mère (du patronyme au matronyme) ou l'accollent au nom du père ce qui retrouve l'usage espagnol;

Nous évoquerons l'observation courante qui fait que tout individu, même le plus entraîné à la relation, ne peut réprimer, dans une assemblée, un geste archaïque, incontrôlable, quel qu'il soit, à l'énoncé de son Nom, qui est celui du Père.

Du jeu de mot au néologisme, il y a la même distance que du jeu de Nom à la forclusion du Nom-du-Père.

Le retour par le monde du Show-bizz (nous y sommes de plein pied) se justifie par toute la dimension introduite par les notions de rôle (théâtre), de factice (décorum), par le rapport trouble et fascinant, tant de fois évoqué par les acteurs et les metteurs en scène, entre le personnage et la personne (*Persona* = masque du théâtre étrusque).

Nous sommes bien sur dans le domaine de la représentation, de la névrose qui ouvre à travers l'hystérie sur la conversion et la mythomanie (du grec *muthos*, récit, légende (9)) voire le fabulatoire.

Les motivations données par les sujets qui font une demande de changement de nom sont explicites: certains fondent leur demande sur leur désir de "relever" un nom éteint de leur généalogie, noble ou pas.

Les nouveaux noms par francisation sont parfois déclinaisons du précédent, comme on décline son identité, ou une invitation (en allemand, *Ablehnen*, qui est utilisé par Freud dans un sens proche de *verwerfen*, *verwerfung*, sur lequel s'est étayé Lacan pour construire sa conceptualisation de la forclusion du Nom-du-Père, dans le cadre de sa théorie du symbolique.(8)), ou bien comme on décline l'âge venant!

Des noms à géométrie variable aux noms à généalogie variable, il y a tout une onomasiologie pathologique à explorer.

Un travail sur la notion d'épithaphe montrerait de même, une évolution depuis sa conception la plus archaïque, prolixe (des bas reliefs égyptiens aux stèles romaines) qui décrivait au passant les mérites immenses du défunt jusqu'aux sèches inscriptions "un nom, deux dates", actuelles (Charles de Gaulle).

Comme intermédiaire, on pourrait citer celles, édifiantes (Saint- François d'Assise), métaphores en elle même, représentant pour le défunt, par la profondeur d'une de ses pensées.

Cette condensation progressive ne manque pas d'analogie avec la naissance de l'écriture, c'est à dire, in fine, la naissance ex nihilo du nombre 2 par la création d'un espace entre un et deux, c'est à dire le travail sur la trace et l'individuation (12).

C'est cette dimension fondamentale qui fait d'un individu un sujet, et la possibilité pour lui de laisser une trace, c'est à dire créer(4)(3).

Il est des dénominations qui résument toute une existence:

Cas N° 3: "Mr X, SDF, DCD." se lisait comme une épithaphe ou un épigramme sur le registre d'un service d'accueil de l'urgence.

De l'histoire à notre histoire:

Au moyen-âge européen, une terre roturière pouvait être tenue, des siècles durant, par une lignée d'individus portant de père en fils un même nom, qui n'était souvent alors qu'un prénom.(ex: Martin).La lignée était ainsi indissolublement liée à sa terre. Les noms de Roi (Louis I à XVIII) ou de Papes relèvent de ce même souci analogue, de continuité, dans une perspective qui est l'héritière de l'affiliation totemique primordiale, modulée cependant par la possession du monogramme romain, *Emblème écriture*, qui lui, reste personnel.

Jean-Paul Premier, éphémère pontife, avait clairement signifié par son auto-dénomination (différente de la nomination par ses pairs) sa référence à ses deux prédécesseurs immédiats, Jean XXIII et Paul VI (paternité spirituelle). Des origines à la filiation, de la filiation à l'individuation, il y a tout le gouffre qui sépare une position psychotique de son homologue névrotique.

La filiation, "ce par quoi un individu se vit comme relié à ses ascendants ou descendants réels ou imaginaires" (5), est définie juridiquement comme un lien de droit entre un enfant et un père résultant d'un lien du sang présumé ou établi (filiation charnelle, biologique, légitime ou naturelle) ou d'une adoption (filiation adoptive simple qui entraîne la juxtaposition du nom de l'adoptant au nom d'origine, ou pleine qui substitue un nom à un autre). Elle se situe clairement dans le domaine du symbolique, de l'écrit, de la loi.

L'origine est énigme et ne peut se traduire qu'en terme de mystère.

Domenikos Théotokopoulos dit "El greco", peintre, signait ses tableaux de l'affirmation seule de son origine crétoise, ce qui est une façon paradoxale et significative de ne pas user du nom du père tout en se référant à sa "mère-patrie".

A ceci fait écho la filiation "*par les femmes*" à laquelle fait associer par télescopage linguistique, le nom de Van Damme (par la dame!) dans le cas N° 1.

Dans les civilisations judéo-chrétiennes, la mère apporte sa religion (et ses mystères) à son enfant, et le père donne le nom.

Il est simple blason, écu à décoder par une lecture héraldique qui a beaucoup à voir avec la clefs des songes, rébus parfois, où affleurent des connotations inconscientes.

L'exercice de la signature est l'une des premières affirmations d'individualité que peut mettre en acte un enfant en début de phase de latence: il s'agit d'un jeu (avec quelle jouissance les enfants calligraphient sur des pages entières les variations de leur griffe, font leurs griffes pourrait-on dire!), d'un jeu sur le Nom-du-père qu'il importe de reproduire et décliner à la fois, en y adjoignant prénom ou initiale.

Ce plaisir est très proche de celui ressenti par l'enfant, plus jeune, qui peut pour la première fois reproduire un semblant d'écriture par imitation approximative et visuelle de celle des "grands", il est analogue, peut-être, à la jouissance lallative des bambins encore plus jeunes". Se décrit à rebours, ainsi, tout un processus d'individuation bien repéré par tout ceux qui ont en charge l'éducation des enfants.

Cas N° 4 : Max T, 40 ans, présente ce que l'on pourrait appeler une psychose infantile vieillie. Il vit avec sa mère dans la ferme familiale, passe des heures à calligraphier sur des feuilles de papier, des lignes d'une écriture illisible, énigmatique, n'ayant de sens que pour lui, et la ponctue fièrement de dessins stéréotypés représentant des cubes transparents. Il est de plus, celui de nos patients capable de produire le plus de néologismes par phrase. Tout, dans son comportement montre qu'il n'a pas accès à une conscience individuée de lui-même, il parle de lui à la troisième personne du singulier, ne se nomme pas et entretient une relation fusionnelle avec sa mère.

Le jeu de Nom comme prototype du jeu de mot que sera plus tard capable de produire un individu affranchi de toute servitude aux règles, que ce soit par une analyse, un état maniaque ou par ruse, fait bien sur évoquer le Jeu-de-Nom d'Ulysse: "Je suis Personne".

La filiation est un lien de sens, reconnu par la société, et profondément injuste puisqu'il s'impose au sujet, qui peut avoir honte de ses origines (comme les enfants de grands criminels) ou de sa descendance"(2).

Il existe toute une jurisprudence relative au désaveu en paternité mais très peu d'éléments sur ce véritable "désaveu en descendance" que constitue la dissimulation de son nom d'origine par un sujet.



Nous citerons pour conclure ,les gitans qui admettent couramment deux "moi-nom(s)": celui à usage des gadjés et de la police (celui de la carte d'identité)et celui à usage intracommunautaire. Il ne s'agit pas là de noms gigognes à valeur pathologique, mais bien de la conséquence d'une inscription revendiquée dans deux mondes, deux systèmes de valeurs, qui ont bien peu de points communs. Cette coexistence s'illustre de leurs difficultés d'assimilation, eux "qui ne sont de nulle part" et renvoie à une identification impossible à une société qui en retour les connaît sous un nom générique qui n'est pas le leur.

Alain R est le fils de Personne, les gitans se disent *fil-du-vent* .

Notre pratique nous montre quotidiennement, l'intérêt qui va bien au delà de l'anecdote, à connaître les gitans par leurs deux noms et à en jouer car il ne sert à rien de tenter de soigner *celui-qui-a-le-nom-de-la-carte-d'identité* si *celui-qui-a-le-nom-Gitan* n'est pas partie prenante du projet.

Nous sommes là à la lisière de ce qu'on appelle les personnalités multiples qui sont le plus souvent rattachées au champs de l'hystérie mais trouvent racines à notre sens, dans des positions bien plus archaïques, "border-line", ne serait-ce que par la nature des passages à l'acte qu'elles autorisent.

La dissimulation du Nom sous quelque forme que ce soit, et les personnalités multiples en sont une, relève de l'ontopathie et éclaire la dialectique fondamentale entre lignée et origine, entre un processus naturel inscriptible dans le temps et l'espace, décomptable, fondateur de la névrose et un point zéro virtuel, mystérieux, archaïque, merveilleux, où tout est encore possible, (age d'or!), fangeux aussi(3) et qui ne peut être rapporté qu'à l'action divine (Eden) qui maintient le sujet dans une position psychotique .

C'est de la conjonction du zéro aux chiffres qu'est née notre civilisation, c'est de la dialectique entre ses positions psychotiques et névrotiques, que se construit un individu tout au long de son existence. Les conduites de dissimulation du Nom, les jeux-de-Nom ne sont pas si rares, nous l'avons montré, leurs significations sont riches de résonances et peuvent aider le clinicien comme le thérapeute dans leur relation d'aide au changement.

Bibliographie:

- 1) ANZIEU D. "Le Moi-peau ", Dunod, Paris, 1985
- 2) ALBERNHE T., TYRODE Y. "Législation en santé mentale", pp232, 240, Ed Duphar-Upjohn, Lyon, 1993.
- 3) BOURGEOIS D., FAYE K., "Réflexions sur le bondage", a paraître dans "Sexologies".
- 4) BOURGEOIS D., FAYE K. "Contribution au démembrement de la constellation masochique", Communication à la société de Psychiatrie de Marseille et du sud-est Avril 1993. Psychologie médicale 1993, 25, 13. SPM Paris.
- 5) GUYOTAT J : "Mort, naissance, filiation", Masson , Paris, 1980.
- 6) LACAN J : " Réponse au commentaire de Jean Hyppolite sur la " verneinung" de Freud" in "La psychanalyse", PUF, Paris, I, 46.
- 7) LACAN J : " D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose" in " La psychanalyse" PUF Paris, IV, 1-50.
- 8) LAPLANCHE J et PONTALIS J B : " Vocabulaire de la psychanalyse" PUF, Paris, 8ème édition, 1984, pp 164, 167.
- 9) LAROUSSE: "Dictionnaire de la langue française Lexis", Edition Larousse, 1992, Paris.
- 10) MALEVAL J.C. "Les hystéries crépusculaires" , Confrontations Psychiatriques, N° 25, 1985 , L'hystérie , Edition SPECIA , Paris pp74, 77.
- 11) SKROBOT L. : "Mort et rivalité dans le fantasme du double", Psychologie médicale, 1988, 20, 3 , pp 329, 331. SPM Paris.
- 12) VERNE A. G. : Cartel psychanalytique 1992, 1993, Avignon ,(non publié)

ETRE EN RELATION : TOUT UN ART

Françoise SERREAU
Psychologue clinicienne libérale⁽¹⁾
Formatrice dans le Vaucluse

Cet article est une synthèse par l'auteur de sa conférence du 26 avril 1996 à la faculté des Lettres d'Avignon. Il énonce les thèmes de réflexion abordés dans ses séminaires intitulés : ETRE en relation, tout un art.

Françoise SERREAU, psychologue clinicienne diplômée de l'Université d'Aix en Provence, propose une approche dont son parcours personnel illustre les racines : formation aux thérapies à médiation corporelle (en Amérique du Nord et en France) telles que la bioénergie, la gestalt, le rebirth; formation à la thérapie familiale systémique. Elle a été chercheur au ministère de l'éducation à Québec.

1°) L'art d'être en bonne relation avec soi-même

Comment les différents aspects de nous-même sont-ils en relation?

- **Sont-ils en cohérence** ou bien s'envoient-ils des messages contradictoires?

- l'enfant intérieur : ses désirs, ses peurs
 j'ai besoin, j'ai peur de
- l'adulte : j'agis, je réalise effectivement
- le parent intérieur : tu devrais t'y prendre autrement
 tu n'es pas capable
 tu n'y arriveras jamais.

- **Comment intégrer harmonieusement** ces différents langages que nous nous tenons à nous-mêmes?

- Relation à mon corps :

Ex : Il est trop petit, trop grand, trop gros, trop maigre, trop dépendant, il a trop de besoins, pas assez beau, pas assez fort etc....

- Relation à mon mental :

Ex : c'est lui qui décide de tout, qui contrôle et maîtrise, qui interprète.

- Relation à mon coeur :

Ex : vais-je accepter de reconnaître mes ressentis, mes sentiments, mes affects?
Faut-il au contraire les diminuer?
Quelle place je leur accorde?

(1) Cabinet de Psychologie, résidence Acropolis, 8 avenue Piaulani 06000 Nice, Tél 93.85.85.27
Stage sur le thème de la conférence, à Châteauneuf de Gadagne, les 21 et 22 septembre.

- Relation à mon esprit :

Puis-je me permettre d'accepter la transcendance?

Comment me situer devant le sacré du quotidien : balivernes que tout cela ou ressourcement profond?

Etre en bonne relation avec soi-même c'est l'ART de faire coexister ces différentes facettes de soi dans un respect mutuel. Avoir une écoute et un temps consacrés à chacune de ces facettes à parts égales, c'est le partage équitable de mon attention à moi-même.

2°) L'art d'être présent aux autres tout en se respectant

C'est la qualité de la relation à soi-même qui va déterminer la qualité de la relation à autrui.

Dans les séminaires : "Etre en relation : tout un art", chaque participant est invité à prendre conscience de ses modes de relation.

Quels aspects de lui entrent en résonance avec l'autre? Son corps? Son esprit? Son mental? Ses émotions? Avec quels aspects de lui il se relie ainsi à ses amis, à sa famille, ses collègues de travail.

A - Relations professionnelles

* L'image : souvent la personne va s'efforcer d'être conforme à l'image que l'entreprise, l'institution ou la société attend d'elle. Pour cela elle adopte une sorte de masque social, un personnage, un habit qui est censé selon elle la rendre crédible. Elle pense ainsi que cette image favorisera la reconnaissance de ses compétences. Cependant cette représentation de soi dans le monde professionnel n'est pas toujours conforme avec qui elle est réellement et cela peut créer en elle des tensions et un sentiment d'être inadéquate ou peu à sa place.

* Le discours qui est tenu :

Dans quelle mesure peut-on parler VRAI ou doit-on adopter le discours qui est attendu?

* L'art d'être soi-même dans les relations professionnelles, consiste à parler vrai en disant JE, sans étouffer ou nier ses ressentis tout en respectant les objectifs d'action, d'efficacité et de résultat.

Dans les séminaires, les participants vont apprendre ainsi à assouplir leur armure relationnelle et au lieu d'être figés, ils vont exprimer leur façon d'être pleinement VIVANTS.

* Un cas particulier : les relations professionnelles concernant les professions dites de "RELATION D'AIDE".

L'art consiste à ne pas négliger ses propres besoins profonds et personnels tout en voulant "réparer" les carences matérielles, affectives ou éducatives d'autrui.

L'art consiste à faire en sorte que la relation d'aide à l'autre ne soit pas un évitement de la difficulté à bien s'occuper de soi et à être un "bon parent" pour soi-même.

B - L'Art d'Etre en relation affective

La qualité de la relation affective est en rapport avec la capacité des personnes à accepter, reconnaître leurs besoins affectifs, leurs peurs et les attitudes relationnelles qui en découlent :

- Les principaux besoins : se sentir estimé, respecté, compris, aimé tel que l'on est.
- Les principales peurs : être rejeté, abandonné, incompris, agressé, méprisé.

Pour que nos besoins soient satisfaits et nos peurs neutralisées nous sommes prêts bien souvent à des compromissions et nous pouvons adopter des attitudes qui consistent à oublier notre propre DESIR pour entrer dans les attentes et le désir d'autrui.

Exemple : montrer que l'on est "gentil" ne pas oser dire NON quitte à s'oublier soi-même. Or la répétition d'attitudes de soumission ou de dépendance aux désirs de l'autre va engendrer par la suite un ressentiment ou une rancune plus ou moins conscients. Et ceci pourra s'exprimer par des tensions, des éclats verbaux, des oppositions injustifiées, des refus de tendresse ou des somatisations diverses qui vont alors venir parasiter la relation affective.

L'art consiste alors à ne pas avaler ses émotions lorsque l'on est en désaccord, à exprimer son ressenti dans l'instant, sans jugement et en parlant pour soi.

Il est important d'accepter l'idée qu'il puisse y avoir une coexistence pacifique entre plusieurs ressentis et d'utiliser pour ce faire quelques bonnes règles de communication dans le respect mutuel.

C - Relations amoureuses

L'art consiste à ne pas reproduire dans notre vie amoureuse les scénarios d'enfance et les rôles que nous avons avec notre père ou notre mère. Un écueil important à éviter : la dépendance amoureuse.

Ceci a été très bien défini par la psychothérapeute R. Norwood dans son livre : *"Ces femmes qui aiment trop"*. Elle y analyse finement des femmes qui ont comme croyance inconsciente qu'aimer c'est obligatoirement souffrir et se sacrifier, qui en conséquence prennent en charge des hommes "impossibles" en essayant de les faire changer. Ces femmes confondent relation d'aide et relation amoureuse et leurs besoins affectifs profonds restent insatisfaits car elles préfèrent s'occuper de l'autre plutôt que de prendre la responsabilité de prendre soin d'elles-mêmes. L'autre écueil à éviter : les relations de pouvoir dans le couple.

Pour éviter ces écueils, il est important dans une relation, de voir quels sont les "POSSIBLES" favorisant l'épanouissement de chacun, et de faire avec l'être aimé selon l'expression de J. Salomé : *"un pacte de bien être relationnel"*.

Dans ce bien être relationnel pourra éclore ainsi un Art d'Aimer.



3°) L'art d'être relié à l'essentiel

Deux êtres libres élaborant ensemble un ART d'AIMER pourront être MEDIATEURS l'un pour l'autre dans la recherche de l'ESSENTIEL. Il semble en effet qu'Aimer soit une des voies qui permet à l'être humain en quête de sens de se sentir relié.

C'est d'ailleurs ce qu'exprime cette phrase du Cantique des Cantiques

*"Viens, Viens, Ma Bien Aimée
Lève-toi et va vers toi-même".*

C'est également ce que chantaient ici-même en Provence au XII^{ème} siècle, les troubadours. Ils chantaient l'expérience de l'amour humain comme source d'éveil spirituel. "Aimer c'est se maintenir dans le Printemps" disaient-ils et Jacqueline Kelen précise : "Etre enivré d'Amour, danser, chanter et rire, c'est déjà bondir dans l'éternité".

Se relier à l'essentiel, c'est en effet trouver au coeur du quotidien l'aspect sacré de l'instant présent et savoir le partager.



"VINGT QUATRE HEURES DE LA VIE D'UNE FEMME" HONTE ET CULPABILITE CHEZ UNE OBSESSIONNELLE

Hélène ROUCHENIAN, Infirmière ⁽¹⁾
et Marie Josée PAHIN, Psychanalyste⁽¹⁾
Exposé du 3 juin 1996 au CH Montfavet
Secteur Chateauréard, Saint Rémy de Provence
(13G27)
Texte à partir d'un enregistrement

En septembre 1995, à l'Atelier de Thérapie Institutionnelle Michel Silvestre, s'achevaient trois années de formation par l'association "La Question Freudienne", dont les trois premiers numéros de Psy-Cause ont donné un aperçu. C'est également à cette époque que j'ai été amené à la responsabilité du nouveau secteur 27 des Bouches du Rhône, correspondant au rattachement à Montfavet de l'ex secteur 22 redécoupé. L'ATI Michel Silvestre, structure du secteur 2, a donc changé de référent médical, Michèle ANICET nouveau Chef de Service du secteur d'Orange, lui donnant un nouvel élan et établissant pour cette unité une cosectorialité de fait entre nos deux services, dont le projet d'établissement laisse espérer une officialisation future.

En 1996, la Question Freudienne intervient dans le secteur 27, les soignants de l'ATI étant invités aux séances de formation. C'est désormais dans ce nouveau cadre que se poursuit notre "feuilleton" comme l'appellent certains de nos lecteurs.

Depuis le début de l'année, Hélène ROUCHENIAN, infirmière chargée de la réinsertion professionnelle dans le secteur 11 de l'Hôpital Edouard Toulouse, formatrice à la Question Freudienne, coanime avec Marie Josée PAHIN, cet enseignement.

Jean-Paul BOSSUAT

* * *

"Vingt quatre heures de la vie d'une femme", (collection poche N° 4340) est un roman de **Stefan Zweig**, écrivain né à Vienne en 1881. Cet auteur fut un contemporain de Freud, très concerné par ce qu'il appelait "*les zones inexplorées et obscures de l'esprit humain*". Il a écrit un bouquin intitulé "Trois personnages", dans lequel il raconte la biographie de Meissner le magnétiseur qui s'intéressait à l'hypnose, de Mary Baker qui prétendait guérir par l'extase de la foi, et de Freud. C'était un romancier et un dramaturge qui a également écrit sur Balzac, Dostoïewski, Dickens etc... Il n'a cessé d'être fasciné par les grandes aventures de l'esprit humain, que celles-ci mènent vers la pensée, l'absolu, l'idéal, ou la folie. Il était sujet à une mélancolie devenue quelque peu pathologique vers la fin de sa vie. Préoccupé par la montée du nazisme, il émigra au Brésil où il se suicida ainsi que sa femme en 1942.

(1) Secrétariat de la Question Freudienne : 15 rue Camoin Jeune, 13004 Marseille, Tél 91.94.18.17

Stéfan Zweig disait en parlant de la mémoire : *"Je ne considère pas la mémoire comme la faculté de retenir par hasard tel élément et d'en négliger par hasard tel autre, mais comme le pouvoir de mettre en ordre en connaissance de cause, et d'éliminer avec sagesse"*. Cette remarque situe bien le personnage d'un auteur qui s'est penché de près sur ces zones obscures de l'esprit humain. Son roman *"24 heures de la vie d'une femme"* en témoigne également car dans ce livre, il a vraiment les mots qu'il faut à un moment donné pour décrire les états d'âme de cette femme.

A - Le roman de Stefan Zweig

Tout commence au début du siècle dans une pension de famille à Monte Carlo.

La rencontre du narrateur et de Madame C

Dans cette pension bien fréquentée, une dame qui s'appelle madame Henriette, est venue passer des vacances avec son mari et ses enfants. Soudain elle part avec un jeune homme qu'elle ne connaît que depuis seulement vingt quatre heures. Son départ fait un grand scandale dans la pension de famille, tout le monde dénonçant cette madame Henriette qui a eu le courage de laisser tomber son mari et ses enfants. Seul le narrateur de ce livre, prend la défense de cette personne. Il est interpellé vivement par une vieille dame, madame C, qui est très surprise par son attitude et essaie de le pousser dans ses derniers retranchements : *"vous ne pouvez pas défendre une femme qui laisse tomber tous les siens. Si vous la rencontriez dans la rue, est-ce que vous lui diriez bonjour, lui présenteriez votre femme, etc..."* Le narrateur lui répond que bien sûr qu'il le ferait, car il pense qu'*"une femme, sans l'avoir voulu, peut être précipitée dans une aventure soudaine, et dont elle ne saurait être tenue pour responsable."*

Cette vieille dame décide alors de se confier au narrateur et de lui raconter sa vie. Cette aventure de madame Henriette vient en miroir avec un épisode qu'elle avait elle-même vécu il y a bien longtemps, dans lequel en 24 heures sa vie avait complètement basculé. Pour la première fois avec cet homme qu'elle choisit comme confesseur, elle va parler de son aventure 40 ans après! Elle peut le faire car elle sent que du côté du narrateur, il n'y a pas de jugement moral, celui-ci étant dans une neutralité bienveillante par rapport à cette dame qui était partie laissant son mari et ses enfants catastrophés.

Le narrateur a posé la question du désir, en dehors de tout jugement.

La veuve désœuvrée et préoccupée par des idées de mort, se rend au casino de Monte Carlo qu'elle fréquentait avec son mari

Comment se déroule cette première entrevue? Le narrateur va la voir et nous dit : *"Il y eut une pause manifestement involontaire, celle qui précède une résolution difficile, pause qui dura longtemps, très longtemps, et que je n'osais pas rompre en prenant la parole parce que je sentais qu'ici une volonté forte luttait énergiquement contre une forte résistance"*. Puis la dame commence à parler. Elle raconte qu'elle est issue d'une famille riche et épouse très jeune à 18 ans, un homme de son rang avec lequel elle mène la vie sans souci de sa classe sociale (voyages, réceptions...). *"Jamais l'ombre la plus légère n'a troublé notre mariage"*, dit-elle. Elle a eu deux fils qui sont aujourd'hui des hommes installés. Lorsqu'elle a 40 ans, elle perd son mari. Ses fils sont grands et elle décide de voyager.

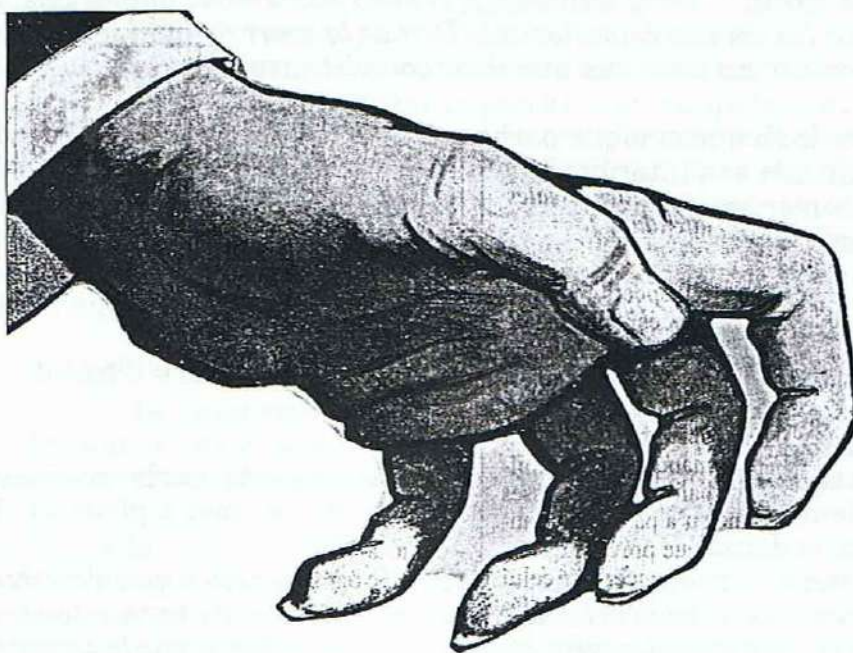
Elle était alors désœuvrée, et confie : *"Je ne voulais et ne désirais plus rien"*. Elle avait la hantise du désir de mourir, désir qui revenait régulièrement. A cette époque donc, elle voyage et s'arrête à Monte Carlo, se rend un soir au casino qu'elle avait l'habitude de fréquenter avec son mari.

Elle est fascinée par un homme dont elle interprète qu'il va à la mort

Dans cet endroit, elle se souvient de ce que lui disait son mari à propos de tels lieux, à savoir de regarder les mains des joueurs, très importantes pour percevoir leur personnalité au travers de la manière de bouger, de se saisir d'un objet etc... Elle est accrochée par les mains d'un homme :

"Et je vis là (vraiment j'en fus effrayée) deux mains comme je n'en avais encore jamais vu, une main droite et une main gauche qui étaient accrochées l'une à l'autre comme des animaux en train de se mordre, et qui s'affrontaient d'une manière si farouche et si convulsive que les articulations des phalanges craquaient avec le bruit sec d'une noix que l'on casse."

C'étaient des mains d'une beauté très rare, extraordinairement longues, extraordinairement minces, et pourtant traversées de muscles très rigides (...) Eh bien, je les ai regardées toute la soirée - oui, regardées avec une surprise toujours renouvelée, ces mains extraordinaires, vraiment uniques -, mais ce qui d'abord me surprit d'une manière si terrifiante, c'était leur fièvre, leur expression follement passionnée, cette façon convulsive de s'étreindre et de lutter entre elles. Ici, je le compris tout de suite, c'était un homme débordant de force qui concentrait toute sa passion dans les extrémités de ses doigts, pour qu'elle ne fit pas exploser son être tout entier. (...) Et toutes deux étaient maintenant frémissantes l'une à côté de l'autre ; toutes deux, pareilles, à des dents qui dans le frisson de la fièvre claquent légèrement l'une contre l'autre, tapotaient la table, sans bruit, de leurs jointures. Non, jamais, jamais encore, je n'avais vu des mains ayant une expression si extraordinairement parlante, une forme d'agitation et de tension spasmodique."



Elle est accrochée par ces mains. Finalement son regard monte et elle rencontre le visage de cet homme jeune, pris par les affres de la passion du jeu :

"Mais enfin, je ne pus y résister davantage : il me fallait voir l'homme, voir la figure à qui appartenait ces mains magiques ; et anxieusement (oui, avec une anxiété véritable, car ces mains me faisaient peur !) mon regard glissa lentement le long des manches et jusqu'aux épaules étroites. Et de nouveau, j'eus un sursaut de frayeur, car cette figure parlait la même langue effrénée et fantastiquement surexcitée que ses mains (...) Jamais je n'avais vu un visage si exalté et si fascinant. C'était celui d'un jeune homme, d'environ vingt-quatre ans ; il était mince, délicat, un peu allongé et par là si expressif. Tout comme les mains, il n'avait rien de viril, semblant plutôt appartenir à un enfant jouant avec passion : mais je ne remarquai cela que plus tard, car pour l'instant ce visage disparaissait complètement sous une expression frappante d'avidité et de fureur".

Madame C l'observe et voit que cet homme perd tout son argent. Elle décèle en lui une espèce de désespoir :

"Et soudain, d'une brusque saccade, l'homme se leva en face de moi, comme quelqu'un qui se trouve subitement mal et qui se dresse pour ne pas étouffer ; derrière lui la chaise roula sur le sol, avec un bruit sec. Mais sans même le remarquer, sans faire attention aux voisins qui, étonnés et inquiets, s'écartaient de cet homme chancelant, il s'éloigna de la table d'un pas lourd. A cet aspect, je fus comme pétrifiée. Car je compris aussitôt où allait cet homme : à la mort".

Elle décide de le sauver, écartant d'elle le fait de désirer cet homme

Dans le même temps où elle comprend cela, où elle projette cela sur cet homme, il y a chez elle une identification puisqu'elle avait été effleurée par ce désir de mort. Ce mécanisme est assez typique de la névrose obsessionnelle où l'enjeu à l'autre est souvent un enjeu par rapport à la mort... Il n'y a donc pas de problème : elle va le sauver. Elle s'investit de la mission de sauver cet homme et en même temps de se sauver elle.

Elle le suit lorsqu'il sort de la salle de jeux. Elle ne sait trop comment s'y prendre pour l'arrêter. A ce moment là, madame C interrompt son récit linéaire et s'adresse carrément au narrateur : *"En le suivant, je n'étais nullement amoureuse de lui et ne pensais nullement à lui comme à un homme. Depuis la mort de mon mari, je n'ai jamais regardé les hommes. C'était pour moi une chose complètement révolue".*

Nous voyons bien que quelque part en suivant cet homme, son désir était un peu mis en scène. Mais elle se l'interdit. La seule chose qui lui est permise, est cet amour platonique de le sauver, en quelque sort une sublimation. De désirer cet homme, il n'est nullement question.

Prise par méprise, pour un déchet, madame C se laisse entraîner dans la chambre d'hôtel où elle passe la nuit

Elle le suit à distance, hésite : "est-ce que je vais intervenir, est-ce que je rentre chez moi?" Elle demeure dans ce questionnement, et il se met à pleuvoir. Elle voit cet homme sur le banc et décide d'intervenir :

"Imaginez ma situation : je me trouvais à vingt ou trente pas derrière le banc où était assis cet homme immobile et effondré sur lui-même ; je ne savais que faire, poussée, d'une part, par la volonté de le secourir, et , d'autre part, retenue par la timidité d'adresser dans la rue la parole à un inconnu, peur qui nous est inculquée par l'éducation et la

tradition. Les becs de gaz mettaient leur flamme opaque et vacillante dans le ciel nuageux ; les passants très rares se hâtaient, car il allait être minuit et j'étais donc presque toute seule dans le jardin public avec cet homme à l'aspect de suicidé (...). Soudain une goutte de pluie claqua sur le sol, et aussitôt un déluge massif s'abattit, en lourdes nappes d'eau chassées par le vent. Sans réfléchir, je me réfugiai sous l'auvent d'un kiosque (...) Mais malgré ce déluge torrentiel, le malheureux garçon restait immobile sur son banc, sans bouger le moins du monde. (...) Ce fut plus fort que moi, je ne pus agir autrement. D'un bond, je passai sous les baguettes cinglantes de la pluie et je secouai sur son banc ce paquet humain tout ruisselant d'eau".

L'homme ne comprend pas trop : "Que me veut cette femme?".

Elle insiste - "Vous ne pouvez rester là, je vais vous mettre à l'abri" - tellement que l'homme se méprend, il se dresse et la tutoie :

"Non, je n'ai pas besoin de chambre. Je n'ai plus besoin de rien. Ne te donne aucune peine, il n'y a rien à tirer de moi. Tu es mal tombée, je n'ai pas d'argent".

L'homme lui saisit violemment le bras et la prend pour une cocotte. Madame C sent bien à ce moment là, qu'il y a une méprise : il la prend pour une cocotte, c'est-à-dire pour rien, pour un déchet. Elle est effrayée non tant par ce qui se passe, que par cette espèce de jouissance qu'il la prenne pour un déchet.

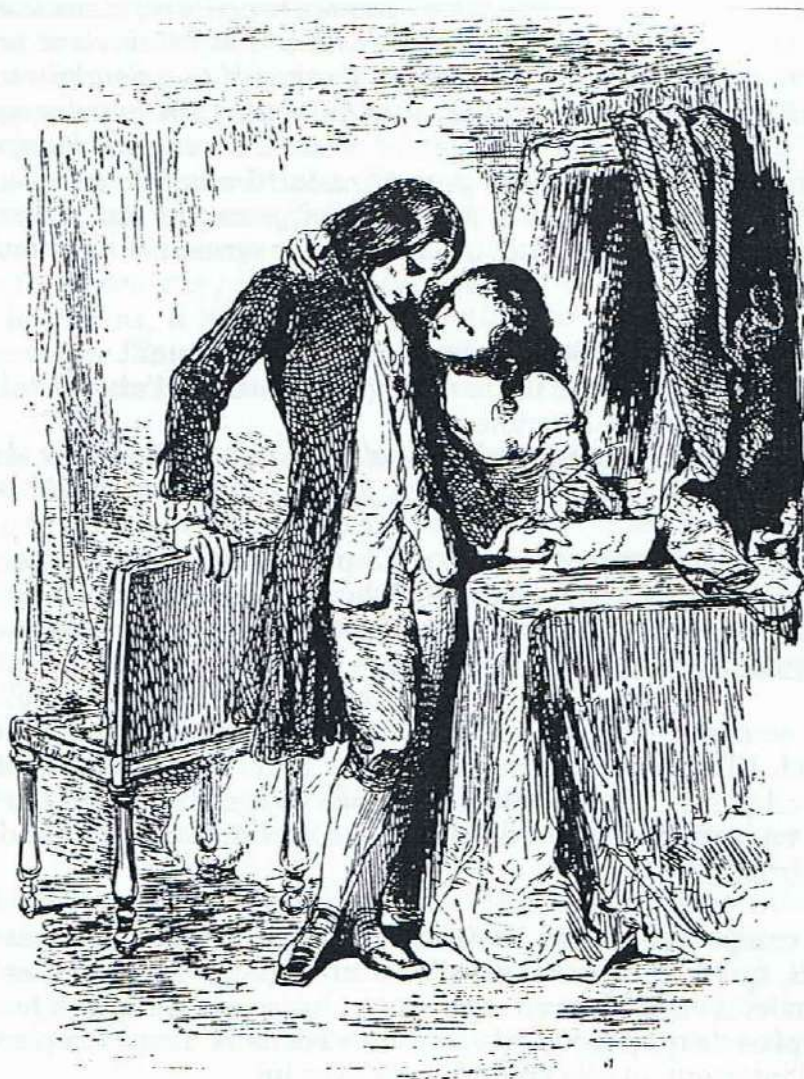
Elle l'emmène sous son parapluie, appelle un fiacre et demande au cochet de le déposer dans un hôtel. Elle l'accompagne jusqu'à cet hôtel et propose à cet homme de l'argent. Il ne comprend pas du tout. Elle le fait pour le sauver du jeu, lui faire prendre le train et se tirer d'un endroit où il se perd. Elle se raccroche à son optique de le sauver. Mais le désir devient trop fort.

Lui même ne comprend pas sa position, il refuse, ça ne l'intéresse pas. Cent francs ou mille francs, qu'importe car il dit : "*de toute façon je vais me tuer*". Ceci n'est pas possible, pense t'elle, il vient de prononcer cette phrase, il faut que je le sauve à tout prix ! Et il y a une espèce de quiproquo : ils sont tous les deux devant la porte de l'hôtel, l'homme l'entraîne à l'intérieur, et elle passe la nuit avec lui :

"A ce moment, de l'intérieur, la clé grinça dans la porte et le garçon de l'hôtel ouvrit. "Viens !" dit-il alors brusquement, d'une voix dure, décidée, invitée. Et je sentis autour de mon poignet l'étreinte de fer de ses doigts. Je fus saisie d'effroi ... Je fus tellement effrayée, tellement paralysée, comme frappée par la foudre que je n'eus plus ma tête à moi ... Je voulais me défendre, me dégager ... mais ma volonté était comme neutralisée ... et je ... vous le comprenez ... je ... j'avais honte, devant le portier, qui s'impatiait, de me débattre contre un inconnu. Et ainsi... ainsi, je me trouvais brusquement à l'intérieur de l'hôtel. Je voulais parler, dire quelque chose, mais la voix s'étouffait dans mon gosier ... Sa main était posée sur mon bras, lourde et autoritaire ... Sans que j'eusse conscience de ce que je faisais, je sentis obscurément qu'elle m'entraînait dans l'escalier ... Une clé tourna ... Et soudain, je me trouvais seule avec cet inconnu, dans une chambre inconnue, dans un hôtel quelconque, dont aujourd'hui encore je ne sais pas le nom."

**Le lendemain de cette nuit dans laquelle
Madame C s'est laissée aller à être une femme désirante
l'amour est sublimé, le jeune homme promet et accepte tout**

A ce moment là, elle interrompt encore son récit. Elle a besoin de préciser au narrateur qu'elle n'avait aucun désir pour lui, malgré tout ce qui arrive. Il n'était nullement question pour elle de s'envoyer en l'air, ce n'était pas cela du tout : "*Je vous jure que je n'avais pensé une seule seconde à quelque union avec cet inconnu*".



Mais quoiqu'il en soit, elle fut heureusement surprise. Et le lendemain, alors qu'elle vient de passer effectivement la nuit avec cet homme, commence à surgir cette culpabilité d'un désir de femme, d'avoir pu être désirante car cela ne s'est pas mal passé. Le lendemain de cette fameuse nuit, ils passent la journée ensemble dans une espèce de sublimation où il n'est plus question des excès de la chair. Il s'agit plutôt d'une communion. Ils se promènent dans la campagne. Le jeune homme raconte un peu sa vie : il a honte de retourner dans son pays car il a volé des bijoux, de l'argent, à son oncle. Cela renforce chez elle son sentiment de le sauver. Ils s'arrêtent tous les deux dans une chapelle ; il jure qu'il ne touchera plus à un seul jeton, qu'il ne rentrera plus dans une salle de casino. Tout est bien, c'est l'extase.

Et ils se quittent... Elle lui donne de l'argent pour prendre le train, ils conviennent tous les deux qu'elle ira le voir sur le quai au moment du départ. Le jeune homme accepte cet argent et s'en va très gentiment.

**Madame C est de nouveau saisie par son désir de femme,
lorsqu'elle réalise que le jeune homme accepte trop facilement...
Elle veut partir avec lui mais manque le train**

A ce moment de son récit, madame C dit au narrateur : "A cette heure là, quand le jeune homme quitta la chambre et que je restai seule, j'eus la sensation d'un coup venant frapper mon coeur. Quelque chose m'avait fait un mal mortel, mais je ne savais pas (ou bien je refusais de savoir) de quelle manière l'attitude à l'instant si attendrissante et pourtant si respectueuse de mon protégé m'avait blessée si douloureusement . (...) Mais aujourd'hui je le sais clairement : ce qui alors me fit tant de mal, c'était la déception... la déception que ce jeune homme fût parti si docilement... sans aucune tentative pour me garder, pour rester auprès de moi... qu'il eût obéi humblement et respectueusement à ma première demande l'invitant à s'en aller... au lieu d'essayer de me tirer violemment à lui ... qu'il me vénérât uniquement comme une sainte apparue sur son chemin... et qu'il ... qu'il ne sentit pas que j'étais une femme".

Ce jeune homme accepte trop facilement de s'en aller. Cela provoque un retour du refoulé, de ce désir. "Tout de même il s'est passé des choses ; je suis, moi, quand même désirante!" Elle ne peut plus à ce moment, se cacher ce désir de femme. Lorsqu'elle retourne dans son hôtel, tout bascule, elle se dit : "Je vais le suivre, faire mes bagages". Elle rentre dans une espèce de frénésie, de hâte, elle se construit un scénario : "ça y est, je vais faire ma vie avec lui, je vais partir avec lui".

Et elle prépare ses bagages dans un tel état d'excitation que sa cousine qui vient à ce moment là la voir, la trouve, elle qui habituellement est si assagie, bizarre. Sa cousine lui dit de se calmer, de se coucher, qu'elle est malade. Madame C, brouillonne, prépare ses affaires en face de sa cousine qui parle, qui parle, qui l'empêche de partir, à laquelle elle ne sait comment dire qu'elle s'en va, un oeil rivé sur la pendule. Elle sait si mal comment faire, ou plutôt elle sait tellement comment faire pour que ce désir reste impossible, qu'elle n'arrive à dire qu'elle part, à sa cousine, que lorsqu'elle voit sur la pendule que l'heure est passée.

Lacan disait : "Le névrosé laisse passer son heure, l'heure de son acte". Et effectivement, lorsqu'elle arrive à la gare, le train est parti.

**Elle le retrouve au casino jouant l'argent destiné à le sauver ;
elle reçoit son argent en pleine figure ; c'est la honte**

Elle plonge alors dans une espèce de nostalgie. Elle se dit : "Je vais un peu retourner sur les lieux où j'ai rencontré cet homme hier soir". Elle retourne donc au casino pour essayer de faire un peu revivre son expérience de la veille. Mais inconsciemment elle sait très bien ce qu'il attend... :

"Ainsi je me rendis d'abord dans la salle de jeu, pour chercher la table où avait été sa place et pour y revoir, par l'imagination, parmi toutes ces mains, les siennes. (...) J'entrais donc et je traversai aussitôt la salle. Et là... lorsque, après avoir franchi la porte, mon regard se fut tourné sur cette foule bruyante... il se produisit quelque chose de singulier... Là, exactement à l'endroit que je m'étais représenté, là, il se trouvait assis (hallucination de la fièvre !)... lui-même, en personne.. Lui... lui... exactement tel que je venais de le voir en songe (...). Non, je ne rêvais pas, c'était bien lui. Il n'était pas parti, comme il l'avait juré ; l'insensé était resté: il avait porté ici, au tapis vert, l'argent que je lui avais donné pour rentrer chez lui".

Il n'est pas parti et il joue l'argent qu'elle lui a donné pour le sauver. Elle le voit, elle l'aborde, elle lui fait une scène. Lui est très embarrassé de cette femme qui ne cesse de crier alors qu'il est en train de gagner. Elle s'accroche à lui et il commence à tout perdre. Il l'accuse de le faire perdre. Cela fait un scandale. Hors de lui, le jeune homme lui lance son argent à la figure :

"Fichez moi la paix ! rugit-il, comme un tigre. Allez vous en ! Vous me portez malheur (...). Je ne suis pas sous votre tutelle... Voici, voici ... voici votre argent, et il me jeta quelques billets de cent francs... Mais maintenant laissez moi tranquille".

Avec cet argent jeté en pleine figure, madame C est de nouveau considérée comme un déchet. Et elle a honte, tout le monde la regarde, le croupier lui demande de sortir. Lorsqu'elle sort, elle croise sa cousine qui l'avait suivie, rencontre son regard. Et c'est la honte.

**Elle part, et pendant 40 ans referme le couvercle,
jusqu'à ce que la rencontre avec le narrateur
la confirme dans son désir de femme**

Elle part, laisse là le jeune homme. Puis elle retourne vivre quelque temps chez ses fils. Elle dit qu'elle a eu beaucoup de mal à oublier cet épisode de sa vie. Dix ans plus tard, au cours d'une cérémonie, elle rencontre quelqu'un qui avait connu ce jeune homme et qui l'informe du décès de celui-ci : il a fini par se suicider...

Madame C éprouve alors une espèce de soulagement :

"Cela ne me fit presque plus mal : peut être même (pourquoi nier son égoïsme), cela me fit il du bien, car ainsi disparaissait tout danger de le rencontrer encore : je n'avais plus contre moi d'autre témoin que mon propre souvenir".

Il n'y aura plus de témoin à sa folie. Plus personne ne viendra témoigner de son désir de femme, qu'à un moment donné de sa vie, elle a été désirante.

Les années passent jusqu'à ce qu'elle rencontre le narrateur dans cette pension de famille, jusqu'à ce que le comportement de ce narrateur qui ne juge pas l'autre dame qui peut partir et désirer, la confirme. Il a fallu 40 années pendant lesquelles madame C a mis le couvercle sur son désir de femme, pour qu'elle puisse en parler et être confirmée dans ce désir. Et cette vieille dame de 80 ans finit son histoire :

" Lorsque vous défendiez madame Henriette et que nous souteniez passionnément que vingt-quatre heures pouvaient changer complètement la vie d'une femme, je me sentis moi-même visée par ces paroles : je vous étais reconnaissante parce que, pour la première fois, je me sentais pour ainsi dire, confirmée, et j'ai alors pensé que peut-être en libérant mon âme par l'aveu, le lourd fardeau et l'éternelle obsession du passé disparaîtraient et que, il me serait peut être possible de revenir là-bas et de pénétrer dans la salle où j'ai rencontré ma destinée, sans avoir de haine ni pour lui, ni pour moi".

Ces 24 heures vécues avec cet homme, cette passion, elle appelle cela "ma destinée", comme si en toute une vie, elle ne s'était accordée d'être une femme que durant ces 24 heures là. Elle aurait pu rencontrer quelqu'un d'autre ensuite. Mais elle est restée enfermée dans cette culpabilité désirante.

Madame C met en acte un impossible de son désir de femme

Dans cette histoire, madame C a cherché inconsciemment un impossible car se faire une histoire d'amour avec un joueur, c'est tout de même voué à l'échec. Nous voyons dans ce récit, comment cette impossibilité est mise en acte chaque fois, aux différentes étapes de sa relation avec cet homme.

Dans un premier temps, elle barre son désir de femme. Elle commence à le sentir lorsqu'il l'accroche et la prend pour une cocotte. Après la nuit d'amour, elle le barre de nouveau en le sublimant dans un amour platonique destiné à le sauver. Lorsqu'il accepte trop facilement de partir et qu'il n'a plus de regard sur elle, elle bascule vraiment dans un désir de femme (un peu délirant d'ailleurs puisqu'elle ne sait pas s'il est d'accord, elle se bâtit un scénario).

Le mouvement de bascule de madame C entre le désir narcissique et le désir sexué

Au travers de cet exemple clinique de la littérature, nous voyons bien comment s'articulent là les deux dimensions du désir : celle qui est du côté narcissique, dimension d'un rapport au désir de la mère, et celle où le désir concerne la castration symbolique, l'indentité sexuée : se faire homme ou se faire femme.

Nous voyons bien ici la bascule entre ces deux désirs. Dans un premier temps, madame C est dans le désir de sauver, donc dans ce désir en miroir où elle voit chez le jeune homme un désir de mort qui fait écho à son propre désir de mort à elle. Elle veut sauver, c'est-à-dire réparer un manque qui a à voir avec le manque fondamental que l'enfant rencontre dans ce désir d'être au centre du désir de la mère. Ce qui est donc en jeu dans le désir de sauver, c'est ce registre du désir au niveau de cette première dimension que Freud et Lacan appellent la dimension narcissique. Il s'agit de réparer un manque fondamental. Et madame C, lorsqu'elle veut réparer le manque de l'autre, ce manque est en miroir le sien propre.

D'où d'un coup, dans un mouvement de bascule, il s'agit quand même d'un désir de femme et d'homme : il ne s'agit plus du tout de sauver, mais d'une relation érotique de nature différente, du côté de cette énigme de son propre désir comme sexué, et donc d'une rupture avec le champ du désir maternel.

Elle rompt avec ce champ du désir maternel qui est le champ de sauver, lequel implique le renoncement à l'amour, pour tomber dans le désir de femme réalisé dans la nuit d'amour.

Ensuite, le lendemain, elle élimine ce registre sexué comme si rien ne s'était passé, comme si la parenthèse est refermée, et elle retrouve le désir de sauver. Mais quand le jeune homme lui dit qu'il accepte de partir, elle bascule de nouveau dans le désir de femme jusqu'à ce qu'elle constate l'échec.



**Un analyste aurait pointé que
c'est parce que c'était impossible,
qu'elle s'était autorisée un désir de femme**

Si madame C était, sans attendre 40 ans, venue raconter son histoire à un analyste, histoire qui l'a bouleversée et déstabilisée, celui-ci lui aurait pointé que si elle a mis ainsi en jeu son désir de femme qui est de l'ordre de la castration symbolique et donc en rupture avec le registre de la mère, des choses convenables, elle n'était pas sans savoir qu'avec cet homme là, ce serait impossible. Cela est tout à fait de l'ordre de l'inconscient dans la névrose : madame C est sensible à une relation amoureuse, une rencontre, mais c'est justement parce que c'est impossible, qu'elle se l'autorise.

C'est cela que l'analyste doit pointer, non pas lui dire qu'elle a rêvé, qu'elle a été en dehors de la réalité car cet homme était plus jeune qu'elle etc..., mais que c'est justement parce que c'était impossible, qu'elle s'était autorisée à accéder à une vie de femme.

**C'est parce qu'elle se sent déchet qu'elle
est accrochée, au départ, dans son désir de femme.
Et c'est parce qu'elle se fait jeter en public qu'elle
se renferme dans une idée obsédante**

Ce qui accroche ce désir de femme, c'est le moment où le joueur la prend pour une cocotte, moment où elle est dans un statut de déchet, de quelqu'un qu'on méprise, d'objet de consommation. C'est ce qui est du côté de cet objet déchet qui concerne sa névrose et le désir de sa mère, qui tire alors son désir.

A partir de cet ancrage, elle bascule dans un désir de femme qui n'est plus du tout du côté du déchet. Ce qui lui a permis d'être introduite à ce désir de femme, est cette circonstance trouble où elle est prise pour une moins que rien, alors qu'elle a un désir pur de le sauver. Mais lorsqu'elle passe la nuit avec lui, elle se fiche de ce désir pur de le sauver, et elle n'est plus non plus dans le désir d'être un déchet. Ces deux désirs (de sauver, d'être un déchet) sont l'envers et l'endroit de la même médaille, c'est-à-dire dans ce même registre du désir qui n'aborde pas ce dont il est question dans la castration symbolique, c'est-à-dire l'énigme de son désir comme être sexué dans une véritable rencontre, d'un désir énigmatique qui est : "qu'est-ce qui m'attire chez lui ?"

Mais chez madame C, cette énigme est réduite par l'impossible qu'elle n'est pas sans savoir, du côté de cet homme là. Donc l'énigme... et la rencontre, s'arrêtent très vite. Ce qui l'a propulsée dans une rencontre énigmatique, vibrante, vivante, s'interrompt très vite, avorte.

Et cela fixe sa névrose puisqu'elle va rester sur l'idée obsédante de cette histoire dont elle a honte, dont après 40 ans elle se sentira libérée d'en parler à quelqu'un, alors qu'elle aurait pu se lancer dans d'autres rencontres. Elle est restée dans cette rumination de son histoire où elle avait vécu dans ce regard de l'impossible, où elle s'était exposée en public à faire une scène à un homme, scène de dépit amoureux, à un homme qui lui dit : "Vous me portez la guigne, je n'en ai plus rien à faire de vous, je vous rends votre argent que vous m'avez prêté pour me sauver et cassez vous, je ne veux plus vous voir!". Et elle s'était faite jeter car elle dérangeait tout le monde.

Elle vient d'aborder son désir de femme, et elle se retrouve déchet, jetée. Elle est ramenée au désir névrotique de l'obsessionnel qui est de se faire jeter. Cet objet déchet suscite la honte et est donc caché. Là, il se révèle au grand jour et dans le regard de sa cousine devant laquelle elle était auparavant une femme respectable. Sa cousine la voit se rabaisser, se faire jeter en public.

**Après une expérience désirante
par laquelle elle est chavirée,
elle est renvoyée par le joueur, à la privation**

Madame C va entretenir dans son obsession, la honte de ce moment là, et en même temps le souvenir de ce désir de femme qui avait émergé avec ce côté totalement énigmatique. En effet ce qui s'est passé avec son mari était dans le cadre d'une rencontre conforme, programmée, où aucune surprise, aucune énigme n'étaient probablement venues perturber la rencontre.

Avec ce joueur, elle fait une découverte par laquelle elle est bousculée, chavirée. Elle espère quand même que cet homme ne soit pas tout à fait insensible à ce qui a pu se passer. Mais lui, est totalement ailleurs. Elle ne fait que retrouver au bout du compte, ce que le Sujet aborde dans la privation, c'est-à-dire dans ce point où il n'a plus de place dans le désir de l'Autre.

Ainsi madame C pouvait prétendre avoir une place dans le désir du jeune homme, mais ce dernier est pris totalement dans un ailleurs, le jeu, ailleurs où elle n'existe plus; où elle tombe dans un trou, est nulle et nous advenue.

**Le désir de femme, de madame C
n'est pas dialectisé avec l'Autre :
il est soudain, bref, et nourrit la nostalgie, toute une vie**

Lorsque madame C est dans la chambre d'hôtel, vide de la présence de cet homme qui est parti, elle ne se pose pas la question : "est-ce qu'il va m'accepter?". Non, elle fait ses bagages. Cela coule de source. Elle ne peut mettre en jeu l'énigme du désir de l'Autre, et être dans un lien social avec l'Autre. Ce lien social impliquerait une dialectique, c'est-à-dire l'accord de l'Autre, quelque chose qui passe par la parole, qui passe par un échange de désirs.

Son désir à elle, est là et fait force de loi. Elle balaye complètement ce qui peut être du côté de l'Autre qui n'a rien à voir avec ce désir, qui est à côté, qui est un joueur pris par sa passion. Cet homme est ailleurs et n'est pas libre.

Madame C, elle, est libre : elle est veuve, riche, un peu désœuvrée et voyage. Elle est totalement disponible à une rencontre, à suivre quelqu'un qu'elle aurait pu se donner les moyens de choisir. Elle est disponible pour décider de choisir un homme qu'elle pourrait aimer et désirer.

Mais elle ne se pose pas la question de son choix. Lorsqu'elle aborde cette castration symbolique, cela émerge puis l'envahit soudain. Cela dure l'espace d'un instant dont elle aura le souvenir illuminé, toute sa vie. Elle reste ensuite sur cet émerveillement, et toute sa vie demeure sur cette nostalgie.

La nostalgie, en effet, est caractéristique de l'obsessionnel : entretenir un souvenir et ne pas vivre.



**Madame C met en acte
le fantasme obsessionnel à savoir
de se faire déchet, de se faire jeter,
ce qui est sensé provoquer l'intérêt de l'Autre**

Avec madame C, nous sommes donc en face d'une problématique de névrose obsessionnelle. Cette problématique se forge au moment de la privation, lorsque le Sujet (enfant) constate que la mère est prise dans un ailleurs dont il est totalement exclu. Cela provoque chez lui une angoisse et un sentiment de laissé tomber. Tout enfant va à ce moment là repérer des signes de ce qui intéresse l'Autre, du désir de l'Autre, pour tenter de récupérer l'intérêt de l'Autre.

Du côté de la névrose obsessionnelle, ce qui est repéré venant de l'Autre, c'est la demande concernant l'apprentissage de la propreté. Ce que la mère veut, c'est que son enfant soit, propre, et donc qu'il lui donne son caca. Il y a là quelque chose qui fait signe du désir de l'Autre, pour l'enfant. Ce caca devient par conséquent quelque chose d'extrêmement précieux car il est le signe de ce que la mère veut. Lorsque l'enfant confronté à la privation, se demande ce qu'il peut être pour l'Autre afin que ce dernier s'intéresse à lui, il trouve là une possibilité identificatoire.

C'est-à-dire : "ce que veut ma mère, c'est le caca. Je me fais donc ce caca qu'on jette". Pour l'enfant, se faire jeter, c'est se faire le caca qui est ce qui paraît intéresser cette mère.

Madame C met en acte cela : se faire déchet et se faire jeter. Lorsque cet homme la prend pour une cocotte, elle se fait déconsidérer, elle n'est pas sans savoir qu'à ce moment là il ne la prend pas du tout pour une femme qui veut le sauver : non, c'est une moins que rien qui veut le baiser, s'envoyer en l'air. Alors qu'elle n'est pas du tout là dedans, elle se laisse dévaloriser et inconsciemment choisit quelqu'un qui va se jeter sur elle en tant que femme. Pour cet homme là, ce ne sont pas les femmes qui comptent comme objet, c'est l'argent. Pour lui, la femme c'est bon mais comme un kleenex...

**Le Sujet obsessionnel a honte
du statut de déchet**

L'objet caca, déchet, est le premier objet qui est dans le champ du désir maternel. Ce repérage est de l'ordre du normal. L'essentiel, après, est de passer à autre chose, à des rencontres. Nous voyons que chez madame C, ce qui est ainsi de l'ordre du fantasme, nous pourrions dire, incestueux, est toujours agissant dans sa névrose. Or la castration symbolique, consiste à changer de registre, à passer à la rencontre avec un partenaire de l'autre sexe. Cela est problématique pour madame C, même si elle l'aborde...

Rappelez vous ce cas d'une analysante dont nous avons parlé lors d'un précédent cours. C'était une patiente atteinte de stérilité qui avait repéré que ce qui intéressait sa mère Corse (voir Psy Cause n°2 page 38), c'était ces corps décomposés, ces déchets enterrés, devant lesquels elles se recueillait au cimetière. Cette analysante rêvait qu'elle était enceinte de pourriture, de merde, de choses décomposées. Dans ses cauchemars pendant qu'elle était en analyse, elle rêvait qu'elle accouchait de cela. Elle découvrit en séance, que son fantasme était de "se faire cette terre ile" (stérile), c'est-à-dire cette terre ile, la Corse, ce qui était enterré dedans, des corps décomposés. Elle ne pouvait dans l'inconscient, qu'être enceinte de choses non vivantes, de déchets.

Madame C a honte de ce statut de déchet, parce qu'effectivement le Sujet sent bien qu'il s'agit par ce biais d'essayer de récupérer l'intérêt de la mère, de façon exclusive. Or si dans la névrose, le Sujet tente de récupérer cette position auprès de la mère, il n'est pas sans savoir que c'est voué à l'échec, que son manque est irréductible.

**Et madame C se sent coupable
d'avoir cru à son désir de femme,
ainsi que d'avoir cédé sur son désir**

La culpabilité concerne plutôt la castration symbolique. Lacan dit dans *Télévision*: "*Ce n'est pas du mal, dont on se sent coupable, c'est du bien*". C'est-à-dire que madame C se sent coupable de ce vers quoi elle doit accéder et qu'elle s'interdit : elle se sent coupable d'être une femme.

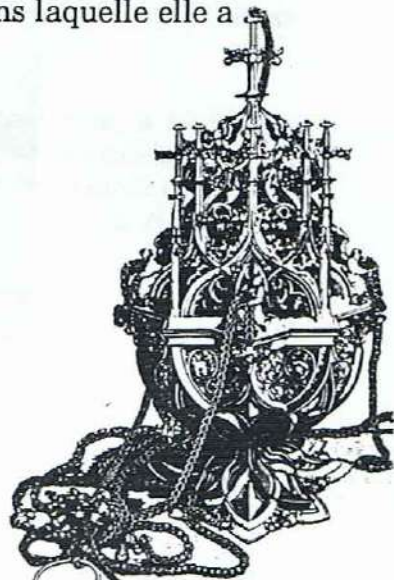
Elle a honte, nous l'avons dit, de ce statut de déchet. Elle sait inconsciemment que cette voie est vouée à l'échec. Elle entrevoit également dans l'inconscient, qu'elle pourrait assumer de sortir de cette jouissance auprès du désir de la mère, en se faisant une femme pour un homme (c'est la castration symbolique), assumer une rencontre et un choix de sa part, un choix réciproque, au prix d'un renoncement, et que cela est pour elle, du bien.

Mais sa culpabilité vis-à-vis de ce bien, fait qu'elle se débrouille pour que ce soit impossible. Et elle se sent aussi coupable de cet impossible. Avec le recul, lorsqu'elle retombe de son exaltation, de cette brève rencontre de 24 heures, elle se dit : "comment ai-je pu imaginer que cela aurait pu marcher, cela que je voyais très bien que c'était un jeune homme pris par le jeu". Dans l'après-coup, elle se rend compte que c'était irréalisable mais qu'elle y avait cru. Elle se sent alors coupable d'y avoir cru, d'avoir rêvé, d'avoir osé penser qu'elle puisse vivre une relation de femme. Mais plus que cela, elle se sent coupable de l'avoir rêvé dans un contexte d'impossibilité, de ne pas avoir eu le courage de maintenir son désir autrement que dans un impossible.

Vous voyez bien que d'une part elle a honte de ce statut de déchet, lorsqu'elle réalise à quel point elle s'est fait constituer comme déchet d'un bout à l'autre de l'histoire. Mais d'autre part, si elle se sent coupable de son désir de femme, elle se sent, en plus, coupable de n'avoir su le jouer que dans un truc totalement impossible. Cela est une faute à l'égard de son désir qu'elle a mal mis en jeu. Comme dit Lacan, "*on ne se sent coupable que d'avoir cédé sur son désir*".

C'est-à-dire qu'elle n'a pas su se maintenir au niveau de cette castration symbolique qu'elle a entrevue. Elle n'assume pas. Elle se réfugie dans une image narcissique de la veuve respectable, de la femme qui ne se commettrait jamais à se laisser aller à des aventures brèves. Et cette image là l'endort de 40 à 80 ans ! Elle se réveille un peu lorsqu'elle peut enfin faire le récit de cette histoire dans laquelle elle a vibré un peu, entrevu autre chose.

A suivre.....



PSY - CAUSE III

RUBRIQUES

COURRIER DES LECTEURS

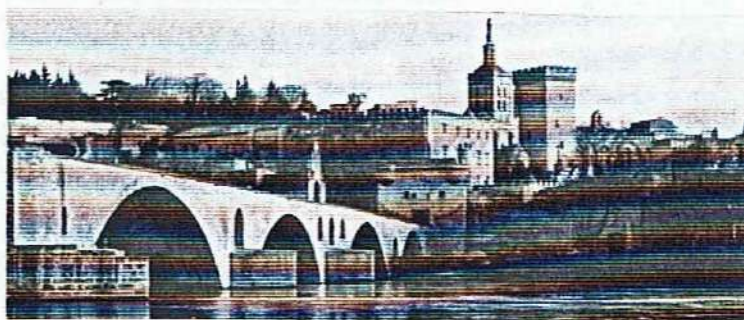
Avignon, le 26 avril 1996

C'est en effectuant mon stage au CMPP d'Avignon, en tant que psychologue stagiaire, que j'ai trouvé votre revue trimestrielle "Psy-Cause". Je m'y suis tout particulièrement intéressée car je travaille, en vue de mon entrée en DESS, sur la dimension culturelle en psychologie clinique.

Vous trouverez ci-joint ma demande d'abonnement à cette revue de proximité. Je vous remercie d'avoir pris une telle initiative.

Catherine TSANIS

Réponse de la rédaction : Nous avons été très sensibles à votre courrier car il est une illustration de notre projet en créant une revue de proximité : être au service d'un public pluridisciplinaire et sur les divers lieux de travail. Que le CMPP d'Avignon, qui est au nombre de nos abonnés, propose ainsi Psy-Cause, nous montre que nous sommes sur la bonne voie. Merci de nous apporter votre encouragement.



ACTUALITE SCIENTIFIQUE LOCALE

Jean-Paul BOSSUAT

Médecin Chef de Service ⁽¹⁾

Secteur Chateaufrenard, Saint Rémy de Provence

Cette rubrique regroupe les diverses informations recueillies sur les lieux ou communiquées par des participants à ces manifestations. Elle ne se prétend pas exhaustive, elle tiendra d'autant plus compte de la diversité des événements scientifiques que nos lecteurs en informeront la revue. Par ailleurs, la constitution en cours d'un réseau de rédacteurs et de correspondants sur les Hôpitaux de Digne et d'Uzès, et sur d'autres institutions, va en élargir le champ.

A compter du Numéro de la rentrée, l'APIST (Association de Prévention et d'Information sur le SIDA et les Toxicomanes), prendra en charge une rubrique donnant un écho des conférences et formations que cette association assure dans le Vaucluse auprès des acteurs ayant en charge des toxicomanes, dans le cadre de la mission de "réseau Ville-Hôpital" qui lui a été confiée par l'état. Les conférences de ce trimestre seront donc évoquées dans le numéro 5 de Psy-Cause.

Montperrin, le 23 mars 1996 : Ce qui s'enseigne

Cette conférence de Colette SOLER, réalisée au Centre Hospitalier de Montperrin à l'initiative de l'Association de la Cause Freudienne Aix-Marseille, traite d'une question qui fut l'objet de bien des débats auprès de Jacques Lacan, et à présent chez ses élèves. Jacques Lacan aimait à dire qu'il existe trois impossibles : éduquer, enseigner et gouverner. Enseigner, en psychanalyse qui met à l'ouvrage l'inconscient, est doublement problématique.

Est-ce que l'on peut enseigner la psychanalyse? Y-a-t-il un savoir sur la psychanalyse qui puisse se transmettre? Certes on peut parler sur la psychanalyse, mais peut-on enseigner de façon magistrale un savoir sur l'inconscient. L'expérience personnelle de la cure est celle de l'inconscient qui nous enseigne ce qui était déjà là en nous et que nous ne connaissions pas.

Cependant un enseignement théorique sur le modèle de la science, a sa place. L'enseignement a à fournir les outils nécessaires à chacun pour s'enseigner. La psychanalyse ne se transmet pas comme une science, et pourtant des psychanalystes essaient de transmettre quelque chose : chacun le fait à ses risques et aux risques de quelques autres, comme le disait J.A. Miller.

(1) Secteur 27, Centre Hospitalier, 84143 Montfavet Cedex, 90.03.92.76



L'A.C.F. choisit comme illustration, le scribe enseigné par Thot. Thot, dans l'Egypte ancienne, était le dieu du savoir qui s'écrit, mais aussi celui qui vérifie la pesée du coeur lors du jugement du mort, qui reconstitue l'oeil d'Horus brisé par Seth, en rajoutant la partie manquante... Ce qui s'enseigne de Thot passe par les mots constitués de hiéroglyphes divins capables d'agir par eux-mêmes sur le destin des hommes.

Montfavet, le 29 Mars 1996 : Etre ou ne pas être Thérapeute.

Cette huitième journée d'étude de l'association de thérapie systémique CLEFS (Collectif de Liaison et d'Echanges sur les Familles et les Systèmes), est consacrée à la place occupée par celui qui a vocation d'être le thérapeute, dans un système. Animée par Michel GOUIRAN, psychiatre systémicien et chef de service au CHRU de La Timone à Marseille, cette journée de travail rassemble sur l'estrade, par ailleurs, Jourdain TEPPE psychiatre d'exercice libéral à Marseille, Joëlle ARDUIN et Didier BOURGEOIS, praticiens Hospitaliers à Montfavet, Philippe SABARY éducateur et thérapeute systémicien en AEMO et Consultations dans le Vaucluse.

L'ensemble de la salle étant considéré comme un système, la matinée s'est déroulée sur un mode dynamique, les participants amenant des solutions face à des situations cliniques proposées, reprises et analysées ensuite sur l'estrade. Michel GOUIRAN et Philippe SABARY se livrent à un jeu de rôles, l'un faisant le patient, l'autre le thérapeute.

Le but de la manipulation est de faire percevoir concrètement la question du cadre culturel dans lequel soignant et soigné se piègent et/ou se font piéger. Michel GOUIRAN énonce alors : *"La culture est ce qui est évident, elle est transparente. Or la transparence est quelque chose qui ne se voit pas. Si nous voulons sortir de notre culture, nous ne devons pas garder la tête dans les nuages, mais avoir les pieds sur terre"*. La culture, c'est ce qui est admis comme une évidence sur ce qu'est sensé faire le médecin, le malade etc...

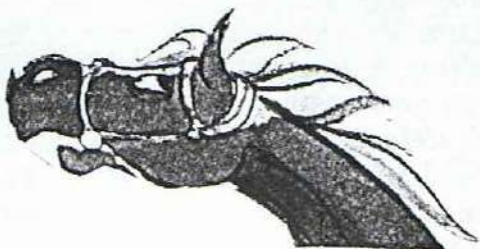
Michel GOUIRAN donne l'exemple d'un patient admis en Hospitalisation d'Office dans son service, auquel il expose ainsi la situation : *"Monsieur, vous êtes ici contre votre gré à la demande du préfet. Moi même, je suis obligé d'effectuer une observation pour faire savoir si cette hospitalisation sous contrainte est justifiée ou non. Je ne suis pas là pour soigner mais par contre tout détail sur votre comportement sera noté soigneusement par le personnel infirmier car il peut avoir son importance. Il va de soi que vous devrez rester enfermé et que l'on vous fera une injection si vous êtes trop angoissé. Vous aurez toute latitude, selon vos droits, d'écrire à Monsieur le Procureur de la République et de saisir la commission de suivi des hospitalisations. Lorsque l'observation sera terminée, nous nous rencontrerons pour en faire le bilan."*

C'est se situer en dehors de notre culture, que de faire apparaître le médecin comme uniquement administratif. Mais c'est justement en ne se définissant pas comme thérapeute, que cela permet à ce cadre de devenir thérapeutique.

Wiener, le père de l'informatique, disait que *"l'univers est fait de myriades de messages à toute fin utile"*. Mais nous passons notre temps à éliminer des messages en rapportant une partie de ceux-ci, à des grandes catégories. Au lieu que ce soit nous qui opérons des restrictions, nous allons calculer la restriction que risque d'utiliser l'autre. C'est par exemple dire à un paranoïaque : *"Je vous demande de bien me contrôler car je ne suis pas certain de ne pas vous faire de mal"*.

Le thérapeute systémicien joue sur la superposition des cadres mais joue le premier. Ce n'est pas la même chose d'entendre dire que le petit frère est dix fois pire que le grand frère pour lequel on a fait appel au psy, que de prendre l'initiative de dire que le risque le plus important dans la fratrie est pour le sujet supposé sain.

Pour illustrer cette exigence fondamentale, Michel GOUIRAN nous conte la fable de l'âne : *"Un paysan n'arrivait pas à obliger son âne récalcitrant à traverser un pont. Il demande conseil à un sage qui lui dit : "prend une tige de roseau et bourre la de piment rouge. Tu mets ton âne dans la direction du pont, tu lui enfonces la tige dans l'anus et tu souffles. Il traversera le pont d'une traite et le fera désormais sans problème". Quelques temps plus tard, le sage croise le paysan qui fait grise mine et avoue que son âne reste indiscipliné - "Ca ne marche pas ?", demande le sage - "Non car mon âne a soufflé le premier (par un pet)", répond le paysan. Moralité, il faut toujours souffler le premier."*



Montfavet, le 3 Avril 1996 : François, Fred et les autres.

En 1985, François GRISONI avait créé le Ventouzero en regroupant des patients atteints en majorité de Psychose Infantile Vieillie, dont il avait "hérité" lors de la création du service en 1975. Il a réalisé un film intitulé "les innommables", primé au festival de Lorquin en 1987. "François, Fred et les autres", marque une nouvelle donne puisque désormais ils ont un prénom et une histoire même si elle est exclusivement hospitalière. Tourné au premier semestre 1995, ce film vidéo, fixe l'aboutissement d'une étape correspondant à l'après GRISONI, sous l'impulsion de Michèle ANICET depuis 1992. Il est aussi un arrêt sur image témoignant d'une expérience acquise par des soignants.

Ce document pose quelques jalons sur la prise en charge des PIV : création de repères dans l'espace et dans le temps, dissociation lieu de vie et lieu de soins, articulation d'un dedans et d'un dehors. S'il y a peu de volontaires au départ pour travailler avec ces patients, les infirmiers restent et il se crée des liens affectifs. C'est cette émotion que le film a bien su faire passer.

Avril 1996 : Le guide des innovations

Cet ouvrage est cosigné par Gérard MASSE au titre de la mission nationale d'appui en santé mentale, et par Gérard MOSNIER, directeur du Centre Hospitalier de Montfavet, au titre de l'association des directeurs d'établissements gérant des secteurs de santé mentale. Il est le fruit de l'étude de 164 dossiers transmis par les chefs de secteur et les CME, par un groupe de travail constitué de 15 professionnels (parmi lesquels, dans l'aire géographique de Psy-Cause : Geneviève BADOC psychologue au CH Montfavet, François LATIL infirmier général au CH de Montperrin et Gérard MOSNIER).

Ce groupe de travail a sélectionné une cinquantaine d'initiatives innovantes publiées dans ce recueil. Douze d'entre elles sont localisées dans l'aire géographique de Psy-Cause et concernent deux établissements, les CH de Montfavet et de Montperrin. Nous donnons ci-dessous un condensé des fiches techniques de ces projets.

A - Au Centre Hospitalier de Montfavet :

1 - L'unité d'accueil "Les Milandes". Le descriptif correspond à la situation de cette unité début 1995. En effet, le redécoupage sectoriel a entraîné une nouvelle donne puisque, créée en Mars 1992 à l'initiative de deux secteurs, elle devient en Septembre 1995 monosectorielle et que la restructuration en cours du nouveau secteur 6 est susceptible de produire d'importantes modifications.

Lorsque le projet thérapeutique des Milandes avait présenté sa candidature, cette structure, sous l'impulsion de René PANDELON chef de service, de Marie-France FRUTOSO praticien hospitalier et d'Evelyne THIERRY surveillante, accueillait en intrahospitalier *"des personnes pour lesquelles un temps d'évaluation de la demande de soins est nécessaire avant orientation, l'orientation étant entendue dans un sens large pouvant inclure ou non l'hospitalisation"*.

"Les locaux sont constitués d'une vaste pièce claire, accueillante, servant de bureau, de salon et de lieu de réunion, d'une cuisine, de deux chambres à un lit et de locaux sanitaires". Les moyens en personnel comprennent : *"une présence permanente d'un infirmier avec possibilité de détachement d'un deuxième infirmier en cas de besoin, une présence médicale par le médecin d'astreinte de jour, un temps de service social pour répondre à toute demande, un temps de secrétariat pour l'établissement des courriers rapides de liaison en cas d'orientation"*.

2 - L'unité d'accueil des urgences psychiatriques (UAUP) du Centre Hospitalier d'Avignon. Elle est l'émanation des 3 secteurs Avignonnais (3, 4 et 5) et concerne également depuis le redécoupage sectoriel, le secteur 27 des Bouches du Rhône situé entre Alpilles et Durance (comme noté dans l'ouvrage). Sous l'impulsion de Béatrice SEGALAS et d'Henri BERNARD, chefs de secteur, ainsi que de madame ORAISON surveillante, l'UAUP, située dans l'Hôpital Général d'Avignon, assure *"l'accueil des urgences psychiatriques, une écoute et des soins immédiats pour des patients en crise. Elle permet une meilleure évaluation et orientation thérapeutique, aménage des relais avec les secteurs et les praticiens généraux. Elle assure une psychiatrie de liaison par une consultation mobile dans l'hôpital"*.

L'équipe psychiatrique est mise à la disposition du CH d'Avignon, par le CH de Montfavet dans le cadre d'une convention inter-établissements *"où elle agit en autonomie par rapport au service d'urgence comme un prestataire de service"*. Créée en 1991, disposant actuellement de deux bureaux et d'un secrétariat, cette antenne assure une permanence de 8 h à 20 h avec deux psychiatres, 6 infirmiers, du temps de secrétaire et de psychologue.

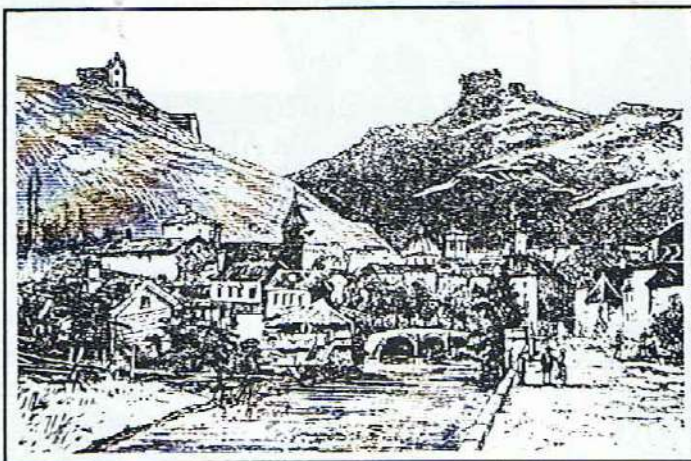
3 - Le centre de soins Anaïs Nin à Apt. Ouvert en 1994 dans des locaux spécifiques, il comporte depuis 1995 un centre d'intervention à l'Hôpital Général d'Apt. Ce centre de soins comprend en effet *"trois structures distinctes correspondant à trois missions différentes dans des lieux distincts :*

** un centre d'accueil psychothérapique qui fonctionne tous les jours de 8h à 20h dans une villa acquise par l'hôpital ;*

** un centre d'intervention et de crise installé dans les services de médecine du Centre Hospitalier d'Apt comportant quelques lits avec une présence infirmière et médicale psychiatrique. Ce centre assure une prise en charge intensive, continue et généralement de courte durée ;*

** un CMP assurant les consultations et interventions spécialisées nécessaires à la préventions et aux soins en ambulatoire.*

C'est une seule équipe composée de 9 infirmiers, d'une surveillante et de 2 médecins, qui assure chaque jour, le fonctionnement de l'ensemble de ces structures de soins et qui en a la charge".



Apt

4 - L'espace Intersectoriel de Créations Artistiques. Cet espace qui concerne les patients des divers secteurs, est sous la responsabilité de René PANDELON et relève du secteur 6. Il regroupe au sein de l'Hôpital : un atelier d'art plastique (atelier Marie Laurencin) animé par trois infirmiers avec la participation de deux artistes, 5 demi-journées par semaine ; l'atelier de l'Autre Scène dirigé par un metteur en scène infirmier, avec la participation pour une à quatre demi-journées chacun, de plusieurs infirmiers, orthophonistes, esthéticiennes, etc... , venant de différents secteurs ; un atelier écriture ("Papier de soi") animé par un médecin vacataire et trois infirmières, à raison d'une journée chacune ; un atelier de chant choral ("Il était une voix") animé par une psychologue et une musicothérapeute, avec l'aide d'un maître de chant extérieur à l'hôpital.

5 - Le Centre de jour Guillaume Broutet. Cet hôpital de jour en alcoologie a été créé en Novembre 1992 par Yves TYRODE pour l'accueil de patients relevant du Grand Avignon. Sous la responsabilité d'Annie COTTALORDA-EYNAUD, praticien hospitalier, il est situé en ville dans un immeuble de trois étages. Ouvert en journée du lundi au vendredi, il fonctionne avec une équipe pluridisciplinaire comprenant 1 psychiatre, 1/2 psychologue, 3 infirmiers, 1 psychomotricienne relaxologue, 1/2 secrétaire, des vacations d'acupuncteur, de musicothérapeute, de médecin généraliste.

6 - L'unité de traitement des troubles relationnels mère-enfant. Au sein du service d'Edmond REYNAUD, cette unité d'hospitalisation mère-enfant permet *"la prise en charge multidisciplinaire précoce des troubles relationnels graves mère-bébé, la prévention des troubles de la personnalité chez l'enfant par traitement des interactions, le soin aux mères présentant des troubles psychiatriques graves dans le post partum"*.

Implantée dans le CH de Montfavet, l'unité permet l'accueil de 2 "mère-bébé" en hospitalisation temps plein, de 3 "mère-bébé" en hospitalisation de jour.

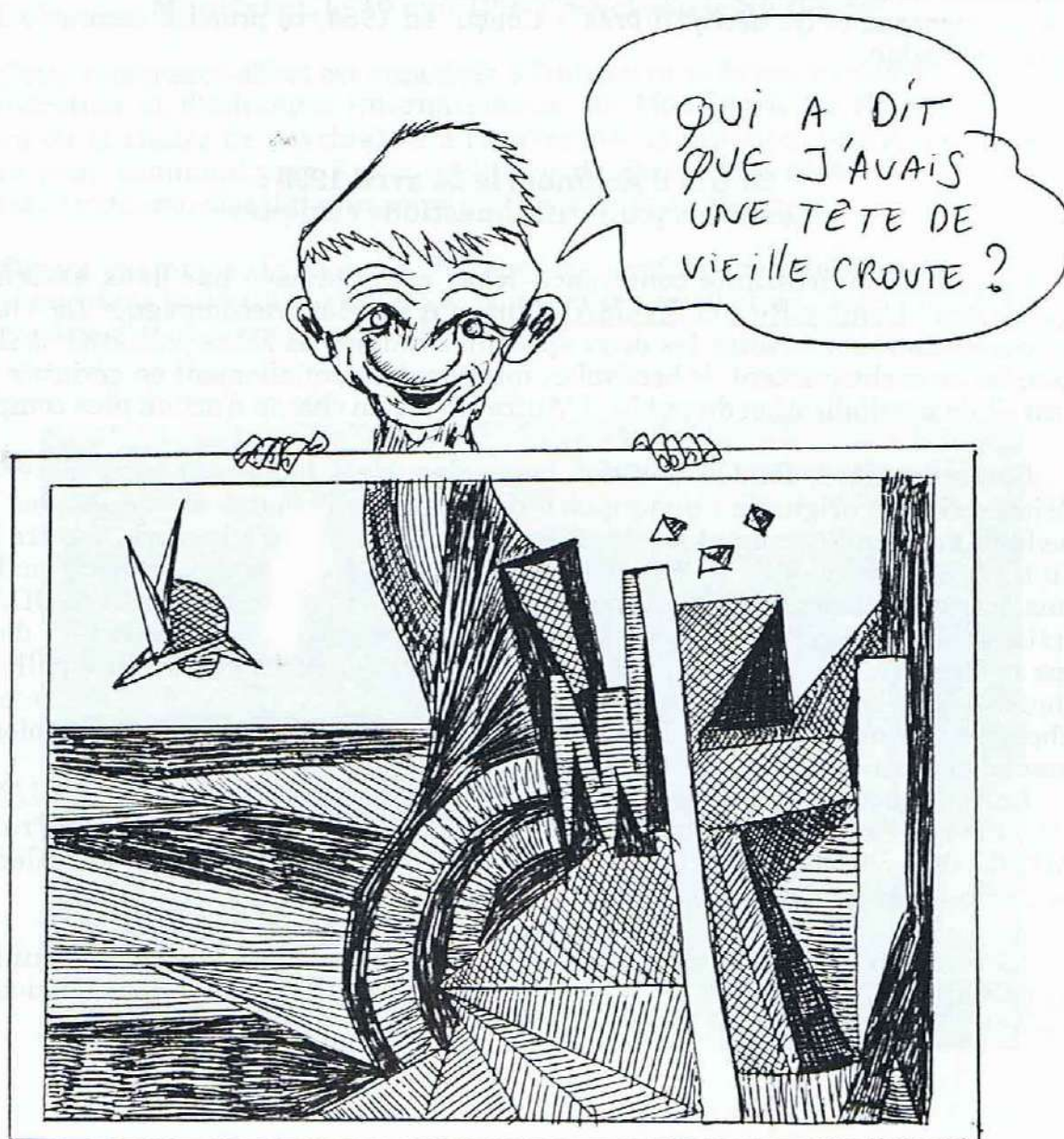
B - Au Centre Hospitalier de Montperrin :

1 - Fédération d'unités fonctionnelles et intersectorialité. Le CH de Montperrin bénéficie d'une mention particulière pour son innovation dans ce domaine, par sa mise en place d'une fédération d'unités fonctionnelles, dans laquelle le coordinateur médical change tous les 3 ans.

2 - Le comité SIDA. Créé à l'initiative de Nicole HORASSIUS-JARRIE, chef de service, ce comité placé sous la responsabilité de François ARNAUD psychiatre du secteur 16 des Bouches du Rhône, concerne les secteurs 16, 17, 18, 21 de psychiatrie adulte, et 6 de pédopsychiatrie. Il s'agit d'une *"structure transsectorielle et pluridisciplinaire qui assure une action constante à travers la présence de ses membres aux diverses réunions des unités fonctionnelles et des conseils de service. Les moyens actuels sont pris dans les différents services. Le comité comprend 50 membres avec une présence régulière d'une dizaine de membres aux réunions mensuelles"*. Il associe les médecins et les équipes à un travail de réflexion prenant en compte le rôle de la psychiatrie dans l'accompagnement des patients infectés par le VIH.

3 - L'intersecteur de psychotiques profondément déficitaires adultes. Cette unité expérimentale sur le plan de l'intersectorialité depuis 1994 concerne ces patients que François GRISONI appelait les "Innommables", que l'on appelle "PIV" à Montfavet et "PPDA" à Montperrin. Cette unité expérimentale sur le plan de l'intersectorialité depuis 1994, mise à disposition par le secteur 18, placée sous la responsabilité de Béatrice STAMBUL, praticien hospitalier, comprend de l'hospitalisation plein temps et de l'hospitalisation de jour. Les soins sont redéfinis et adaptés pour chaque cas. Une complémentarité avec le médico-social est recherchée. L'équipe comprend des infirmiers, des aides soignants et des psychomotriciens.

4 - Le lieu d'arts contemporains en milieu psychiatrique. L'objectif de ce lieu est de "tendre des ponts entre santé et culture, création artistique et folie". Au sein de l'hôpital, il accueille des artistes résidents en leur offrant des espaces de travail et d'expression en contrepartie de la prise en charge d'ateliers ouverts à des patients hospitalisés ou non. Il s'agit d'un ancien pavillon hospitalier transformé avec une salle d'exposition, une salle de spectacle de 93 places, des ateliers d'artistes. Ouvert en 1992, il est encadré par deux infirmiers.



5 - Le centre de thérapies. Il est situé en ville à Aix, dans les locaux d'un CMP du secteur 17. Il "propose à un large public, tous les secteurs confondus, des thérapies telles que : analyse transactionnelle, analyse bioénergétique, thérapies familiales psychanalytiques, psychodrame analytique. Les pathologies rencontrées sont majoritairement névrotiques. La prise en charge se fait sur indication médicale ou sur contrôle a posteriori s'il y a eu demande directe du patient auprès d'un infirmier". Ce projet réalisé fin 1988 dans le cadre de ce CMP du secteur 17, est sous la responsabilité du psychiatre Jean MAVIEL.

6 - Foyer de vie, L'orée du jour. Ouvert en Décembre 1994, ce foyer a été construit sur un terrain mis à disposition par le Centre Hospitalier de Montperrin, à l'association Espoir Provence (affiliée à l'UNAFAM). "Il s'agit d'un partenariat avec le milieu associatif pour la coordination médicale au foyer assurée par un psychiatre du Centre Hospitalier de Montperrin (Marie-Thérèse LORIAN). Ce partenariat concerne également le traitement du linge et la restauration". Sa capacité est de 40 lits avec des chambres de bon niveau hôtelier, implantées en milieu urbain.

Il accepte des malades mentaux adultes de moins de 50 ans stabilisés, essentiellement des schizophrènes. Sont refusés "les alcooliques, les toxicomanes, les déficients mentaux et les déséquilibrés". Conçu en 1984, ce projet a demandé 10 ans pour sa réalisation.

Mairie d'Avignon, le 24 avril 1996 : Les soins palliatifs, questions éthiques

Cette très intéressante conférence-débat est organisée par deux associations Avignonaises : L'Autre Rive et JALMAV (Jusqu'à La Mort Accompanyer La Vie). Ces deux associations sont toutes les deux spécialisées dans les soins palliatifs. JALMAV est constituée exclusivement de bénévoles, intervient essentiellement en gériatrie et fait un travail de sensibilisation du public. L'Autre Rive a un champ d'action plus complet.

Cette dernière, fondée par des bénévoles, s'est beaucoup intéressée à une expérience Suisse originale : une maison décentrée de l'hôpital avec quelques lits et accueillant des familles venant accompagner leur parent jusqu'à la mort. L'Autre Rive a voulu transposer ce modèle à Avignon mais le cadre administratif Français ne l'a pas permis. Par contre cette mobilisation a débouché sur une convention avec la DDASS et l'Hôpital de la Durance permettant de financer une équipe mobile constituée d'un mi-temps médical (Mireille PERINEAU qui avait une expérience des soins palliatifs à Toulouse), d'un médecin vacataire, d'un temps plein infirmier et de temps de psychologue. L'Autre Rive de ce fait est mixte car constituée à la fois de bénévoles et de soignants, et fonctionne ainsi depuis 3 ans.

Le bureau de L'Autre Rive est présidé par un bénévole, Marcel WELTMAN-ARON, avec pour vice-présidente Béatrice SEGALAS et pour secrétaire Françoise PRADEL, bénévole chargée de la formation des bénévoles (et qui participe également à l'enseignement de l'IFSI de Montfavet).

La conférencière, ce 24 avril, est Monique TAVERNIER, un médecin pionnier des soins palliatifs en France, auteur d'un ouvrage sur ce thème dans la collection "Que sais-je?".

La prise en charge des malades qui ne peuvent guérir est une navigation entre deux extrêmes : l'euthanasie et l'acharnement thérapeutique, entre ne pas ralentir la progression de la maladie et prolonger la vie de façon artificielle par des chimiothérapies très agressives. Il faut "*être en vérité*", accompagner le patient en fonction de son envie de se battre. Ainsi un malade qui demande l'euthanasie doit être écouté. Celui-ci a besoin de parler et ne sait plus où il en est. Il est très rare qu'ensuite la demande d'euthanasie subsiste.

De même se pose la question de dire la vérité au malade. La première règle est de ne jamais mentir, ne pas lui dire qu'il va guérir alors que c'est faux. Par contre ce que l'on peut dire de vérité, est à moduler en fonction de ce qu'il peut entendre à un moment donné. La seconde règle est de respecter son cheminement.

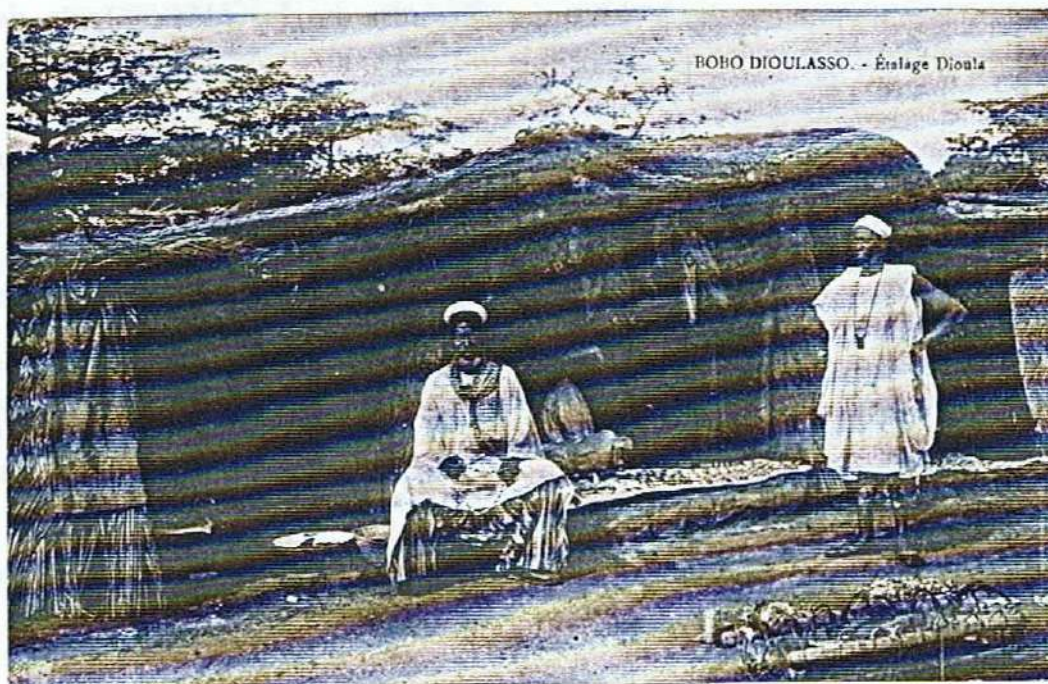
Les deux associations disposent d'une permanence téléphonique :

- L'Autre Rive : 90.82.51.03
- JALMALV : 90.27.39.75

Montfavet, le 10 mai 1996 : psychiatrie au Bénin

Cette conférence-débat est organisée à l'initiative de la toute nouvelle association de coopération et d'échanges internationaux, de Montfavet. Le Professeur AHYI, titulaire de la chaire de psychiatrie à l'université de Cotonou, utilise son talent de conteur pour communiquer à son auditoire de façon très concrète, la place des médecines traditionnelles dans les soins psychiatriques au Bénin.

Divers exemples d'action de thérapeutes traditionnels intervenant de façon surprenante dans le destin des hommes, nous ont fait toucher du doigt, "de l'intérieur", toute la magie d'un univers culturel Africain.



**Montfavet, les 23 et 24 mai 1996 :
L'Accueil Familial Thérapeutique**

Ces deuxièmes rencontres des équipes d'Accueil Familial Thérapeutique (AFT) regroupent des participants venant du grand Sud-Est, de Toulouse à Aix en Provence. René PANDELON, Chef de service du secteur 6 du Vaucluse, introduit le débat en rappelant les conclusions des premières journées de mars 1994 : *"La clinique de l'AFT est une clinique de la rencontre, de l'entre d'eux, entre le patient et la famille d'accueil, mais aussi entre une famille dite naïve et une équipe dite sachante"*.

B. GUITTER, psychologue à Béziers, psychanalyste, situe le symptôme comme quelque chose qui arrive avec une rencontre, comme conséquence d'un désir que l'on veut cacher, ce que l'on échoue à faire car l'autre est là. *"Il ne faut pas oublier en accueil que le symptôme est la victoire de l'altérité et de l'amour"*. Il s'agit là plus particulièrement de la problématique du névrosé. Différente est celle du psychotique qui *"est assigné dans une famille dans laquelle il a une position de bouc émissaire. Mais il préfère y rester plutôt que d'être seul et démun"*.

Jean-Claude CERULA, psychologue directeur de l'IFREP (institut de formation dans l'accueil familial), précise que *"la famille d'accueil reçoit avec sa propre théorie qui lui permet de penser les pensées du patient, pour éviter l'exclusion, comme on pense la vie familiale"*.

Baba FALL, Médecin Assistant dans le secteur 6, anime l'un des ateliers, dont le projet est de théoriser des expériences sur le terrain. Alain MOMESSO infirmier responsable jusqu'en janvier 1996 de l'AFT du secteur 6, résume les cinq dernières années de l'U.F. Au départ le terme utilisé était celui de "placement", ce n'est qu'ultérieurement que l'on a parlé d'AFT. Les chiffres statistiques mettent évidence une première phase d'augmentation parallèle de la file active et du nombre de journées en famille d'accueil. Une seconde phase présente une décroissance du nombre de journées alors que la file active poursuit sa croissance. La mise en place des contrats, de séjours pour une durée limitée, ou de séjours à temps partiel, explique cette évolution. Il ne s'agit plus de "placements" mais de "projets". L'AFT n'est plus un but mais un moyen.

Un intervenant, de l'équipe de l'AFT intersectoriel de Montperrin, explique sa pratique des contrats : la durée de l'AFT est révisée tous les ans. Le projet thérapeutique n'est jamais à long terme. Cette durée est définie dans ce projet qui est signé par trois partenaires : le patient, la famille d'accueil, le médecin référent de l'équipe. La fin du contrat ne signifie pas la fin de l'AFT, elle est l'occasion d'un bilan qui peut déboucher sur un nouveau contrat.

Le débat a alors porté sur la fonction thérapeutique de la famille d'accueil *"cadre de soins ailleurs qu'à l'hôpital"*. En fournissant un cadre dans lequel le patient a sa place, est aimé, il y a un effet thérapeutique, mais la famille d'accueil n'est pas en position de psychothérapeute et ne doit pas être considérée comme tel. La famille d'accueil est partenaire du soin sans être soignante.

En conclusion de ces journées, l'accent a été mis sur l'intérêt de développer l'AFT intersectoriel.

Aix en Provence, le 1^{er} juin 1996 :
Trouvailles et style à partir de l'expérience analytique

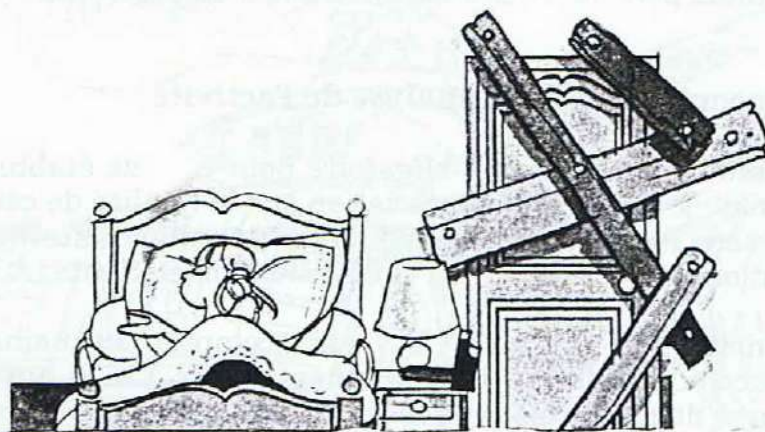
Ce deuxième colloque de l'Association de la Cause Freudienne (ACF) Aix-Marseille, s'interroge sur la trouvaille. Il s'agit d'une manifestation de l'inconscient qui conduit l'analysant à en tirer des conséquences dans sa vie : "*Appelons trouvailles, non pas ce qui heurte le moi en le dérangeant, mais ce dont le sujet a à tirer des conséquences - pour sa vie, ses choix de désir, d'amour... Une trouvaille, c'est une surprise de l'inconscient dont l'analysant fera, par un acte, quelque chose*".

Le style est une manière d'être qui s'inscrit dans la durée. Il est en rapport avec l'objet cause du désir, lorsque le sujet s'éclipse. Lacan déclarait en 1966 dans Les Ecrits : "C'est l'objet qui répond à la question du style".

Les travaux de ce colloque ont articulé ces questions de la trouvaille et du style : "*La trouvaille sans le style, laisse les conséquences en suspens. Le style sans trouvailles, n'est-il pas une simple boursouffure du moi?*". La réflexion s'appuie tant sur la clinique que sur des productions de créateurs.

Palais des Papes, Avignon, le 11 juin 1996 :
Evaluer les Thioxanthènes

Le laboratoire LUNDBECK organise au Palais des Papes une rencontre d'information et d'échanges pour promouvoir une nouvelle grille d'évaluation de la prescription des Thioxanthènes, c'est-à-dire d'une famille de neuroleptiques tels que le CLOPIXOL. Cet outil de travail devrait permettre d'affiner les posologies et les modalités de prescription, en fonction d'une meilleure perception des effets.



SOCIETE LES ORDONNANCES

Jean-Michel GAGLIONE
Praticien Hospitalier
Secteur Bollène, Vaison, Valréas⁽¹⁾

Le Conseil des Ministres a adopté le 24 avril 1996 trois ordonnances sur la réforme de la Sécurité Sociale. Outre la régulation des dépenses de ville, la gestion des caisses, le texte qui retiendra ici notre attention concerne la réforme hospitalière.

L'ordonnance du 24 avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, est constituée de neuf titres :

1 - Le droit des malades :

Les établissements doivent évaluer la qualité de l'accueil et des soins des patients. Un livret d'accueil comprenant la charte du patient hospitalisé doit être remis à chaque patient. Une commission de conciliation est instituée dans chaque établissement pour assister et orienter toute personne s'estimant victime d'un préjudice.

2 - L'évaluation, l'accréditation et l'analyse de l'activité :

La procédure d'accréditation qui sera obligatoire pour chaque établissement dans un délai de 5 ans, consiste à porter une appréciation sur la qualité de cet établissement. Cette appréciation sera l'oeuvre d'un nouvel organisme ayant statut d'établissement public : l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (A.N.A.E.S.).

Le Conseil d'Administration de l'A.N.A.E.S. sera composé au moins pour moitié de médecins. Outre l'accréditation des établissements, l'A.N.A.E.S. aura le rôle notable d'évaluer et d'élaborer de nouvelles références médicales dans le domaine des soins (à l'exception des médicaments qui sont du ressort de l'Agence du Médicament).

3 - Les contrats d'objectifs et de moyens :

Chaque établissement de santé public ou privé devra conclure des contrats avec l'agence régionale. Ceux-ci déterminent les orientations stratégiques de l'établissement mises en oeuvre dans le cadre du projet médical et du projet d'établissement. L'absence de contractualisation pourra faire l'objet de sanctions budgétaires.

⁽¹⁾ Secteur 7 du Vaucluse, Centre Hospitalier 84143 Montfavet, Tél 90.03.92.01

A l'intérieur d'un établissement, les équipes médicales et paramédicales peuvent proposer la création de centres de responsabilité au Directeur qui doit motiver sa décision après avis de la CME et du CTE.

4 - Les agences régionales de l'hospitalisation

Créées au plus tard en juin 1997, sous le statut de Groupement Economique, elles comprennent un Directeur et une Commission Exécutive constituée de représentants de l'Etat et de la Sécurité Sociale. Le Directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, nommé en Conseil des Ministres, possédera des compétences importantes : arrêter la carte sanitaire et le schéma régional d'organisation sanitaire, fixer les budgets et les tarifs d'hospitalisation. Il pourra imposer des conventions de coopération, la création de syndicats interhôpitaux, la fusion des établissements.



5 - Le financement des établissements de santé :

La loi de financement de la Sécurité Sociale déterminera le taux des dotations régionales. En fonction des transferts d'activité entre public et privé, des ressources pourront glisser d'un secteur à un autre.

6 - L'organisation et l'équipement sanitaire

Afin de rationaliser l'offre de soins et les moyens, des communautés d'établissements seront formées entre structures hospitalières publiques d'une même zone sanitaire.

Un collège d'experts remplacera la Commission Régionale de l'Evaluation Médicale des Etablissements dans le but de coopérer avec le Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale.

En matière de planification, les autorisations peuvent être supprimées en l'absence d'exécution, si le taux d'occupation est insuffisant ou en raison d'installation partielle des équipements.

Le Directeur de l'agence peut inscrire des établissements d'autorité dans une communauté d'établissement. En cas de carence d'adhésion dans un délai de trois ans, il peut par ailleurs obliger les établissements à passer des conventions, à se regrouper ou à fusionner.

7 - La coopération entre établissements publics et privés de santé :

Pour mettre en commun certains moyens médico-techniques, médicaux et non médicaux, les établissements pourront s'associer en groupement de coopération sanitaire, groupement d'intérêt général, doté de la personnalité morale.

8 - L'organisation des établissements publics de santé :

Le conseil d'administration est présidé par le maire ou le président du conseil général. Mais la présidence peut être déléguée à un élu ou à une autre personne au titre des personnes qualifiées.

Les Directeurs de CHU sont nommés par décret du Premier Ministre, les autres par décret ou arrêté du ministre de la santé.

Il sera possible d'ouvrir dans les hôpitaux (à l'exception des hôpitaux locaux ou régionaux) des cliniques ouvertes admettant des malades à titre payant et dont les médecins ne feront pas partie de l'établissement. Ces praticiens seront rétribués par l'intermédiaire de l'administration hospitalière moyennant une redevance.

9 - Dispositions diverses :

Les établissements de santé ont la possibilité de gérer directement des services sociaux et médico-sociaux au titre de la loi de 1975.

Nous retiendrons essentiellement de cette réforme hospitalière deux démarches principales, objets de deux structures nouvelles :

- l'évaluation et la contractualisation qui sont le fait de l'agence régionale de l'hospitalisation
- l'accréditation, dont l'Agence Nationale d'Accréditation et de Développement de l'Evaluation des soins est responsable.

Le milieu psychiatrique hospitalier devra donc s'adapter à de nouvelles données, d'abord en affirmant les outils d'analyse interne de ses pratiques, ensuite en développant des actions de coopération dans plusieurs directions : intersectorielles, avec l'hôpital général, les praticiens et institutions privés, le secteur médico-social.

Il faut donc s'attendre à de profondes mutations sur un fond de rationnement budgétaire.



RUBRIQUE CINEMA

Docteur Huguette FERRE
Praticien Hospitalier ⁽¹⁾
Secteur Avignon Centre, Isle/Sorgue

Juin 1996

"DIABOLIQUE"

De Jeremiah Chechik

Avec Isabelle Adjani - Sharon Stone - Chazz Poilminteri - Kathy Bates.
Sortie juin 1996.

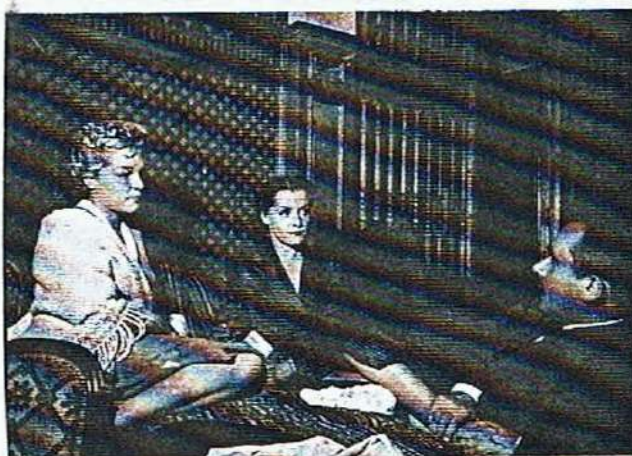
Depuis la reine Margot, Adjani n' était pas reparue sur nos écrans. Avec "Diabolique" de Jeremiah Chechik, remake du célèbre Clouzot, nous avons le plaisir de l' admirer au côté d'une star hollywoodienne, Sharon Stone.

Comme pour Diaboliques de Clouzot, le film est basé sur le couple féminin : Simone Signoret/Vera Clouzot ; ici Sharon Stone/Isabelle Adjani. Il s' agit d' un couple ambigu, sulfureux où le mari/amant ne représente qu' un prétexte entre les deux femmes. Ici, il est question du désir, du désir trouble et troublé d' une sorte de trio où l' élément masculin vient faire écran entre les deux femmes.

Le personnage du détective privé, Kathy Bates, vient souligner le côté dirons-nous homosexuel du film.

Jeremiah Chechik réussit ici un film noir focalisé sur la psychologie féminine.

Sur le tournage des *Diaboliques*,
Signoret était déjà jalouse de Vera, à qui son mari,
Georges Clouzot, masse ici les pieds.



(1) Pins B, Centre Hospitalier, 84143 Montfavet Cedex, Tél 90.03.91.71

Henri Georges CLOUZOT (20 novembre 1907 - 12 janvier 1977)

Films disponibles en Vidéo

Le dernier des six - de Georges Lacombe
Adaptation de Henri Georges Clouzot
René Château Vidéo

L'assassin habite au 21
Avec Pierre Fresnay - Suzy Delair - Pierre Larquey
(1942) - René Château Vidéo

Le corbeau
Avec Pierre Fresnay - Ginette Leclerc - Pierre Larquey...
(1943) - Film Office

Quai des orfèvres
Avec Louis Jouvet - Suzy Delair - Bernard Blier...
(1947) - Film Office

Retour à la vie - de Henri Georges Clouzot / André Cayatte / Georges Lampin & Jean Dreville
Avec Bernard Blier - François Perrier ...
(1948) - René Château Vidéo

Les diaboliques
Avec Simone Signoret - Vera Clouzot - Paul Meurisse ...
(1954) - GCT Vidéo

La vérité
Avec Brigitte Bardot - Sami Frey - Paul Meurisse - Charles Vanel ...
(1960) -- Warner / EM

Pour mémoire, citons

Le salaire de la peur
Avec Yves Montand - Charles Vanel
(1953) - Grand prix à Cannes la même année
Pas disponible en Vidéo.



BEAUMARCHAIS L' INSOLENT

d' Edouard Molinaro

Avec Fabrice Luchini (Beaumarchais) - Manuel Blanc (Gudin) - Sandrine Kiberlain (Marie Thérèse) - Jacques Weber (le duc de Chaulnes) - Michel Piccoli (le prince de Conti) - Michel Serrault (Louis XV)...

Scénario	Édouard Molinaro & Jean Claude Brisville, d' après Sacha Guitry
Photo	Mickaël Epp
Musique	Jean Claude Petit
Producteur	Charles Gassot
Distribution	Bac Films

Durée - 1h40

Édouard Molinaro, d' après l' oeuvre de Sacha Guitry met en image la vie de Beaumarchais. De ses souvenirs de lycéen, on associe Beaumarchais aux deux titres célèbres "le mariage de Figaro", "le barbier de Séville", mais personne, ou presque personne, ne sait la vie mouvementée de Pierre Auguste Caron. De tous les acteurs français, Luchini de part sa verve, son goût des mots, de la phrase, son insolence, son apparence de liberté collait, pourrait-on dire à ce personnage.

Molinaro nous fait découvrir l' époque troublée et foisonnante de juste avant la Révolution. Voltaire, la révolution américaine ; Beaumarchais incarne un héros de son temps, entre deux temps : l' ancien régime des privilèges et l' aube d' une nouvelle ère où la parole est reine.

Cette parole et ces mots sont d' autant plus précieux que ce n' est qu' "embastillé" que l' auteur peut les écrire.

Le spectateur ne pourra qu' être séduit par ce film où Luchini tient ses promesses, entouré de tout nos meilleurs acteurs, aussi bien du théâtre que du cinéma (Michel Serrault, Jean Yanne, Michel Piccoli...).

PEDALE DOUCE

De Gabriel Aghion

Avec Patrick Timsit - Fanny Ardant - Richard Berry - Jacques Gamblin

Durée - 1h40

Dialogues : P. Palmade

Par son titre : "Pédale Douce", Gabriel Aghion annonce la couleur. "Pédale Douce" est une comédie hilarante, jubilatoire.

Afin d' obtenir un contrat, Adrien (Patrick Timsit) se voit dans l' obligation d' aller dîner avec le patron très BC-BG et homophobe de l' entreprise (Richard Berry). Pour sauver les apparences et le contrat, il demande à sa copine Eva, propriétaire d' un restaurant gay, de venir tenir le rôle de son épouse. C' est le début d' un inextricable méli-mélo sentimental.

Le film est très bien servi par ses interprètes. Les dialogues sont de Palmade.

Patrick Timsit déploie avec brio tout son talent. Il s' en donne à coeur joie dans le rôle du jeune cadre dynamique et "folle". Il interprète un personnage tendre avec des "failles" comme il a pu le faire dans ses précédents films ("la Crise" de Coline Sereau, "un Indien dans la ville" avec Thierry Lhermitte). Cependant, ici, il se montre beaucoup plus percutant et dynamique.

On a beaucoup de plaisir à regarder Fanny Ardant ici en rupture avec son image habituelle : de belle femme brune, élégante, snob et bourgeoise. Ici elle prend un malin plaisir en jouant les provocatrices, hirsutes et décapantes.

Le ressort comique du film provient de la rencontre incongrue de ces personnages : Timsit, Fanny Ardant, Richard Berry impeccable en grand patron. Jacques Gamblin est inoubliable dans la scène du strip-tease très "hot". On pourrait penser que ce film traite avec humour de l' homosexualité masculine. En fait, il s' agit plutôt du trouble des sentiments, de la rencontre des êtres et évidemment de l' Amour.

A voir absolument.

PS : bonnets de nuits s' abstenir.

LE HUITIEME JOUR

De Jaco Van Dormael

Avec Daniel Auteuil - Pascal Duquenne - Miou Miou

Durée - 1h58

L' histoire : un cadre supérieur, la quarantaine, en pleine crise rencontre Georges un mongolien qui vient de fuguer de son institution. Cette rencontre va être déterminante pour Harry et lui permettre de trouver un sens à sa vie.

"Le 8ème jour" est un film très troublant par son sujet, ses acteurs ainsi que par la poésie des images, de la musique. Van Dormael aborde sans tabous, ni faux semblant, toute la problématique et la souffrance du handicap rattaché à la trisomie 21. Il montre l' image dans le miroir, dans le regard des autres comme autant de miroirs, des traits mongoloïdes.

Dans une société où il faut se montrer "positif", "gagnant", en fait sans failles, il n' y a plus de place pour la différence. Le personnage de Georges vient faire exploser ce signifiant système. Georges affirme ses désirs, il se pose en existant, il fait surgir les véritables enjeux pour Harry ; Harry incarnant le prototype de cette société de gestionnaire.

L' interprétation est remarquable. Pascal Duquenne, Daniel Auteuil se laissent porter par les émotions, les doutes, l'angoisse. Ils touchent au plus près de la problématique existentielle qui à un moment ou à un autre trouble chacun de nous.

Prix d' interprétations masculines mérités.

POUR ADRESSER UN ARTICLE :

. Si vous êtes dans le Vaucluse, le Gard, la Drôme, entre Alpilles et Durance, le transmettre au Docteur BOSSUAT, Centre Hospitalier 84143 Montfavet Cedex , Téléphone 90.03.92.76.

. Si vous êtes à Aix, Digne ou Martigues : le transmettre au Docteur LAVERGNE, Centre Hospitalier, 13617 Aix en Provence Cedex 1 , Téléphone 42.16.16.75

PSY-CAUSE, REVUE PROVENCALE DE PROXIMITE, a constitué deux pôles fonctionnels pour être au plus près de ses lecteurs. Si vous souhaitez participer activement à la revue, adressez vous au Docteur BOSSUAT si vous êtes proche d'Avignon, ou au Docteur LAVERGNE si vous êtes proche d'Aix en Provence.

COURRIER DES LECTEURS :

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

RUBRIQUE D'ACTUALITE SCIENTIFIQUE LOCALE :

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

DERNIERE MINUTE :

En cours d'impression de ce numéro, le laboratoire SANOFI-WINTHROP nous apporte sa présence dans la revue.

BULLETIN D'ABONNEMENT

Nom, prénom
Adresse professionnelle.....
S'abonne pour un an à la revue "**Psy-Cause**", à partir du N°..... (N°s 1 et 2 épuisés).
Joint un chèque de 130 F à l'ordre de l'association "**Psy-Cause en Vaucluse**",
à l'adresse suivante : Secrétariat du Secteur 27, Centre Hospitalier, 84143 Montfavet cedex



DEPAMIDE

VALPROMIDE

DÉPAMIDE - VALPROMIDE. PRÉSENTATION ET COMPOSITION : Comprimé enrobé gastro-résistant (ivoire), dosé à 300 mg de valpromide (DCI) ou dipropylacétamide, boîte de 30, soit 9 g. Excipient q.s.p. dont dioxyde de titane, oxyde jaune de fer. **INDICATIONS :** Traitement adjuvant dans les épilepsies avec manifestations psychiatriques. Proposé dans : la prévention des rechutes chez les malades atteints de psychose maniaco-dépressive et présentant une contre-indication à l'emploi du lithium, les états d'agressivité d'origines diverses. **POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION :** Compte tenu de sa présentation en comprimés enrobés dosés à 300 mg, Dépamide convient essentiellement au traitement des adolescents et des adultes. Doses quotidiennes conseillées chez l'adulte, en fonction des indications : **Troubles thymiques :** - accès maniaques : posologie initiale : 4 à 6 comprimés ; traitement d'entretien : 2 à 4 comprimés ; - états dépressifs : posologie initiale : 1 à 3 comprimés ; traitement d'entretien : 2 à 4 comprimés. **Traitement adjuvant des épilepsies avec manifestations psychiatriques, états agressifs :** en moyenne 2 à 6 comprimés. Répartir les doses en 2 prises, matin et soir, de préférence au cours des repas. **Mise en route du traitement :** - si Dépamide est prescrit seul, les doses utiles peuvent être administrées d'emblée ou par paliers ascendants de 2 à 3 jours, - s'il s'agit d'un malade déjà en traitement et recevant d'autres psychotropes, il convient d'introduire Dépamide progressivement pour atteindre la dose optimum en deux semaines environ, et de réduire simultanément peu à peu la posologie des psychotropes associés pour la ramener à la moitié ou même au tiers des doses initiales. Coût du traitement journalier : 1,51 F à 9,06 F. **MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :** - Les sujets âgés et les sujets atteints d'affections organiques graves peuvent mal tolérer Dépamide. Une surveillance particulière de ces malades est nécessaire, notamment lorsque Dépamide est administré à une posologie relativement importante, ou associé à de fortes doses d'autres psychotropes ou d'anti-épileptiques. - Potentialise les effets de l'alcool. Absorption de boissons alcoolisées formellement déconseillée. **INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES :** Associé à d'autres psychotropes, psycholeptiques ou antidépresseurs, Dépamide, qui potentialise leurs effets, peut entraîner certains effets indésirables (en particulier états confusionnels) si la posologie de ces médicaments associées n'a pas été réduite. En particulier, risque d'asthénie ou de somnolence en cas d'adjonction aux barbituriques ou à d'autres médicaments dépressifs du S.N.C. Dépamide associé aux sels de lithium ne semble pas entraîner d'interaction susceptible de modifier le taux de lithémie. Association déconseillée avec la carbamazépine : augmentation des taux plasmatiques du métabolite actif de la carbamazépine avec des signes de surdosage. **GROSSESSE :** Il n'existe pas, à ce jour, de données précises sur l'utilisation de Dépamide pendant la grossesse. Dépamide se transforme en grande partie en acide valproïque. Compte tenu de ces données : contraception efficace indiquée pendant le traitement ; cependant, si une grossesse est envisagée, ou si une grossesse est en cours, peser à nouveau l'indication du traitement. Une surveillance anténatale doit alors être mise en route. **EFFETS INDÉSIRABLES :** - Le plus souvent, en association avec d'autres psychotropes : manifestations sédatives, hypotoniques, confusionnelles. - Le valpromide ayant pour métabolite actif l'acide valproïque, les effets indésirables observés avec le valproate de sodium (Dépakine) sont susceptibles de survenir lors de traitements par Dépamide. La survenue d'hépatopathies est exceptionnelle. Néanmoins, l'apparition soudaine de signes généraux (maaise, nausées, vomissements, somnolence...) doit faire évoquer le diagnostic et pratiquer un contrôle biologique des fonctions hépatiques (taux de prothrombine notamment). **SURDOSAGE :** Coma calme, plus ou moins profond, hypotonie musculaire, hyporéflexie, myosis, diminution de l'autonomie respiratoire. En milieu hospitalier : lavage gastrique ou instauration d'une diurèse osmotique ; surveillance cardiorespiratoire. Dans les cas très graves : dialyse ou exsanguinotransfusion. Pronostic de ces intoxications généralement favorable. **PHARMACODYNAMIE :** Anticonvulsivant. - Chez l'homme : action anticonvulsivante modérée. - Chez l'animal : action antagoniste vis-à-vis de l'agressivité induite par le stress. - Sédatif. **LISTE II AMM 320 706.1 (1977). PRIX : 45,30 F (30 comprimés). Remb. Séc. Soc. à 65 % - Collect. Pour une information plus détaillée, consulter le dictionnaire des spécialités. SANOFI WINTHROP 9, rue du Président Allende - 94258 GENTILLY CEDEX - Tél.: (1) 41-24-60-00**

