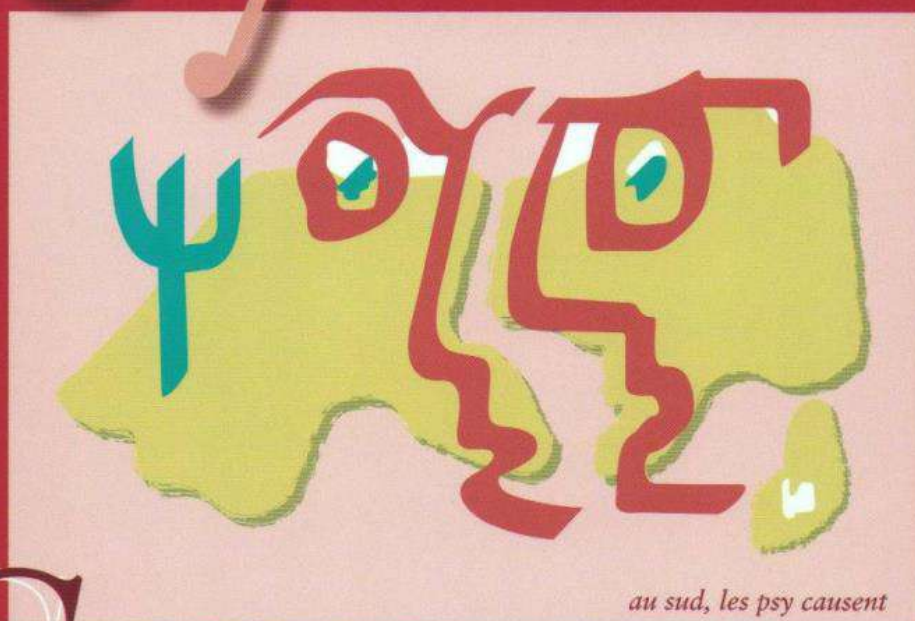


Psy



au sud, les psy causent

Cause

- Ceci n'est pas un dossier
- II^e colloque de PsyCause en Égypte
- Horizons
- Question de cours

Mario Mella
EDITION



Sommaire

Éditorial : Des psy pour normaliser.....	2
Psycause I : Ceci n'est pas un dossier	4
Le théâtre de Gelas André Salomon Cohen	5
Le rêve chez l'aveugle Boris Cyrulnik	8
L'enfant roi, symptôme du couple parental Lucie Rodia	15
La loi, la jalousie Dominique Barbier	23
L'article D 398 et ses limites dans la pratique psychiatrique Ph. Khalil, S. Ghozael, C. Verdier.....	27
« Tu peux savoir » Michel Bonnaventure	31
Tout de même, il y a la psychothérapie institutionnelle !!! A. S. Cohen.....	33
Psycause II : II^e colloque de PsyCause en Égypte	
Congrès de psychiatrie à Assouan 5 mars 2005	37
Discours d'ouverture de M. le Gouverneur d'Assouan Samir Youssef.....	38
Introduction au colloque Jean-Paul Bossuat.....	39
Intervention du Directeur de l'hôpital psychiatrique à Assouan Dr Habachi El Gamal	42
Intervention de M. le Chef des infirmiers à l'hôpital psychiatrique d'Assouan Fessal Hussein Osman	44
Témoignage d'une infirmière de secteur Janik Lejeune.....	45
Une spécificité de la psychiatrie française Pierre Evrard.....	48
Psycause III : Horizons	53
« La responsabilité médicale » « Vue de Prague » ou « Le rapprochement avec l'Europe » Jan Cimicky, Omar Mounir.....	54
Difficultés d'accès à l'individuation du Noir Africain Matthieu C. Tognide, Josiane Ezin Hounge, Francis Tognon, René Gualbert Ahyi	60
Psycause IV : Question de cours	65
Le positionnement érotomaneque : de la théorie à la pratique Rémi Picard.....	66
Actualité scientifique méditerranéenne et occitane.....	88
Notes de lecture	97
Le coin littéraire.....	99
Colloques et Conférences	106
Abonnement et instruction aux auteurs	112



Des psy pour normaliser

Ce numéro double est largement centré sur la question de la loi. Notre discipline a réfléchi depuis de nombreuses années sur la place et la fonction de cette dernière dans l'économie psychique. Il est inutile de rappeler des concepts tels que la loi symbolique et le surmoi par exemple. Nous retrouvons là le rôle parental éducatif, celui de l'Autre dans sa dimension paternelle.

Nous avons également appris à dissocier deux notions étroitement liées : la loi et la justice. La justice est une interprétation et une application, humaines et faillibles, de la loi. Elle peut même faire évoluer la loi par la jurisprudence. Une loi peut être juste ou injuste, morale ou immorale. Il était éminemment dangereux et répréhensible de ne pas respecter certaines lois sous l'occupation mais c'était un devoir moral et un acte de résistance d'en refuser l'application. La loi ne se superpose pas toujours à l'éthique individuelle, à la notion du bien et du mal chez un individu. Pas plus que l'éthique individuelle est automatiquement conforme à celle d'une communauté : il n'y aurait plus besoin de police. Toujours est-il que les lois sont des repères (re-pères) indispensables à la vie en société et au lien social. Il n'est donc pas facile d'être juge.

Pas plus qu'il n'est facile d'être psy, c'est-à-dire confronté aux exigences du traitement d'une souffrance liée à un dysfonctionnement de l'économie psychique, dans lequel nous ne devons pas oublier que notre éthique professionnelle est de désaliéner et non d'être des auxiliaires d'un état qui, même démocratique, peut céder à la tentation d'une application totalitaire de la volonté du plus grand nombre et de croire à l'efficacité de manipulations psychiques. Cela n'est pas nouveau : je me souviens d'un numéro de la revue « Autrement » paru lors de mes études et intitulé « Guérir pour normaliser ». Souvenons-nous aussi d'Ambroise Paré condamné aux galères pour avoir soigné des malades de la cour des miracles. L'éthique de notre métier peut exiger du courage.

Rien de nouveau, donc, sur notre planète, direz-vous. Et bien si. Dans ce numéro, un professeur de droit dit que la justice se « dé-robe ». Elle fait tomber la robe du juge et s'intéresse de plus en plus à la psy. Comme si elle espérait faire tomber les oripeaux d'une fonction qui est de dire la loi et de réprimer. Comme si elle tentait de réaliser l'un des idéaux soixante-huitards néo-reichiens : « *il est interdit d'interdire* ». C'est un fait que sans loi, sans parole qui dans l'inconscient dit une loi qui s'interpose à la toute puissance maternelle, l'individu relève des soins du psychiatre. Un auteur de science fiction pourrait imaginer une société totalement psychiatisée dans laquelle il serait dévolu au psychiatre de réintroduire de la loi pour soigner.

Nous n'en sommes pas encore là ; tout de même, le recours de plus en plus fréquent à l'injonction de soins comme peine prononcée par un tribunal interpelle le psy. J'ai reçu en consultation cet été un « patient », une petite frappe marseillaise condamnée à un suivi psychiatrique. Il m'explique que le juge a estimé qu'il a été traumatisé par le décès de sa victime lors d'un règlement de compte un peu trop appuyé et qu'il a besoin d'une psychothérapie. En fait il est victime de sa victime. Il s'estime aussi victime du manque de compétence en psy du magistrat car, lui, il ressent que cela lui est pénible de revenir sur ce décès qui l'a traumatisé et qu'une psychothérapie est assurément inutile. Je rapporte là les propos subjectifs du « patient » car je n'ose croire qu'un juge ait pu abonder dans la victimisation de ce sympathique meurtrier. Un autre exemple me vient à l'esprit : lors d'un récent congrès, un juge évoquait les décisions d'injonction de soins qui commencent à encombrer nos consultations, consécutives à des contrôles routiers d'alcoolémie. Des collègues avaient relevé que dans nombre de cas la délinquance au volant était sans rapport avec une maladie alcoolique. Réponse du juge : « nous n'avons que sept minutes par contrevenant. L'injonction est prononcée par précaution. De toute façon le retrait de permis est source de difficultés au niveau du travail et de l'insertion sociale qui justifieront des soins psychiatriques. »

La justice prescrit des soins et la psychiatrie doit prévenir la délinquance. Et si chacun se cantonnait à faire son boulot ? Peut-être qu'une meilleure reconnaissance du travail de la justice au niveau des moyens y contribuerait.

Jean-Paul Bossuat

P
S
Y
C
H
A
N
A
L
Y
S
E

L O I S



I
N
S
T
I
T
U
T
I
O
N
S

C E C I N ' E S T P A S U N D O S S I E R

Ceci n'est pas un dossier

Affirmation surréaliste. C'est quoi alors ? Une tentative ? Un essai ? Une résolution ? Une enquête ? Tu l'écris comment ?

Un exercice d'écriture – sur le métier remet sans arrêt ton ouvrage.

Je voulais écrire cela comme une séance de cinéma : CINE REVUE.

Imaginez un instant que vous avez la possibilité de revenir au cinéma de votre enfance, cinéma de quartier.

C'est extraordinaire à votre âge d'avoir cette possibilité. Bien entendu, il y a foule ! Et vous êtes dans la foule ; ce monstre sans tête qui peut aller vers n'importe quelle direction.

Vous êtes emporté par le mouvement de la foule, tourbillonnant comme la chanson d'Edith Piaf.

Vous vous sentez serré, collé, étouffé. Pourtant, c'est ce même mouvement qui vous permet d'un coup de vous détacher et de vous retrouver seul.

Vous jetez un regard sur les immenses panneaux qui traînent au-dessus du fronton du cinéma. Qui a-t-il au programme ? A votre droite, un groupe de manifestants réclame d'une manière violente **leurs dossiers** : Le DOSSIER ! Le DOS – SCIÉ !

Voilà un des signifiants les plus employés ces derniers temps dans l'univers de la Psychiatrie.

Vous les IGNOREZ car vous les trouvez un peu trop caractériels et vous passez votre chemin, ça vous évitera quelques douleurs au dos !

Aujourd'hui c'est le cinéma qui vous intéresse. Vous prenez votre ticket au guichet et vous êtes sur le point de rejoindre « votre Juliette au balcon ». Ascension vers elle ? Regard vers le haut EPERDU ? Comment ne pas penser à toutes ces Juliette de votre cœur ? JULIETTE DROUET... JULIETTA MASSINA ... JULIETTE tout court...

Et puis non, c'est décidé : NI DOSSIER, NI JULIETTE. Elle descendra, prendra son ticket elle aussi et viendra vous rejoindre.

DESTINATION LE CLUB. Vaste fauteuil en cuir confortable aux accoudoirs arrondis.

Installez-vous, la séance va commencer.

Dans le noir, la lumière jaillit des profondeurs et se projette sur l'écran blanc. Ça y est ! Vous avez décollé. Le dos appuyé sur le dossier, le corps relaxé et surtout, comme chez GODARD, votre regard se pose vers le Haut ! C'est cela le CINEMA.

André Salomon COHEN



André Salomon Cohen

Le théâtre de Gelas

VU au Chêne Noir ★★★★★ Comme au cinéma !

A lors là ! On reste le souffle coupé par autant de justesse. Voilà Le spectacle de théâtre abouti par excellence, et, qui, de surcroît, ne se la raconte pas. Une gageure par les temps qui courent. Jusqu'au 3 avril, le Théâtre des Capucins et la compagnie de Gelas jouent au Chêne Noir "La Peste" de Camus, le plus vaucloisien des goais algérois. Marc Olinger met en scène neuf comédiens à l'unisson (dont les deux Avignonnais Guillaume Lanson et Damien Rémy) dans une adaptation à l'énergie revendiquée. Comme il le fit avec Mirbeau dans "Les affaires sont les affaires", il s'immisce dans les mots de l'auteur pour leur donner une dynamique scénique.

que. Ici, les acteurs sont en mouvement perpétuel, comme une commedia des ratés. Un tourbillon inhérent d'ailleurs au thème de la pièce. Oran. Une épidémie. Et des réactions humaines pour le moins éparpillées. Il y a ceux qui profitent du marasme. Il y a les lâches. Il y a ceux qui résistent avec des moyens dérisoires. Camus élève le propos en faisant du fléau une "machine" à modifier le sens de nos vies. On se croirait au cinéma, tant la ville d'Oran nous apparaît en décors minimalistes, disséminés dans le public, ou sur une scène située entre les gradins. C'est brillant sur le fond, c'est brillant sur la forme. Courez-y !

F. B.

Jusqu'au 3 avril, Chêne Noir

Passer du cinéma au théâtre c'est une évidence.

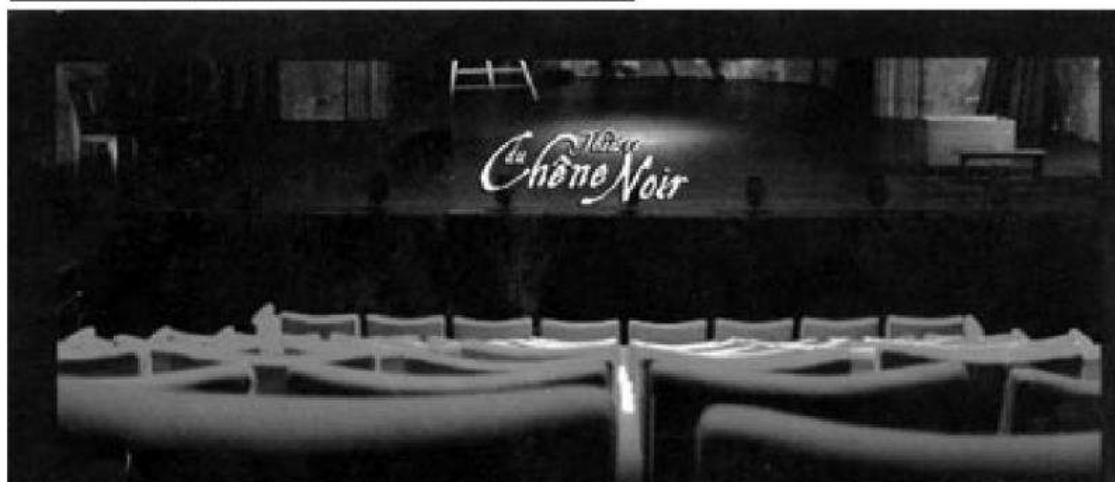
Surtout dans la France de l'après guerre.

Demandez le programme... Nous sommes au théâtre. Un espace où ça parle et ça joue. Au cinéma, on regarde... dans l'obscurité le déhanchement de la charmante ouvreuse qui vous guide avec sa lampe de poche jusqu'à votre place. Au théâtre, on attend devant l'immense rideau Rouge que les « trois coups » vous réveillent.

Ce qui est le plus intéressant, c'est quand les événements s'inversent. Prenez « Les enfants du Paradis » par exemple : Le film commence par un rideau de théâtre qui se lève. Et le théâtre fait son cinéma. GARANCE et LEXHEINER – ARLETTY et P. BRASSEUR. Acteurs ou Comédiens ?

Eternelles questions ?

Prenez le théâtre de GELAS : Le Cinéma fait son Théâtre. Question d'ambiance. Allez-y au théâtre du Chêne Noir, vous verrez si je mens. Ça respire le cinéma. A l'entrée, dans le Hall, dans la salle du rez de chaussée etc... Souvenirs de CINEMA d'enfance ?



« La Peste » de CAMUS. A lire et à relire. Passage du roman au théâtre. Le journal aussi n'est pas loin. Dans les jours qui ont précédé le spectacle, La PROVENCE a fait une pleine PAGE sur les rats qui envahissent les quartiers d'Avignon... On en trouvait même dans les transformateurs électriques... Mais puisque nous parlons de « La Peste » de CAMUS, je ne résisterai pas au Plaisir de citer sa conclusion :

« Ce qu'ignore cette foule en joie, mon ami, c'est que la peste ne meurt jamais.

Le bacille peut rester endormi pendant des dizaines d'années.

Le jour viendra peut-être où la peste réveillera ses rats et les enverra mourir dans une cité heureuse »

Le théâtre de GELAS c'est la mise en scène de cette lutte incessante entre la pulsion de Vie et la pulsion de Mort. Je ne résiste pas alors au plaisir de citer S. FREUD dans sa célèbre conclusion de Malaise dans la civilisation :

« Les hommes d'aujourd'hui ont poussé si loin la maîtrise des forces de la nature qu'avec leur cercle, il est devenu facile de s'exterminer mutuellement jusqu'au dernier. Ils le savent bien, et c'est ce qui explique une bonne part de leur agitation présente, de leur malheur et de leur angoisse. Et maintenant, il y a lieu d'attendre que l'autre des deux «puissances célestes», l'éros éternel, tente un effort afin de s'affirmer dans la lutte qu'il mène contre son adversaire non moins mortel. »

Voilà, il faut lire « La Peste » de CAMUS dans une dialectique avec « L'homme aux rats » de S. FREUD et quand vous en avez marre de lire, vous vous rendez au théâtre de GELAS pour en apprécier la mise en scène de ce jeu « à la vie, à la mort ».

De quels propos il s'agit ? De mes propos bien entendus. Un soir, « la vue de la Mireille de GELAS au théâtre du Chêne Noir », m'avait plongé dans une telle excitation nocturne que je n'ai pu m'empêcher d'écrire ces quelques mots que je cite entre guillemets. Pourquoi pas après tout ? N'ai je pas moi aussi le droit de citer. Et puis les guillemets ça me permet de relativiser mes écrits. Ça me préserve dans les débats futurs... car, si GELAS l'apprenait... Et si D. REMY le savait... Vous voyez ce que je veux dire ? Mettons donc des guillemets.

« Ne nous racontons pas d'histoires. Le fait est établi. Le talent de GELAS vient de loin et il s'est attaqué à tellement d'œuvres différents pour qu'il puisse être remis en cause ne serait-ce qu'un instant à travers sa Mireille. Une si longue histoire de plus de trente cinq ans. Et ses acteurs, issus de son école, DAMIEN et ALICE ont reçu aussi cette grâce qui tourne parfois au prodige. »

Pourtant, je crois que ce n'est pas pour ces talents que les spectateurs se pressent si nombreux aux créations de GELAS comme « sa Mireille 2005 ». Alors, pourquoi ?

Bien sûr, il y a les violons. L'histoire que nous raconte GELAS pour mieux nous tromper et se faire excuser : Son enfance, le Chêne vert, cette maison d'enfance jadis fréquentée par F. MISTRAL et ses compagnons de la FELIBRE.

Derrière, se profile l'accent de la Provence, de sa langue provençale, le 100^e anniversaire du Prix Nobel de MISTRAL, ses liens avec Arles et son théâtre. Tout cela, c'est pour épater la galerie. En plus, en bon comédien, il annonce sa mort potentielle : Ce sera peut-être son dernier spectacle !

La vérité, c'est que la langue maternelle de GELAS c'est celle du Chêne Noir. On pourrait la qualifier d'une langue singulière, celle de l'obscur, des ténèbres, une langue toute proche



du précipice, du chaos, de l'ANARCHIE. Et sa Mireille se retrouve dans l'obscurité d'un DANCING, Vincent devient barman. Le Blues comme musique de fond, et un décor noir, plus noir tu meurs... Ajoutez une chorégraphie RAP, deux acteurs jouant plusieurs personnages... Les anarchistes doivent être contents, ils retrouvent leur GELAS.

Et puis, viennent les chants sur la SAINTETE et la MORT. Et la langue de GELAS retrouve celle de MISTRAL. LA MUSIQUE des VERS. LA MUSIQUE de la mise en scène. La RENCONTRE DES POETES. C'est la que se noue le Destin de GELAS. Il n'y peut rien. C'est aussi que les spectateurs l'aiment comme ils aimaient ARTAUD ou FERRE.

Paradoxalement, la Musique de GELAS sert MISTRAL. Dans son noir obscur, on voit le ciel bleu de la Provence, on entend le chant des cigales et les «Tambourinaires» ne sont pas loin.

Le soir, à la maison, on se précipite pour lire et relire les chants de F. MISTRAL. On ne critique pas une oeuvre, elle s'impose à nous, on se laisse guider par elle.

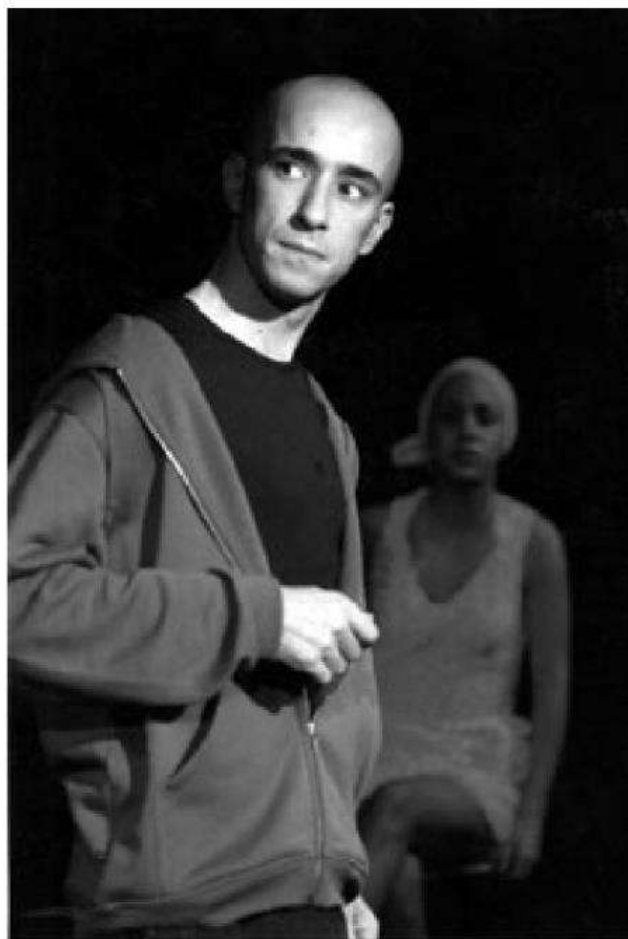
F. MISTRAL, en écrivant Mireille dans des feuillets EPARS, construit sa langue maternelle, le provençal, sa grammaire, son lexique. La Mort de Mireille est une allégorie de la mort de la langue provençale. Et selon sa formule « LA MORT C'EST LA VIE ».

Après le spectacle de GELAS, on peut dire que la langue provençale continue à vivre en vous et le théâtre de GELAS aussi.

Ça serait la une belle chute à mon article mais entre guillemets.

La vraie chute la voici, sans guillemets :

Alors quand le mistral souffle, le soleil brille dans son ciel bleu retrouvé.
C'est cela la Provence.





Boris Cyrulnik

Le rêve chez l'aveugle

Ceci est la transcription d'une intervention de Boris Cyrulnik lors du 1^{er} colloque de PSY-CAUSE en Egypte autour du thème « Sommeil et rêves ».

À partir d'une bande SONORE enregistrée par un magnétophone rudimentaire, nous avons essayé de maintenir dans la transcription le style oral de Boris, si particulier, et ce avec la permission de l'auteur.

L'important ici, c'est l'exposition de la multiplicité des idées si originales de Boris Cyrulnik en rappelant cependant le cadre : Il est 17 h 00, fin octobre 2003, nous sommes dans un bateau glissant sur le Nil. L'assistance est nombreuse, une soixantaine de personnes. Boris parle de sa voix chaleureuse et malicieuse.

Il paraît que les Egyptiens étaient friands de ce genre de problèmes.

À part le problème du rêve des aveugles, problème des images, c'est que les images ne sont pas que des graphismes, il peut y avoir des images sonores, il y peut y avoir des icônes et même chez les animaux il y a des images olfactives ? C'est-à-dire qu'un concours olfactif, un concours sonore comme un concours de dessin peut être représenté dans un monde asile et l'être vivant comme l'animal peut répondre à ce concours.

Dans la salle, il y a statistiquement 10 % de daltoniens. C'est-à-dire que parmi nous, une personne sur dix ne voit pas le rouge. Et si on pose la question : « Est-ce que vous voyez toutes les couleurs de l'arc-en-ciel ? » on aura 100 % d'accord, on voit toutes les couleurs de l'arc-en-ciel. Mais si on amalgame « Que voyez-vous comme couleurs ? » on s'apercevra que 10 % d'entre nous ne voient pas les mêmes couleurs. Et pourtant, on est convaincu de voir les mêmes couleurs. C'est-à-dire que l'on vit dans des mondes que l'on croit partagés avec nos mots, on se piège parce que l'on emploie les mêmes mots alors qu'en fait les mots désignent des couleurs, des mondes de graphisme, des mondes d'odeurs qui sont probablement singuliers, c'est-à-dire, différents pour chacun d'entre nous.

Ce qui m'a fait comprendre cela, c'est un choix d'aller dans une institution pour enfants aveugles de naissance. Et puis apparaît une éducatrice et un petit garçon de 10/11

ans qui dit à l'éducatrice : « Oh tu es belle aujourd'hui ! » Je n'ai posé aucune question et ensuite je vois l'éducatrice et lui dis : « Est-ce que j'ai bien entendu, il a dit tu es belle aujourd'hui ? » « - Oui bien sûr. » « Mais comment peut-il dire ça puisqu'il n'a jamais eu l'occasion d'avoir des images dans sa vie ? »

Alors elle me dit, on peut parler à l'enfant. Elle le connaissait suffisamment pour lui poser les questions que moi je trouvais indiscretes. Elle lui pose une question et l'enfant lui répond : « Tu ne fais pas le même bruit en marchant. Ta robe ne fait pas le même bruit, ta voix n'a pas la même sonorité, tu ne formes pas en moi la même image que d'habitude, aujourd'hui tu formes en moi une belle image, aujourd'hui tu es belle. »

Cet enfant-là avait tracé dans sa représentation, d'autres contours que ceux que nous formons avec nos yeux et notre organe visuel.

Les animaux font cela aussi avec des mondes olfactifs, alors que notre olfaction a une performance beaucoup moins bonne que les animaux, sur ce plan-là on est aussi soumis à ce mode de perception. Ce qui veut dire que pour les aveugles, il y a des manières différentes de faire des images. Les aveugles de naissance, ils ne font pas des images peut-être comme ce petit garçon, ils vivent dans un monde d'images non visuelles. Et encore c'est même pas sûr parce qu'ils voient des couleurs, des longueurs d'onde, des intensités, des flashes lumineux, du rouge, du noir. Je ne suis même pas sûr qu'ils ne forment pas d'images visuelles, mais enfin ils ne font pas les mêmes que les nôtres. Et puis il y a les gens qui ont vécu dans un monde d'images visuelles où ils ont traité les informations visuelles par les yeux et ont perdu

la vue, ces gens-là sont plus que d'autres soumis à l'effet palimpseste. J'ai découvert ce mot dans Umberto Eco il n'y a pas longtemps, parce qu'Umberto Eco raconte que les moines avaient des manuscrits et des textes sur des peaux et comme ça coûtait cher, ils lavaient les peaux, réécrivaient un deuxième texte, relavaient la peau, réécrivaient un troisième texte. Mais le premier texte était le plus profondément imprégné dans la peau et lorsqu'il y avait deux ou trois couches successives, il suffisait de regarder avec un éclairage latéral pour voir réapparaître le premier texte. Celui qui était le plus profondément imprégné dans la peau. Ensuite j'ai retrouvé ça chez un « autre grand neurologue » Baudelaire qui parle de « l'effet palimpseste de la mémoire ». Alors je vais organiser le reste de l'exposé autour de cette notion et aussi de ces deux manières de faire des images. C'est-à-dire qu'il y a probablement dans cette conscience qu'on a des images ou qu'on a du monde que l'on perçoit, une conscience émergente, une conscience innocente, une conscience émergente qui émerge de la matière, et probablement une conscience consciente, celle qui nous permet de parler, d'exprimer, d'essayer de nous communiquer nos mondes de représentations intimes, nos mondes invisibles.

Invisibles, qu'on ne voit pas, et pourtant c'est à ça qu'on répond, on répond tous à un monde qu'on ne voit pas et qui pourtant s'est imprégné dans notre monde intime au cours de notre histoire, de notre développement et surtout auquel on peut donner une forme avec des mots. Donc on croit qu'on partage le même monde, peut-être oui, peut-être non, on va voir. Or, ce qui est embêtant avec les mots c'est que des organismes vivants, ils naissent un jour, ils sont inventés dans un contexte puis ils se développent si le contexte les nourrit bien, et puis ils s'usent, ils se pervertissent et un jour ils finiront par disparaître ou alors ils prêtent à contresens. Par exemple, le mot « tourisme » a été inventé par Balzac, on a complètement oublié qu'il le fut à partir d'un anglicisme, on a complètement oublié qui a inventé ce mot et aujourd'hui on l'emploie couramment. Le mot « ouvrier » a été inventé par Marx en 1850 parce que le contexte technologique donnait forme à une image : l'ouvrier descendant à la mine, on travaillait dans les ateliers, aujourd'hui le mot « ouvrier » désigne une autre manière d'être humain et j'ai peur aussi que ce mot soit entrain de s'user et de disparaître. Ce qui veut dire que le mot « inconscient » que beaucoup d'entre nous utilisons et partageons existait bien avant Freud. C'étaient les zoologues qui

employaient ce mot couramment pour dire que les animaux avaient une conscience mais n'avaient pas conscience de leur conscience. Les zoologues disaient « les animaux sont inconscients. » Et ce mot-là baignait l'Autriche à l'époque de Freud. Il y avait des tirages de livres absolument énormes sur le concept de « unbevusst » « ce qui n'est pas su » qui a été traduit en français par « l'inconscient » mais que Lacan a traduit par « une bévue » et ça marche très bien. Quand Freud est arrivé, il l'a chargé d'un sens particulier qui est celui qu'on porte aujourd'hui, mais le mot a vécu. Peut-être il évoluera encore.

Alors pour arriver à faire des représentations cohérentes de ce changement, il a parlé à peu près de la même chose en ornithologie. J'entendais régulièrement la métaphore « Il y a un fossé entre l'homme et l'animal, il y a un précipice, un gouffre, une béance, une césure. »

Enfin, il y avait des tas de mots pour désigner que la nature humaine par nature, était surnaturelle et que l'homme ne



pouvait pas partager la même nature avec les animaux. Elle devait donc venir d'ailleurs, soit elle sortait de la glèbe comme Adam, soit tombée du ciel. Alors finalement je me posais un problème parce que, en ornithologie, on s'intéresse beaucoup aux raisonnements évolutionnistes et l'on s'est sorti de ce pas avec une métaphore : la transformation de la chenille en papillon. C'est-à-dire que la chenille vit dans un monde d'humidité et le papillon au contraire vit dans un monde de lumière, de sécheresse, loin de la terre. Ces deux formes d'êtres vivants vivent dans des univers totalement différents et ils sont pourtant en continuité biologique l'un avec l'autre.

Alors on s'est dit voilà comment on va faire le ménage pour passer de l'éthologie animale à l'éthologie humaine sans dire que l'homme est un animal, sans dire que l'homme n'est pas un animal. Il y a une partie non humaine de moi, il y a des glucides, il y a des lipides, du carbone, des besoins en oxygène, il y a une partie non humaine de moi que je n'accepterai pas qu'on redresse et d'être parfaitement candidat à l'humanité. Cette notion de métamorphose me convient. Vos enfants la connaissent. Ils disent jusqu'à la fin de la troisième année, on a vécu dans un monde sensoriel, le monde étant hyper perçu. La moindre variation de notre mère étant un message énorme pour nous, dès qu'elle déprimait on le savait. La structure de la mélodie de sa voix n'étant pas la même. Sa manière de sourire, de jouer, de nous regarder n'étant pas la même. C'est-à-dire qu'on le savait comme la conscience émergente, comme la conscience innocente mais bien sûr on ne pouvait pas savoir ce qui se passait mal en nous parce qu'elle était mal, on le sentait, on l'éprouvait, on répondait à son mal être par des altérations comportementales, alimentaires, de sommeil...

Alors que dès que l'on parle, que nos enfants arrivent à la 3^e année, à l'explosion de la parole, du signe - on fait signe avec notre langue, on fait signe avec nos gestes, avec nos vêtements. Je dis aussi qu'on fait signe avec nos poils, puisque vous êtes bien d'accord pour dire qu'il y a des poils d'extrême gauche et des poils d'extrême droite. C'est-à-dire que dès que l'on parle, on fait signe avec tout ce que l'on perçoit autour de nous, mais on le métamorphose, on le perçoit, nos yeux nos oreilles, mais on le métamorphose en signes parce qu'on veut parler, ça les animaux ne savent pas le faire. Ils regardent à des représentations imprégnées dans leur mémoire, parce qu'une partie de leur système nerveux est métamorphosée par les apprentissages qu'on lui inflige. Les animaux humanisés qui miaulent beaucoup plus dans un monde inter chats que dans un monde inter humains. Ils ne miaulent que pour le sexe et pour la bagarre. Mais en revanche dès ils arrivent dans un monde humain, ils comprennent que la bouche est un organe important parce qu'elle émet un tas de sonorités, alors ils regardent et se mettent à miauler. L'être humain finit rapidement à décoder son langage, qu'il finit par dire et communiquer, ce n'est pas du tout désorganisé, ce n'est pas du tout le hasard, ce n'est pas du tout INFORME. Au contraire même, c'est très structuré, on apprend à décoder à l'oreille, à l'image sonore, à l'icône sonore. Mais ils n'ont pas accès à la convention du signe, ils ne parlent pas, mais ils ont un langage. Rapportant cela à la condition humaine, quand les Africains parlent d'un troisième monde, c'est-à-dire ce 3^e monde, on l'a tous vécu quand on était enfant et il y a toujours un moment de mystère où l'on voit que cette nuit tu dormais à côté de moi, ton corps était complètement mou, j'ai pris ta main, elle retombait, tu étais complètement flasque et tu me dis



que tu as fait un voyage extraordinaire, tu as vu des images fantastiques, tu as éprouvé des émotions énormes de plaisir, d'érotisme, et moi j'ai bien vu que tu étais là. Donc il y a un 3^e monde, invisible, que tu as visité pendant ton sommeil. Donc tu es initié, tu as vu quelque chose que je n'ai pas vu. Si tu as le talent de me dire, de me faire comprendre, de métamorphoser ce que tu as vu, si tu as le talent de me les communiquer avec un récit, des images, tu vas métamorphoser mon monde car grâce à nos mots, on va vivre dans un monde intersubjectif. L'intersubjectivité que l'on va créer n'a aucun rapport avec le réel, n'empêche qu'on crée un autre monde avec nos mots. On est métamorphosé, on a créé une métamorphose. Je crois que c'est de là qu'est partie cette attitude qu'on a à se représenter un monde mystérieux qu'on doit explorer, vivre et représenter pour créer quelque chose à partager, c'est-à-dire une humanité à partager. Et là il y a un truc de langue, et là on quitte le monde animal, car déjà les animaux n'ont pas accès aux signes, même s'ils peuvent vivre dans un monde beaucoup plus élaboré que le monde stimuli réponses, puisque les animaux humains sont plus grands, ils ont le même équipement génétique que la même espèce en milieu sauvage.

Ils continuent leur apprentissage toute leur vie, puisqu'ils jouent toute leur vie, ils rêvent beaucoup mieux, ils regardent à ces mondes intenses.

Martinet, un linguiste d'Aix-en-Provence, résume cela de la façon suivante. Avec ces quatre sonnantes très rapides, **REEMBARQUONS – RE – EM – BARQUE – ONS**, je fais vivre un énorme monde absent, un scénario avec ces quatre sonnantes d'une fraction de seconde, avec une économie d'énergie énorme.

Mais là il y a un autre piège : le piège de l'empathie, je ne peux partager **MON MONDE** de mots que si je suis capable de visiter votre monde mental. Vous n'êtes pas un objet, vous avez un monde mental vous aussi, alors là pour cela il y a des expérimentations animales qui viennent de l'éthologie animale, sur les grands singes, (vous savez que les singes mentent). Il y a des tas d'expérimentations qui nous permettent de le rendre observable et manipulable avec des séries, en particulier statistiques, bien sûr le virtuose du mensonge c'est l'homme, c'est un grand signe d'intelligence.

Cela prouve que je suis capable d'inventer un monde qui n'existe pas, qui correspond à la forme que je désire donner à mon monde. Et que je suis capable de le planter dans votre monde et ce transfert de monde mental, je peux le faire avec des mots si j'ai accès à l'empathie.

La manipulation est la suivante : il y a là un panier avec des ballons, il y a là une armoire, là il y a l'expérimentateur adulte, là l'expérimentateur compère, et là une série d'enfants de 3 ans. Alors on demande au compère de s'en aller. Pendant qu'il n'est pas là on prend le ballon du panier et on le met dans l'armoire, on demande au compère de revenir. Et puis on demande à la série d'enfants de 3 ans de dire « Où va-t-il chercher le ballon ? » invariablement la série d'enfants répond « dans le placard puisque je t'ai vu le ranger dans le placard ».

Quand on refait la même manipulation avec des enfants de 4 ans, 80 % répondent « dans le panier. » Pendant qu'il est parti, je sais qu'on a mis le ballon dans le placard, mais je sais aussi qu'il sait que le ballon est dans le panier. C'est donc dans le panier qu'il va rechercher le ballon.

C'est-à-dire qu'à l'âge de 4 ans, je deviens, non seulement capable de me représenter un monde invisible, mais aussi je suis capable de me représenter comment il se représente un monde invisible. En plus je peux le partager avec des mots. C'est donc qu'il y a une auto genèse de cet accès à l'invisible.

On s'est intéressé aux 22,23 % d'enfants qui étaient incapables d'avoir accès à cette opération. Tous avaient souffert de privations affectives, ou bien il y avait une tragédie médicale, une hospitalisation, ou bien il y avait une tragédie familiale, une maladie mentale, quelque chose de très grave qui a fait que la sensorialité de l'enfant n'a pu se mettre en place. Ils ne pouvaient parler que d'une manière réflexe comme les enfants autistes qui répètent les mots, c'est la musique des mots qu'ils chantent, ce ne sont pas des mots adultes.

Il y a des syndromes autistes où les enfants sont capables de répéter des phrases entières dont ils ne comprennent pas un mot. Donc ça veut dire qu'on peut se servir des mots comme une image sonore sans comprendre ce qu'ils désignent. Ou au contraire, on peut se servir des mots pour déclencher des émotions et là on va devenir des virtuoses de la parole.

C'est l'absence et l'invisible qui nous incitent à mettre des mots à la place de l'objet non vu, de façon à créer un monde représenté et non un monde perçu, et ce monde de représentation est lié à l'affectif. Les enfants isolés sensoriellement ne savent pas le faire. S'il n'y a pas un autre, autorisé, ils ne peuvent se centrer que sur eux-mêmes. Ils ont des comportements pseudo autistes, comme les enfants abandonnés qui ne parlent pas, dont le seul objet en dehors d'eux-mêmes c'est le balancement, le pouce, l'activité auto centrée. Dès qu'une relation affective se tisse, les activités auto centrées s'éloignent, et la parole vient à la place de l'objet, c'est-à-dire que l'affectif est très lié à la représentation abstraite et notamment c'est entre 7 et 10 ans que les enfants arrivent à se représenter l'absence parfaite qu'est la mort. Là aussi on retrouve chez les Égyptiens, les images, le rêve, la mort.

Avant, le mot « mort » existe chez les enfants. Il désigne par exemple la mort d'un enfant de 3 ans, je fais ça avec mes mains, je te tue, tu es mort, on rigole beaucoup, on s'embrasse et l'on recommence. À l'âge de 6 ans, il désigne déjà une absence, quelque chose qui s'éloigne dans l'espace et le temps. Et puis entre 7 et 10 ans selon l'auto genèse des enfants, le mot devient « c'est la mort, il ne reviendra jamais. » On est graduellement passé de la perception du mort à la représentation de la mort, et c'est là le vide, et s'il n'y a pas quelqu'un pour remplir ce vide avec des mots, avec de l'art, des représentations graphiques, avec des musiques, des représentations sonores, c'est l'angoisse, l'angoisse du vide.



LA BOÎTE NOIRE DE LA PSYCHANALYSE REVISITÉE PAR LA SYSTÉMIE

Comme au fond d'une falaise, il y a Rien, qu'est ce qu'il se passe ? Je suis au bord d'une falaise, je n'arrive pas à me représenter, il y a un énorme trou, j'ai le vertige du vide, mais s'il y a quelqu'un qui ressent ce vide, je suis contraint par la représentation artistique à remplir le vide provoqué par le sentiment de la mort. Et alors là s'il y a des artistes, s'il y a des prêtres, s'il y a des romanciers, des gens de théâtre pour remplir ce vide, je peux faire quelque chose de cette représentation et ne pas me soumettre à l'angoisse qu'elle provoque en moi, je ne peux le faire que si autour de moi, il y a des gens qui ont résolu ce problème.

Très tôt dans l'histoire de l'humanité, les sépultures ont aidé les êtres humains à rendre supportable la mort. C'est la fonction des rites et des mythes autour des tombes comme le montrent les rites funéraires égyptiens.

Le rêve devenant la preuve qu'il peut y avoir une vie ailleurs que la vie perceptive. J'ai bien vu quand tu dormais que ton corps était flasque, c'était une petite mort, puisque à ton réveil tu m'as raconté ton voyage, puisqu'il y a une petite mort, il y a une grande mort et après ta mort. J'en fais une sépulture pour que tu puisses voyager dans un monde extraordinaire dont je vais chercher les indices : une fleur, la manifestation de Dieu, une statue représentant la mort ou son esprit, (mais des Chrétiens ont fait la même chose) et les visages et le corps étaient martelés pour que l'âme puisse sortir...

Les Chrétiens ont fait la même chose puisque au Moyen Age les vitraux des cathédrales étaient construits de telle façon que la lumière de Dieu puisse venir habiter la maison. Donc **Dieu était là** et c'était le même raisonnement qui associait le rêve à la mort.

Le rêve existe très tôt dans le monde vivant. Avant le rêve il y a des cycles, c'est-à-dire que chez les plantes il y a des cy-

cles de métabolisme intense puis des cycles de métabolisme ralenti, parce qu'en physiologie on sait que si une information est **exactement** la même, ce n'est plus une information. Nécessité donc d'une variation de l'information. Dans un monde où tout serait bleu, le concept de bleu ne pourrait exister, il faut autre chose que le bleu, c'est la différence de couleur qui fait naître la représentation de la couleur. Mais peut-être que votre bleu n'est pas mon bleu. À ce moment-là, on rentre dans un univers inter subjectif.

Les tortues accentuent encore ce monde d'ondes lentes et d'ondes d'alerte. Il paraît que les caïmans rêvent, je l'ai lu et je n'ai jamais su comment l'homme a fait pour enregistrer les ondes du sommeil du caïman...

Il y a dans le monde vivant un virage à partir des oiseaux. Il apparaît trois éléments :

L'homéothermie, la température reste la même quelle que soit la variation du milieu, la température reste stable car j'ai un mécanisme d'autonomie.

Le jeu qui apparaît chez les oiseaux : je ne suis plus soumis aux perceptions du milieu. C'est moi qui invente le comportement auquel je vais répondre, je fais partie d'un club de goélands à Porquerolles, je suis Goéland Honoraire, le prix d'entrée est une tranche de jambon par an, à peu près. Et quand on observe des goélands, on dit qu'ils n'ont pas de comportements adaptés. Ils ont un jeu : ils prennent une proie et la jettent dans la mer et ils recommencent ce jeu d'une manière répétitive. Ils le font au mois de juin, et les petits le font beaucoup.

Ce n'est pas une maladresse. Ils font quelque chose qui ne paraît pas nécessaire, ils font tomber quelque chose et ils le rattrapent, c'est une réponse à une situation qu'ils créent. Nous on dit qu'ils jouent.

Il y a donc l'homéothermie, la graisse, le jeu, je peux me déplacer, j'ai ma réserve alimentaire sur moi, si je n'ai pas de réserve, je suis contraint à manger tout le temps. Ce sont là les premiers degrés de liberté biologique par rapport à mon environnement et c'est là qu'on voit **apparaître le sommeil paradoxal**. Au moment où apprenant ce qu'on pourrait appeler la liberté biologique, je commence à m'autonomiser des contraintes du milieu. Ce sommeil paradoxal, il est coûteux sur le plan biologique puisqu'il y a une décharge énergétique intense, c'est le moment des accidents médicaux nocturnes, asthme, OAP, infarctus. C'est fatigant, le sommeil n'est pas de tout repos. C'est fatigant de dormir en sommeil paradoxal. Les déprimés qui luttent, qui n'ont pas de phases courtes préparatoires parce qu'ils sont malheureux et qui s'endorment épuisés, qu'ils tombent en sommeil paradoxal, se réveillent épuisés le matin. Parce qu'ils sont malheureux, ils ont saboté la phase préparatoire au sommeil paradoxal.

Le premier stade, c'est l'incorporation, l'apprentissage du milieu... L'empreinte du milieu. Donc, je change de milieu, j'apprendrai, je peux apprendre désormais mon milieu. C'est un indice de liberté, c'est un indice de sécurité. C'est un indice de sûreté.

Les chats sont les médaillés d'or du sommeil paradoxal, parce que ce sont des prédateurs. Il y a là l'histoire que racontent les vétérinaires. Beaucoup de gens qui sont parkinsoniens se font griffer les mains par leurs chats. Ils voient les mains bouger, ils sautent dessus et les griffent, ce sont des prédateurs, c'est cruel. Tous les spécialistes du sommeil travaillent avec des chats parce que ce sont les champions du sommeil paradoxal. Les mauvaises langues disent que c'est parce qu'ils dorment aux mêmes heures que les fonctionnaires. Les vaches en étable sont totalement sécurisées et fabriquent beaucoup de sommeil paradoxal.

Elles peuvent apprendre n'importe quel milieu, s'y adapter, connaître les horaires des gens qui s'occupent d'elles, s'y habituer. Quand on les met au pâturage, elles sont moins sécurisées et l'on diminue leur sommeil paradoxal, elles sont en alerte. En particulier la chef du troupeau de vaches n'a plus de sommeil paradoxal. Donc on a l'indice de curiosité, de liberté et de sécurité. L'idée que je voulais vous proposer maintenant c'est que le rêve est une fonction biologique qui nous permet d'accéder à la liberté. Exactement le même raisonnement que j'ai proposé tout à l'heure pour la métamorphose de la parole. Si on a un trou dans le lobe temporal gauche, on ne parle pas.

Ce que répond un peu le rêve de l'aveugle, c'est que tous les aphasiques à qui l'on a montré des images redécouvrent

le plaisir des images et de la couleur dès qu'ils sont aphasiques. On fait ça avec des aphasies transitoires ischémiques (thrombose de la carotide). Dès que la parole revient, on les questionne. « Comment faisiez-vous pour penser quand vous n'aviez pas la parole ? » Si je pensais avec des images comme dans un **film sans paroles**.

C'est un mode de pensée opératoire, de résolution de problèmes avec les images.

« Et ces images, comment elles étaient ? »

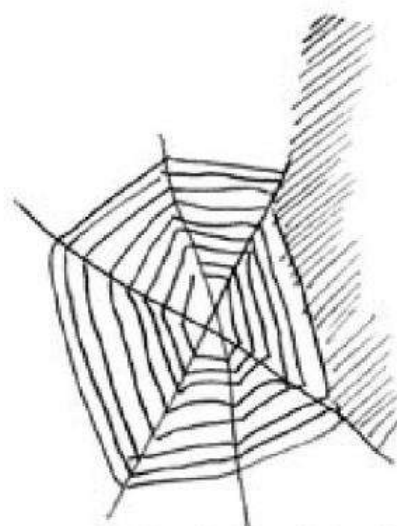
Étonnantes, le plaisir de la diversité des images, des couleurs !

En fait on est aveugle par le monde des mots et quand les mots disparaissent, on redécouvre le plaisir des images, on devient alors prisonnier des images, car les images sont contextuelles : (l'exemple d'un psychanalyste ayant une aphasie transitoire. On l'a fait parler, il disait la surprise de la vivacité des couleurs. Un médecin arrive, s'assoit sur son lit, il était agrippé par une image qu'il avait laissée sur les draps, il avait frappé les draps en s'asseyant sur son lit. Il était agrippé à la trace qu'avait laissée le médecin sur son lit.)

Le fait de perdre le monde de la parole redonne de la vigueur



RÊVE
D'ARAIGNÉE



CAUCHEMARD
DE MOUCHE

aux choses, on les redécouvre avec plaisir. Le monde de la parole les fait oublier ou plutôt les met à l'ombre un peu. Autre notion intéressante chez ces personnes aphasiques transitoires, ils nous expliquent à quel point elles se sentaient lourdes.

Finalement ils nous expliquent que dès l'instant où l'aptitude à la parole revenait, ils représentent un monde dilaté.

Les métaphores de vol, d'espace sont revenues : bottes de sept lieux, vol d'oiseaux, etc. Parce que dès qu'ils retrouvent l'aptitude à la parole, le sentiment et l'émotions éprouvés par le corps sont provoqués par les représentations. Et là l'aptitude à la représentation d'un monde dilaté, lointain dans le temps et dans l'espace, fait qu'eux se sentaient plus

légers. Et dans les heures où ils n'avaient plus de parole, la métaphore le plus souvent employée était le tombeau, la fermeture, la lourdeur. « Pendant quelques heures, je suis redevenu de la viande. » Même leur corps, ils ne le ressentaient plus de la même manière. Il était là question de la simple aptitude à la parole...

Je m'approche là de la conclusion de l'idée que je voulais vous proposer.

Je crois que puisque nous sommes des êtres de corps, une partie non humaine, une partie de chair, de carbone, d'oxygène, je suis comme les animaux travaillés par les rêves. C'est-à-dire que si j'ai un problème à résoudre, je vais **augmenter mon sommeil paradoxal de 30 % en moyenne** ... Mais dès l'instant où je me réveille, le rêve est un réveil du passé, le rêve fait revenir des traces du passé, et dès que je me réveille, je peux travailler le rêve qui m'a travaillé. Conformément choisir les mots, choisir la personne à qui je vais adresser mon discours. -Regarder comment il réagit, quand je parle, il hoche la tête, il est donc d'accord. Il est co-auteur de mon discours. Il n'a pas dit un mot, il a influencé mon discours, il est co-auteur.

Comme les animaux, l'homme est travaillé par ses rêves. Et à l'inverse des animaux, l'homme peut travailler ses rêves

(on retrouve la métaphore de tout à l'heure, on retrouve la mort de tout à l'heure.)

Pour faire chic, j'arrive à citer Freud, ça fait toujours bien.

« La pensée visuelle se rapproche des processus inconscients de la pensée, plus que de la pensée verbale, et elle est plus ancienne que lui. »

Ça veut dire que l'on a là le raisonnement phylogénétique que je vous ai proposé, le raisonnement incorporatif de la fonction biologique du rêve et le raisonnement de faire quelque chose de ce qui nous arrive, c'est là où la liberté humaine prend toute sa dimension.

Finalement, il y a du rêve une approche collectiviste puisque l'on supprime les rêves paradoxaux chez les chatons avec de l'anafranil, on désorganise leur mode d'adaptation au milieu : ils ne sont plus attachés à leur mère, ils n'ont plus appris leur milieu, ils sont devenus obèses.

Le rêve sert finalement de métaphores, d'images, d'icônes sonores, d'odeurs, métaphores émotionnelles qui nous permettent de faire une proximité entre la pensée en images et la pensée en mots et qui nous contraint peut-être de transformer notre angoisse en un regard.





Lucie Rodia

L'enfant roi, symptôme du couple parental

Un nombre important d'articles est paru cette année autour du thème de l'histoire de l'évolution de la famille dans notre société contemporaine. En effet, l'enfant heureux semble être celui qui est « comblé » par une société de consommation. Il en ressort que ce dernier est au centre des préoccupations parentales, il a un statut de « toute puissance ».

Ne serait-il pas le symptôme du couple parental ?¹

Ce thème de l'enfant « roi » est d'autant plus intéressant qu'il vient faire écho à la problématique majeure du service de pédopsychiatrie auquel j'étais rattachée.

J'ai suivi régulièrement certaines familles sur toute la durée de mon stage et j'ai pu créer un lien privilégié avec certaines d'entre elles.

C'est tout particulièrement à travers les situations cliniques de Samy et de Marine qu'il m'a semblé intéressant d'illustrer cette notion d'enfant « roi ».

Situation clinique : Samy

C'est dans le cadre des consultations du CMS que Samy et sa mère sont reçus pour la première fois par la psychologue (ma garante de stage) en ma présence.

Samy est un enfant de 4 ans qui se présente dans une grande agitation. Cette première rencontre a été marquante par la rapidité dont il faisait preuve dans ses actes (décrocher le téléphone, prendre l'agenda de la psychologue...) Il a eu un comportement que je pourrais qualifier « d'imprévisible ».

La demande : la mère de Samy est désemparée face au comportement de son fils et se trouve en difficulté pour lui poser des limites. Elle décrit son enfant comme un petit « tyran ». Le comportement impulsif de Samy est essentiellement à l'encontre de sa mère, je la cite : « Je ne sais pas pourquoi, c'est avec moi qu'il a un problème. »

Outre cette grande agitation, Samy a une lèvre enflée et infectée.

La mère de Samy est femme au foyer, mais elle est en recherche de formation. Elle s'occupe de ses deux enfants, Samy et sa petite sœur de 6 mois. Son comportement vis-à-vis d'elle est une des raisons de cette demande de suivi psychologique.

Monsieur est maçon, il est très pris par son travail, et sa présence au sein de la famille n'est que de 2 heures environ le soir.

Les soins : Samy a eu un suivi psychologique de quelques mois. Vu la persistance de ses troubles, il a été orienté en HAD (hospitalisation à domicile). Son référent est infirmier psychiatrique. Les prises en charge sont au rythme de trois fois par semaine.

La mère de Samy continue à être suivie par la psychologue afin qu'elle puisse avoir un lieu de parole et commence un travail sur elle-même.

Des rencontres régulières avec les parents de Samy sont instaurées avec l'équipe soignante. Dans la prise en charge de soin à domicile, il est essentiel que les parents soient partie prenante.

Une agitation psychomotrice

Lors du second entretien, Samy a été reçu sans sa mère. La psychologue ayant été appelée pour une urgence, je suis restée seule avec lui. Il avait à sa disposition un jeu de cubes. Je me suis mise à côté de lui et ai participé à ce qu'il faisait. Samy m'est apparu comme un enfant pouvant faire preuve d'attention face à une activité. J'ai instauré un certain dialogue, il était réceptif et intéressé. Il a su être un petit garçon et non plus un « petit tyran ».

À la suite de cet épisode, je me suis demandé si son agitation et sa turbulence n'étaient pas une forme d'angoisse qu'il traduisait par ses actes en particulier en milieu familial.

1. J. Lacan, Deux notes pour l'enfant. Ornicar ? 1969, *Revue du champ freudien*, avril-juin 1986.

Lors des prises en charge avec son référent, Samy a des difficultés à pouvoir rester assis sur une chaise ou à ne pas toucher ce qui est à sa portée, il est en agitation permanente. Outre cette grande excitation, il est dans un refus constant. Il a même hérité du surnom de « monsieur non ». L'importance du « non » chez Samy peut être comprise comme une tentative de premier pas vers l'autonomie. L'envie de désirer, de penser par lui-même, de pouvoir s'affirmer ne serait-ce pas une façon de se défaire de l'emprise maternelle ?

Le comportement premier face à un enfant de la sorte est de se demander ce qu'il exprime par cette désinvolture. Cette violence dans ses actes semble exprimer un malaise : peut-être Samy ne réussit-il pas à acquérir une place en tant que sujet ?

Un refus des limites

Samy peut avoir des réactions excessives lorsque sa mère lui pose des limites. Il devient agressif envers elle mais aussi envers lui-même.

Lors de la première rencontre, Samy a utilisé des feutres. À la fin de la séance, sa mère lui demande de les ranger et de les rendre. Il lui a dit « non » et voulait les emporter chez lui. Il a crié et fini par la taper. Face au comportement de son fils, elle est restée passive voire désemparée et n'a pas réagi. Cette attitude explicite le fait que cette mère ne peut imposer de limites à son fils sans se culpabiliser.

Cette situation de « violence » est assez déstabilisante, j'étais prise dans l'action, il m'était impossible de réagir, mais surtout de réfléchir.

Lors des entretiens, la mère de Samy commence toujours en disant :

« Il a recommencé à être odieux, il a encore frappé sa sœur, il ne m'obéit pas... Je ne peux plus supporter son comportement, je suis très fatiguée. »

J'ai remarqué au cours des entrevues que cette mère réduisait son fils à des actes.

En effet, quand elle parle de lui, elle ne le nomme pas. Ce n'est pas « Samy » ou « mon fils ». Elle énumère ses faits

et gestes. Cette réaction semble être la même pour toutes les personnes encadrant Samy. Finalement pour tous, Samy « n'est pas », « il fait ».

À partir de ce constat, nous pouvons nous demander si ce dernier n'est pas enfermé dans un comportement de « petit tyran » ne lui permettant pas d'acquérir une position en tant que sujet.

Un comportement tyrannique envers sa sœur

Les troubles du comportement de Samy se sont accentués à la naissance de sa petite sœur. La mère explique qu'il peut être très violent envers cette dernière. Il lui tire les cheveux, la frappe et a même essayé de l'étouffer dans son berceau. Dans certaines rencontres, la mère accompagne Samy et porte sa fille contre elle dans un « sac kangourou ». On remarque que cette proximité insupporte Samy. Il la montre, la nomme « bébé », mais il ne la présente pas comme sa sœur. Quand on lui demande de citer les membres de sa famille, il cite son père, sa mère et lui.

D'après un registre freudien, on sait que l'enfant vit dans un premier temps une relation fantasmatique avec sa mère où il est dépendant de son désir et tente d'affirmer sa position phallique auprès d'elle. Mais ce temps de jouissance se voit contraint d'être interrompu par la venue d'un rival qui n'est autre que son père en tant que détenteur de l'objet de désir de la mère (phallus). Nous pouvons nous demander si Samy ne voit pas en la personne de sa sœur un autre rival en quête de l'objet du désir maternel. Sa sœur n'est-elle pas une menace de détachement à l'encontre de la relation fantasmatique mère-fils ?

C'est une tentative de compréhension de l'agressivité qu'elle lui porte. La naissance d'un puîné est chez tout un chacun vécue par la fratrie comme une rivalité, mais ce qui pose question dans la situation de Samy, c'est qu'il est « figé » dans ses actes de violence envers sa petite sœur.

Des difficultés à être mère

En quoi la relation mère-enfant est-elle importante dans la compréhension des difficultés de Samy à élaborer sa constitution subjective ?

La construction psychique de l'enfant naît au temps où mère et enfant sont dans une relation fantasmatique marquée par le sceau du manque. L'enfant tentera d'être l'objet qui comble le désir de sa mère et cette dernière lui laissera croire qu'il peut l'être. Mais le temps de l'Œdipe amènera l'enfant à la désillusion car il va s'apercevoir qu'il ne peut combler l'Autre et se met en quête de trouvaille à l'objet manquant. À ce moment, l'enfant doit rencontrer une parole structurante afin de se constituer en tant que sujet. La mère de Samy exprime à chaque entretien son incapacité à maîtriser le comportement de son fils.



« J'ai tout essayé, je l'ai puni, je le gronde, mais il n'y a rien à faire, je n'y arrive plus, je suis dépassée. »

Cette femme a des difficultés à parler de son absence, des rapports qu'elle entretenait avec ses parents. Elle dira seulement :

« On est plusieurs frères et sœurs à la maison, personne ne bougeait sinon, on était battu très fort par mon père et dorénavant je ne veux pas que mes enfants soient élevés comme ça. Ah ça non ! »

C'est une femme qui a connu le rejet et la maltraitance de la part de son père. Elle est originaire du Nord, mais a préféré s'éloigner de sa famille et ne garde plus aucun lien avec elle.

Au temps du conflit oedipien, toute jeune fille se détourne de sa mère et érige son père en objet d'amour dans un premier temps, c'est ensuite vers les hommes que la fille devenue femme se tournera.

D'après les dires de la mère, on peut réfléchir sur l'inscription et la place du père de madame dans son histoire. Comment cette mère lorsqu'elle était enfant a-t-elle pu ériger un père rejetant et maltraitant en objet d'amour ?

Ce dysfonctionnement au niveau de son père ne lui aurait peut-être pas permis de s'inscrire dans une triangulation oedipienne structurée. On peut de ce fait comprendre qu'elle rencontre en tant que femme, des difficultés dans son désir d'homme.

Partant de cette hypothèse, on peut expliquer pourquoi le père de Samy se trouve peu contenant dans son rôle de mari et dans son inscription en tant que père.

Une mère désespérée

La mère de Samy est déconcertée face à l'attitude de son fils. Lors de sa grossesse, elle a été suivie dans le service de l'unité parent-bébé à l'hôpital de Montfavet. À la naissance, elle a continué la prise en charge. Elle était en contact avec d'autres mères et une équipe soignante. Cette structure propose des activités : des séances de relaxation, des groupes de parole et accompagne ces mères dans la relation précoce avec leurs enfants. Afin d'approfondir mon travail de recherche sur la situation de Samy, j'ai rencontré des membres de l'équipe soignante de l'unité parent-bébé, pour mieux comprendre quelles ont été les premières relations entre Samy et sa mère. Son agitation psychomotrice est-elle survenue lorsqu'il était nourrisson ?

Dès les premiers mois de Samy, nous pouvons penser que sa mère n'arrivait pas à lui apporter des repères structurants. L'équipe soignante m'a décrit cette maman comme une « mère insécure » dans sa relation avec son fils. D'après les propos recueillis : « c'était une maman qui avait du mal à prendre Samy dans ses bras de manière chaleureuse. Elle était ambivalente dans sa posture avec lui. Elle pouvait le garder contre elle à l'étouffer, mais d'un autre côté elle cherchait tous les moyens pour s'écarter de lui et pour le confier à d'autres personnes. »

En effet, l'enfant doit connaître une période de dépendance dans la confiance afin d'acquérir son indépendance en tant que sujet.

On comprend que c'est une femme qui a besoin de reconnaissance et d'aide dans son rôle de mère.

L'enfant s'approprie une position subjective par l'intermédiaire de l'Autre maternel. En effet, la mère est porteuse de repères symboliques car elle présente la dimension tierce à l'enfant. Cette tentative de faire appel à la loi du Nom-du-Père permettrait à l'enfant de se distancier de la toute puissance afin que ses pulsions se socialisent. Or, c'est à ce niveau de la construction subjective qu'il y a un dysfonctionnement au sein de la situation clinique de Samy.

Ce qui nous amène à émettre l'hypothèse, en s'appuyant sur une référence lacanienne, d'après « Les deux notes à J. Aubry² », que l'enfant peut être le symptôme du couple parental.

La place de la fonction paternelle dans le discours de la mère

Lors des rencontres, les parents de Samy ne donnent pas l'impression d'être un couple. Tous deux se positionnent par rapport à leur fils. Ils expriment leur malaise face au comportement de Samy, mais ils ne s'écoutent pas ; il n'y a pas d'échange ni de compréhension entre eux. Ce sont deux personnes, un homme, une femme, mais on peut se demander s'il existe un rapprochement amoureux entre eux.

La compréhension de cette problématique implique principalement la place et la fonction paternelles. Avant d'avancer dans notre démonstration, il est important de rappeler que ce n'est pas l'absence ou la présence physique du père de Samy qui importe, mais la façon dont la mère le présente (en tant que tiers occupant le désir de la mère) dans son discours. Le père dans sa fonction se situe à la place que la mère lui concède.

Partant de là, il faut qu'un tiers séparateur s'introduise afin que la relation imaginaire mère-enfant ne perdure pas et n'entraîne pas l'inhibition du désir de ce dernier. Cette médiation permet qu'un écart se creuse entre le désir de la mère et celui de l'enfant laissant ainsi une place au manque. On peut supposer que c'est à ce niveau que se situe le dysfonctionnement de la fonction paternelle du père de Samy.

L'histoire de cette mère montre qu'elle rencontre des difficultés en tant que femme à mettre un homme à un statut désirant. Connaissant une carence dans son inscription symbolique, comment peut-elle reconnaître la place du père de Samy dans sa fonction paternelle ?

Mannoni explique dans son ouvrage « L'enfant arriéré et sa mère » que le symptôme d'un enfant peut être l'expression de ce qui reste non résolu chez sa mère au niveau de son épreuve de castration.

Pour toute femme qui devient mère, la relation mère-enfant renvoie à sa propre épreuve de castration.

2. J. Lacan, Deux notes pour l'enfant. Ornicar ? 1969, *Revue du champ freudien*, avril-juin 1986, p. 13-14.

On peut entendre cette réflexion comme une tentative d'explication au fait que la mère a du mal à reconnaître la loi paternelle. En effet, ce passage à la dimension symbolique (castration) amène la mère (à travers son enfant) à revivre ses propres difficultés.

On se demande alors qui tient lieu d'adresse de son désir. On peut émettre une réponse en disant que cette mère semble maintenir en la personne de son fils, le lieu de son désir.

La position du père face à la toute puissance de son fils

Le père se présente comme un homme soucieux du comportement de son fils.

Il dit : « Je ne comprends pas ce qui se passe dans sa tête. »

Il s'interroge sur les capacités de compréhension de Samy. « À la maison, il n'arrive pas à comprendre ce qu'on lui dit, alors il n'obéit pas. »

Le père ira jusqu'à nous donner un exemple pour illustrer son incompréhension face au comportement tyrannique de son fils :

« Samy avait emprunté un vélo et jouait avec ses cousins. Au moment de partir, il n'a pas voulu rendre le vélo. Alors en sortant, on est allé lui en acheter un. Je ne comprends vraiment pas, pourtant il a tout ce qu'il veut. »

Il ne me semble pas que ce soit au niveau du « manque matériel » que l'on peut comprendre ce qui fait symptôme chez Samy. Ne serait-ce pas plutôt un manque de repères structurants ?

La médiation paternelle intervient auprès de la mère et de l'enfant pour leur signifier qu'il est le détenteur de l'objet du désir de la mère (phallus). De ce fait l'enfant renoncera à être le phallus maternel. L'intervention symbolique paternelle impose une limite de jouissance au couple fantasmatique mère-enfant. Lacan nomme ce passage de l'ordre imaginaire à l'ordre symbolique, la métaphore du Nom-du-Père. Le père de Samy semblerait avoir des difficultés à occuper cette fonction paternelle et cela entraînerait des conséquences pour Samy.

Nous savons, d'après un référentiel lacanien que la mère doit présentifier dans son discours, l'intervention paternelle comme pouvant être objet de son désir. Or, on peut envisager, vu l'histoire de cette femme, que c'est à ce niveau qu'il y a un dysfonctionnement.

On peut alors en déduire que la fonction paternelle dans cette situation, ne permet pas à Samy de rencontrer une opération signifiante, cela peut être alors une explication de ce qui fait symptôme chez cet enfant.

Le comportement tout puissant de Samy est en relation avec un dysfonctionnement au niveau de son manque à



être. Sa mère est en difficulté par rapport à son manque à elle et ne met pas Samy dans une position où il peut réussir à advenir en tant que sujet désirant. Le comportement de Samy révèle qu'il y a un dysfonctionnement au niveau de son processus de subjectivation, psychiquement. Même si Samy est comblé au niveau de ses besoins, il n'en reste pas moins qu'il ne peut pas énoncer son désir.

Situation clinique : Marine

Anamnèse

Marine est une fillette de 9 ans. Elle est en classe de CM1. Elle poursuit une scolarité sans difficulté majeure hormis son comportement très agité et extraverti.

Sa mère est sans profession. Marine n'a pas connu son père géniteur car il est décédé à la suite d'un accident de travail (maçonnerie) pendant que sa mère était enceinte.

Madame s'est remariée avec un homme qui a adopté Marine à l'âge de quatre mois. De cette union est née une petite fille qui actuellement a 2 ans. Marine m'a appris qu'elle allait avoir un petit frère, sa mère est enceinte de quelques mois.

Le père adoptif de Marine est responsable d'un commerce. C'est un homme qui se montre calme, posé. Son discours vis-à-vis de Marine semble ambivalent. Cette ambivalence est peut-être due au fait qu'il ne soit que le père adoptif ou que le comportement de Marine le déstabilise.

C'est dans le cadre des consultations psychologiques que Marine et sa mère ont été reçues pour la première fois.

La demande : concerne le comportement de Marine. Cette dernière ne tolère aucune limite imposée par sa mère ou par l'école. L'institutrice a prévenu les parents que son comportement agité et provocateur l'isole par rapport aux autres camarades. Marine le vit très mal et se réfugie dans un monde imaginaire où elle s'invente des amis.

Les soins : Depuis près de deux ans, Marine est prise en charge en HAD (hospitalisation à domicile). Son référent, Michel, est éducateur spécialisé. Il l'accueille trois fois par semaine et lui propose des activités variées à visée thérapeutique. Depuis le début de ce stage, j'assiste à un atelier de création dirigé par Michel. Au fur et à mesure, j'ai créé ma propre place et une relation d'échange et de confiance s'est instaurée entre Marine et moi. Je suis de plus en plus réceptive à ce qui émane d'elle, les positions du corps, les expressions du visage, l'état émotionnel, les intonations de voix.

Les derniers mois, j'ai reçu Marine pour une activité de création de marionnettes (une fois par semaine).

Une agitation psychomotrice

C'est une enfant qui est dans la maîtrise de tout ce qui l'entoure. Marine est dotée d'un caractère très affirmé que ce soit envers les adultes ou envers ses pairs. L'expression de cette maîtrise s'exprime à travers une personnalité provocante et extravertie. Elle veut être au centre de tou-

tes les préoccupations. Elle est très expressive et arrive à monopoliser l'attention autour d'elle, gérant ses relations à autrui dans la manipulation. Lorsqu'une activité est proposée, qu'elle soit seule ou en groupe, elle a des difficultés à respecter les consignes. Michel son éducateur, a un rôle cadrant et structurant afin qu'elle puisse appréhender les relations à autrui d'une autre manière que dans la « toute puissance ».

Elle présente une forte agitation psychomotrice. Il ne lui est pas possible de rester posée. Elle a un débit verbal incessant et répétitif. Elle interpelle les personnes qui se trouvent à côté d'elle afin d'occuper en toutes circonstances une place centrale.

Marine nous donne l'impression de manipuler le monde extérieur afin qu'il soit source de plaisir. Marine ne fonctionnerait-elle pas selon une prédominance de son moi idéal, temps où l'enfant est dans une satisfaction immédiate ? J'évoque cette hypothèse car sa façon d'être au niveau subjectif montre qu'elle tend à écarter toute frustration. Ce mode de fonctionnement nous amène alors à penser qu'elle a des difficultés à élaborer le manque. On peut donc se demander si elle a rencontré des repères structurants qui lui permettent de se distancier de cette toute puissance afin que ses pulsions se socialisent.

Ce travail de recherche nous amènera à comprendre pourquoi Marine adopte ce « comportement symptomatique d'enfant-roi ».

Une autre forme de toute puissance à travers la fuite dans l'imaginaire

Passionnée par les dessins animés de Walt Disney et les contes de fées, elle chante beaucoup, invente des chansons qui parlent d'un monde merveilleux où elle serait l'héroïne. Elle dessine des princesses et s' imagine être l'une d'entre elles. La toute puissance de Marine s'exprime aussi par cette fuite dans l'imaginaire. Elle se voit vivre dans un monde merveilleux où elle règne en belle princesse. Ce qui entraîne pour les parents une impossibilité à lui poser des limites.

Nous pouvons penser que cette fuite dans l'imaginaire est une manière de maîtriser le monde extérieur à défaut de maîtriser son monde intérieur. Débordante d'angoisse, elle a des moments où elle arrive à verbaliser ce malaise intérieur : « Je sais que je garde des choses dans mon cœur et que j'ai du mal à exprimer ce que j'ai au fond de moi. »

On pourrait comprendre que son attrait pour les personnages féériques (La Petite Sirène, La Belle au Bois Dormant...) permettrait à Marine de se réfugier dans un monde qui serait moins porteur d'angoisse. Cette forme de toute puissance pourrait être entendue comme un symptôme contre son angoisse intérieure.

Les relations avec les autres enfants

Meneuse et provocatrice, Marine se retrouve très souvent en relation conflictuelle avec ses camarades. Elle peut se montrer très arrogante voire querelleuse. Son institutrice nous décrit Marine comme une enfant rejetée par les autres.

Cette volonté de vouloir tout maîtriser la pénalise dans ses rapports avec ses camarades. Marine se sent « victime » et nous expliquera qu'elle est au cœur d'un complot à son égard. Les histoires qu'elle nous raconte sont toujours rocambolesques. Cette situation de rejet est douloureuse pour elle.

À travers cette position de victime, Marine se sent privilégiée vis-à-vis des personnes de son entourage (parents, équipe soignante...) Cette tendance à la manipulation reflète l'intelligence de cette enfant. Elle réfléchit rapidement et de façon très pertinente. Les entretiens soulignent à plusieurs reprises que Marine redoute de ne plus être aimée : « Tu sais, aujourd'hui, j'ai encore un nouvel amoureux dans ma classe. En fait j'en ai plein comme ça il restera toujours quelqu'un qui m'aime. »

Cette crainte de ne plus être aimée peut être rapprochée de la position de victime qu'elle adopte dans ses relations à autrui. En effet, en étant au centre de tous les intérêts, elle se sent protégée et aimée de tous.

Comment peut-on entendre cette crainte d'être seule et sans amour ?

On peut comprendre que Marine s'oblige d'une certaine manière, à revêtir une identification imaginaire pour qu'on lui porte de l'affection. Comme si elle ne pouvait pas exister en tant que sujet propre, mais seulement en revêtant l'image d'un personnage imaginaire pour se sentir appréciée de tous.

D'après ces données, on peut penser que ses difficultés peuvent être situées au niveau de l'élaboration de sa construction psychique en tant que sujet.

Une mère en difficulté

Je rencontre la mère de Marine régulièrement lorsque l'on va chercher cette dernière à son domicile dans le cadre de la prise en charge.

Sa mère est consciente des difficultés de sa fille, elle paraît souvent soucieuse et montre une attitude très protectrice. Cela se traduit d'abord en paroles par une multitude de petits conseils avant de la quitter :

« N'oublie pas que tu as déjà goûté... Je vais te recoiffer... »

Elle a aussi du mal à confier sa fille à une tierce personne. Il a fallu un certain temps avant qu'elle puisse faire confiance à l'éducateur. Elle est assez réticente sur le travail thérapeutique mis en place. C'est donc une mère fragile qui avoue à demi mots avoir vécu une enfance très difficile. Elle est suivie par un CMP. Les entretiens réguliers avec Michel la mettent en confiance dans son rôle de mère et l'aident dans sa conduite à tenir envers sa fille.

Par ailleurs, je remarque que dans son discours, elle se compare souvent à sa fille, qu'elle présente de façon élogieuse, tout en se dévalorisant :

« À son âge, j'étais beaucoup moins jolie que Marine ! Ma fille a de grandes qualités artistiques, je l'emmène à la danse toutes les semaines, et dieu sait qu'il ne faut pas rater ça ! Elle est très douée. Quand j'étais plus jeune, j'aurais aimé

moi aussi faire un sport qui me plaise ! D'ailleurs la danse m'aurait beaucoup plu ! (rire) »

Il semblerait que cette mère exprime le désir de voir en Marine des qualités exceptionnelles qu'elle-même aurait aimé avoir durant son enfance.

Une fille idéalisée

Nous pouvons nous demander si cette mère ne projette pas sur son enfant ses propres désirs qui seraient restés enfouis depuis l'enfance et de ce fait mettrait Marine à la place de l'enfant idéal qu'elle aurait aimé être ou du moins reconnu comme tel par ses parents :

« Mes parents m'ont toujours considérée comme autre chose que leur enfant, je vous passerai les détails ! »

L'attitude de Marine n'est-elle pas un symptôme en résistance à un héritage narcissique fantasmatique lourd à porter ? Ce symptôme témoignerait de la manière dont elle s'approprie l'héritage.

Freud souligne qu'au temps du narcissisme, les parents revivent à travers les enfants leur propre narcissisme donnant ainsi naissance à des fantasmes de (re)trouvailles de jouissance perdue. De ce fait, il se produit une forme de projection narcissique de désirs inassouvis car marquée par le manque sur leurs enfants. Tout un chacun reste dans cette quête de (re)trouvailles de ce temps originaire, par contre, je remarque que dans la situation clinique de Marine cette projection narcissique est exacerbée, contribuant ainsi au fait que cette dernière ne rencontrerait pas d'opération signifiante afin de se constituer en tant que sujet.

La mère voit en son enfant l'espoir de combler son manque à être et réciproquement, l'enfant tente au temps du complexe de castration, d'être l'objet de désir de sa mère, c'est-à-dire le phallus maternel.

Cette interaction entre Marine et sa mère nous amène à comprendre que cet enfant a des difficultés à exister autrement qu'à travers ce statut d'enfant-roi aux yeux de sa mère.

Marine existe au travers de cette projection narcissique qui l'empêche de désirer et devenir sujet indépendant du désir de sa mère. De ce fait, je peux en déduire que ce comportement de maîtrise est une réaction à cet héritage narcissique. La structure de la personnalité de Marine n'est pas terminée, elle nécessite une intervention symbolique pour pouvoir finir sa construction psychique. Le passage de l'ordre imaginaire à l'ordre symbolique chez l'enfant s'effectue par l'opération de la métaphore du Nom-du-Père. C'est par un manque de fonction paternelle structurante que s'expliquerait le comportement tout puissant de Marine.

Il est alors essentiel de comprendre pourquoi il y a un dysfonctionnement de la fonction paternelle dans la situation familiale de Marine.

L'absence du père géniteur

En ce qui concerne le père géniteur de Marine, elle a rapidement su la vérité sur le décès de ce dernier. La relation entre sa mère et la famille côté paternel a été difficile (héritage,



peu de liens, peu de reconnaissance). Il semble actuellement que des rapports se remettent en place. L'élaboration d'un arbre généalogique, lors de son suivi psychologique, lui a permis de bien situer les positions de chaque membre de sa famille et s'approprier avec ses mots le décès de son père géniteur. L'intérêt de cet arbre a aussi suscité des questions chez elle, ce qui a créé une dynamique familiale.

Le père géniteur de Marine est absent dans sa vie et la mère de cette dernière lui a souvent parlé de son père, elle le présentifie dans son discours de mère et de femme.

Il ne faut pas réduire l'opération symbolique de la fonction paternelle à la présence-absence de l'homme dans la famille. En effet, la mère doit présentifier à l'enfant un tiers séparateur mobilisant son désir signifiant, ainsi à ce dernier qui doit renoncer à être l'objet de son désir. En temps de guerre, les enfants n'étaient pas tous psychotiques !

Un père adoptif peu structurant

En ce qui concerne l'éducation de Marine, la mère tend à s'en remettre à Michel essentiellement. Elle essaie de progresser en ce qui concerne les interdits qu'elle a du mal à faire entendre à sa fille.

Le père adoptif de Marine est coopératif dans la prise en charge de cette dernière, mais il reste en retrait en ce qui concerne son rôle et sa fonction de père. N'est-il pas déstabilisé par le comportement de Marine ?

À la naissance de la demi-sœur de Marine, le père n'aura pas la même attitude envers les deux enfants. Il abandonne ou ne peut pas assumer sa fonction de père auprès de Marine,

alors qu'il adopte un comportement autoritaire par rapport à sa propre fille.

Cette contradiction est source d'angoisse pour Marine et contribue à accentuer ses troubles.

Lors d'une rencontre, dans « l'atelier marionnettes », Marine a mis en scène un épisode qui illustre son angoisse :

« (Sa marionnette se nomme : Arielle. La scène se passe chez Arielle pendant la nuit.) Arielle dort quand, soudain, elle fait un horrible cauchemar et se met à crier. Elle est terrifiée et appelle son père pour qu'il la réconforte et qu'il l'amène ensuite dans son lit pour qu'elle finisse la nuit. Mais la petite sœur est déjà dans le lit ; le père est embarrassé : que va-t-il faire ? Qui aime-t-il le plus ? Finalement, vu les pleurs d'Arielle, il couchera la petite sœur dans son lit et prendra Arielle avec lui. Cette dernière, soulagée, dormira tranquillement. »

Ce père ne paraît pas structurant dans sa fonction paternelle au niveau de la castration symbolique. Lacan définit la castration, non pas comme ce qui empêche le désir, mais au contraire, comme ce qui permet de le soutenir. L'enfant est introduit au registre de la castration symbolique par la fonction paternelle. Le père est le tiers séparateur qui vient présentifier à l'enfant qu'il n'est plus l'objet de désir de sa mère.

On peut entendre un dysfonctionnement au niveau de la castration symbolique, ce qui amène Marine à

adopter un comportement de maîtrise et à s'ériger en tant qu'enfant idéal, en tant que « princesse ».

La problématique de cette situation clinique est justement là, la fuite dans un mode imaginaire permet à Marine de maîtriser l'extérieur porteur d'angoisse du fait qu'elle n'a pas rencontré d'opération signifiante qui lui permette d'élaborer sa position de sujet, son manque à être.

Conclusion

En ce qui concerne les soins proposés à ces enfants, un suivi psychologique est mis en place pour chacun d'eux. Ces derniers bénéficient en plus de l'hospitalisation à domicile (H.A.D.) d'un soin en pack au Centre Hospitalier.

Outre une prise en charge individuelle, des entretiens entre l'équipe soignante et les parents ont lieu régulièrement.

De plus, les mères de Samy et Marine poursuivent un travail psychothérapeutique individuel, tout en cheminant auprès de leurs enfants dans une véritable démarche de soin.

Il apparaît à travers ces situations cliniques que le comportement de « toute puissance » vient combler ce qui fait défaut dans le fantasme.

Pour répondre à la question : que veulent exprimer ces enfants par cette attitude tyrannique ? Il me semble que je ne peux pas émettre de réponse universelle et unique car on travaille avec la singularité de chacun.

Par contre, au vu de ces situations cliniques, je peux dire que ces enfants cherchent à faire comprendre, à transmettre leur profonde insécurité interne.

Ils sont en quête d'un réceptacle, d'un contenant, d'une parole, d'un regard structurant. C'est comme s'ils cherchaient un appel au Nom-du-Père par cette attitude décrite parfois comme tyrannique ou toute puissante.

Être contenant ce n'est pas synonyme de violence ou de punition, mais c'est en quelque sorte accompagner l'enfant là où il a peur d'aller tout en lui donnant la main.

Ces enfants sont aussi porteurs d'un certain « héritage psychique » car dans les situations de Samy et de Marine, tous ont un cadre familial « peu structurant ».

Lors de mon stage, une réflexion m'a permis de percevoir ces situations d'une autre façon : « Ce n'est pas la faute du père ou de la mère, mais c'est dû à leur histoire. » En effet,

« Tout enfant est toujours l'héritier d'une histoire, et tout enfant est toujours porteur d'une mission au regard de l'histoire de ses parents. »³

L'enfant, d'après une référence freudienne, a la mission dans le fantasme, dans l'imaginaire parental d'assurer l'immortalité du narcissisme parental. Il devra accomplir tous les rêves et désirs que les parents n'ont pu mettre à exécution. Cet aspect est très explicite dans les situations rencontrées.

Le dysfonctionnement de cette situation « d'enfant-roi » est donc dû à un manque de parole structurante pour la constitution psychique de l'enfant.

Ces mères sont en difficulté dans leur propre subjectivation. Une inadéquation se crée entre le manque à être de la mère et celui de l'enfant. L'instance paternelle n'est pas structurante, elle non plus.

L'enfant serait alors le symptôme du couple parental. Il rencontre des difficultés au niveau de son processus de subjectivation et n'advient pas en tant que sujet désirant et autonome.

Bibliographie

BENHAÏM M., *Les troubles de la relation à la mère*, 1992, Toulouse Privat.

BENHAÏM M., *L'ambivalence de la mère*, 2001, Ramonville Saint-Agne, Erès.

DOR J., *Introduction à la lecture de Lacan*, 1985, Paris Denoël 2002.

FREUD S., « Analyse d'une phobie chez un petit garçon de 5 ans », *Cinq psychanalyses*, 2001, Paris PUF.

FREUD S., *Trois essais sur la théorie sexuelle*, 1969, Paris, Gallimard, 1987.

FREUD S., « Pour introduire le narcissisme », *La vie sexuelle*, 1969, Paris PUF, 1980.

FREUD S., « Quelques conséquences psychiques de la différence anatomique des sexes », *La vie sexuelle* 1969, Paris PUF, 1980.

LACAN J., *Le séminaire*, Livre IV, La relation d'objet, 1956/1957, Paris Seuil, 1994.

LACAN J., *Les formations de l'inconscient*, Séminaire inédit, 1957/1958.

LACAN J., La Signification du phallus. *Ecrits*, (Tome II), 1966, Paris, Seuil, 1999.

LACAN J., Deux Notes pour l'enfant, 1969, *Ornicar ? Revue du Champ freudien*, Avril/Juin 1986.

MANNONI M., *L'enfant arriéré et sa mère*, 1961, Paris, Seuil, 1991.

NASIO J.D., *Enseignement de 7 concepts cruciaux de la psychanalyse*, 1998, Paris, Petite bibliothèque Payot, 2000.



3. A. Ciccone, *Psychanalyse du lien tyrannique*, 2003, Dunod Paris.



Dominique Barbier

La loi, la jalousie

*La justice est, pour ainsi dire, une belle vierge, déguisée et produite
Par le plaideur, poursuivie par le procureur,
Cajolée par l'avocat et défendue par le juge*
(Charles du Fresny, les amusements sérieux et comiques d'un Siamois)

La justice est gratuite. Heureusement elle n'est pas obligatoire
(Jules Renard, Journal)

La cour rend des arrêts et non pas des services
(Séguier, Premier Président de la Cour de Paris
éconduisant un solliciteur indiscret)

Jupiter, Mesdames, Messieurs, passe le plus clair de son temps à rechercher, sous divers déguisements, les faveurs des plus jolies mortelles. N'a-t-il pas fait cygne à Lédà, l'épouse du roi de Sparte, Tyndare ?

Le Roi des Dieux est jaloux des hommes ! On le sait depuis Amphitryon.

C'est sans doute pourquoi Giraudoux a fait d'Alcmène la représentante d'une humanité qui se tient debout, fière de sa condition, satisfaite de ses limites.

« C'est un sacrilège que de prouver à notre créateur qu'il a raté le monde. Les amabilités qu'il a pour lui viennent de ce qu'il le croit parfait. S'il nous voit bancal et manchot, s'il apprend que nous souffrons de la jaunisse et de la gravelle, il sera furieux contre nous. D'autant plus qu'il prétend nous avoir créés à son image : on déteste les mauvais miroirs. »

(Le trompette à la scène I de l'Acte III d'Amphitryon 38)

La jalousie

L'Œdipe, c'est aussi des frères, des sœurs. Et cet aspect structural de la jalousie oedipienne est souvent laissée de côté au prétexte que frères et sœurs seraient sur le même pied d'égalité, vis-à-vis de *l'amour distributif* de leurs parents.

Oh ! L'amour d'une mère ! Amour que nul n'oublie !
Pain merveilleux qu'un Dieu partage et multiplie !

Psychiatre des hôpitaux

Centre hospitalier de Montfavet, 2, avenue de la Pinède. BP 92, 84143 Montfavet Cedex, tel 04.90.03.91.05. E-mail : dominique.barbier@ch-Montfavet.fr

Table toujours servie au paternel foyer !
Chacun en a sa part, et tous l'ont tout entier !
(Les feuilles d'automne, ce siècle avait deux ans)

Or le symptôme majeur de la jalousie réside dans l'ignorance que nous en avons. Ce qui lui permet de se développer bien à l'abri de notre insu ou de notre dénégation.

Le jaloux se sentira exclu dès lors, que l'autre vive et jouisse hors de sa présence de ce qui en lui est traversé de la vie.

Il ne respecte pas le temps qui creuse le désir et le marque du sceau de la brûlure. Le jaloux n'attend pas, il ne situe la rencontre que dans l'imaginaire et si elle a lieu dans le réel, il n'en ressentira que tristesse et mise à l'écart.

En 1984, Milos Forman a donné un excellent aperçu de ce qu'est la jalousie dans son film Amadeus.

Antonio Salieri compositeur officiel, aurait pu couler des jours heureux auprès de l'Empereur Joseph, si l'arrivée en 1781 d'un concurrent jeune et orgueilleux, Wolfgang Amadeus Mozart, n'avait menacé ses privilèges et sa fonction. Dès lors, Salieri s'acharnera à détruire la carrière du petit génie.

Le jaloux s'en prend jusqu'à l'existence de l'autre. Plus rien n'a d'intérêt à ses yeux que son unique petit « Moi » qu'il juge grandiose ; infatué qu'il est de son solipsisme.

La justice

La justice est fondée sur un unique précepte : « Ne fais pas à autrui ce que tu ne voudrais pas qu'on te fasse ». Elle se dresse donc comme rempart contre la jalousie en faisant de l'autre mon semblable et non plus ma proie.



C'est ainsi que la justice a trois significations à la fois distinctes mais liées entre elles. Il s'agit d'abord d'un **idéal** que chacun semble partager, mais aussi d'une **norme positive** pour une société donnée et enfin une **institution**.

Existe-t-il une idée universelle de justice qui ne serait d'aucun temps et d'aucun pays et transcenderait les cultures et les sociétés ? Ou doit-on dire comme Pascal « Vérité en deçà des Pyrénées, erreur au-delà... Plaisante justice qu'une rivière borgne ».

Héraclite au ^v^e siècle avant Jésus-Christ affirmait : « S'il n'y avait pas d'injustice, on ignorerait jusqu'au nom de la justice. »

Aristote, en tant qu'idéaliste est persuadé que la justice est un sens commun et naturel. Il ne reste plus qu'à le réaliser dans la vie des hommes. Et c'est ainsi qu'il distingue trois formes de justices : la justice communicative qui préside aux échanges et qui a pour règle l'égalité mathématique, la justice distributive qui établit une égalité de rapports entre quatre termes : deux choses et deux personnes (le bon candidat aura une bonne note, le mauvais une mauvaise) et la justice répressive où la gravité des peines est proportionnelle à la gravité du dommage et à la culpabilité de l'auteur de l'infraction.

Dans le Gorgias, Platon développe l'idée que les esclaves ne font qu'exprimer au grand jour leur faiblesse en réclamant la justice. Pour lui, nul n'est juste volontairement, mais seulement par contrainte. L'homme n'est juste que parce qu'il a peur d'être surpris par qui lui est supérieur : son père, son chef, son dieu ou le juge. Cette justice par contrainte extérieure n'a plus rien d'un idéal lointain. Son présent immédiat s'impose comme frein à la jalousie envieuse à l'égard du voisin. Dans la république, Glaucon relate le mythe de Gyges : l'homme qui devient invisible en tournant le chaton d'une bague qu'il a dérobé sur le cadavre d'un homme. Et Platon continue :

« Dès qu'il fut sûr de son fait, il fit en sorte d'être au nombre des messagers qui se rendaient auprès du roi. Arrivé au palais, il séduisit la reine, complota avec elle la mort du roi, le tua et obtint ainsi le pouvoir. Si donc il existait deux anneaux de cette sorte et que le juste reçut l'un, l'injuste l'autre, aucun pense-t-on, ne serait de nature assez adamantine pour persévérer dans la justice et pour avoir le courage de ne pas toucher au bien d'autrui alors qu'il pourrait prendre sans crainte ce qu'il voudrait sur l'agora... Tuer les uns, briser les fers des autres et faire tout à son gré, devenir l'égal d'un dieu parmi les hommes. »

Rousseau dans ses « fragments politiques » démontre que la justice n'est qu'un simulacre dont on se sert contre les plus faibles et les plus pauvres. Pour les tenants du scepticisme, la justice n'est qu'une idée subjective que chaque individu définit à sa manière, ce qui explique que la justice est sans effets sur la réalité.

Ce qui permet à Nietzsche d'accentuer le radicalisme de la critique dans la « Généalogie de la morale » lorsqu'il affirme que la justice est une illusion entretenue par les hommes qui ne veulent pas analyser la source de leur pouvoir et de leur savoir. Pour lui, ce que la masse dit de la justice ne témoigne que de sa volonté de vivre dans des conditions moins dures.

Kant, plutôt que d'accepter que la justice ne puisse être définie positivement, plaidera pour qu'elle soit une idée régulatrice. Ce qui lui évitera de dire qu'elle n'est pas.

Malgré cela des questions demeurent : toutes les inégalités sont-elles des injustices ? Tout droit à la différence est-il caution d'un privilège ? L'attrait pour la justice n'est-il que la crainte de subir l'injustice ? Ce qui est égal est-il nécessairement juste ? Le besoin de justice n'est-il que la jalousie des déshérités ? Peut-on rester juste quand les autres ne le sont pas ? Avons-nous le devoir de défendre notre droit ?

Et pourtant Socrate est mort pour ses idées ? N'est-ce pas non plus parce que le concept de justice et de recherche de l'équité est consubstantiel à l'idée d'humanité ? Dans un monde privé de divin, il reste encore à Sisyphe le droit à la révolte contre le désordre établi.

La loi de 1938 et l'« esprit de la Restauration »

Certes la Restauration au sens propre est un régime politique qui a duré d'avril 1814 à juillet 1830. Mais Louis-Philippe, proclamé lieutenant général du royaume deviendra roi des Français après la révision de la Charte (du 7 au 9 août 1830). Souverain de la monarchie de juillet, cet homme confiera, ne l'oublions pas, à Guizot le soin d'établir une politique autoritaire pendant 8 ans, jusqu'à la révolution de 1848. Nul ne conteste alors que la loi sur les aliénés soit une loi sécuritaire et d'exception. Elle fonde l'acceptation par le corps des médecins des asiles de la notion d'**ordre public** associé à la **sûreté des personnes**, à l'origine du placement d'office.

Mais aussi, elle introduit l'une des plus anciennes dérogations obligatoires au secret médical.

Certes la lettre de cachet embastillant l'aliéné car « tel est mon bon plaisir » est abrogée, le fait du prince ou le caprice est aboli. La Bastille est détruite en juillet. Mais cette loi de justice annexe toute la **psychiatrie publique naissante** dans la contention du trouble de l'ordre public, nouveau paradigme fondateur de l'enfermement.

Le psychiatre est dès lors l'allié de Louis-Philippe et de l'esprit restaurateur d'un ordre social, qui assimile la critique économico-politique au bruit qui dérange le transfert de capital et la bonification des intérêts et surtout la folie à l'absence de rentabilité.

Les certificats exigés par le Préfet et la Justice ne peuvent-ils pas, alors que la science psychiatrique est naissante, être entachés d'une monarchophilie normalisatrice ?

Ne confond-on pas ce qui est légal et ce qui est juste ?

Après cette loi d'exception qu'est la loi sur les aliénés, persiste tout un courant normalisateur et garant de l'ordre social dans une sorte d'hygiénisme vichyssois.

Déjà les prolongements de cette loi font évoquer le **signalement**, comme celle du 15 avril 1954 pour l'alcoolique dangereux ou celle du 31 décembre 1970 concernant le toxicomane.

Mais s'est-on suffisamment interrogé sur le **système de délation** consacré par la loi ?

Nul doute alors que d'autres lois vont venir faire jouer comme opérant le conditionnement signalisateur. C'est ainsi que se modifie peu à peu la relation thérapeutique au point de devenir relation de pouvoir.

Cette tendance est encore plus manifeste en ce qui concerne la loi du 17 juin 1998 concernant les infractions sexuelles sur mineurs (loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi

qu'à la protection des mineurs) ainsi que son décret d'application du 18 mai 2000 (Décret n° 2000-412 pris pour l'application du titre IX du livre III du code de la santé publique et relatif à l'injonction de soins concernant les auteurs d'infractions sexuelles et modifiant le code de la santé publique, 2^e partie Décrets en Conseil d'Etat). Outre qu'il est question d'obligation de soin, un médecin coordonnateur sera chargé de superviser en quelque sorte son confrère médecin traitant.

Ce problème de l'obligation de soins assimilés peu ou prou à une sanction absolutoire de la sanction mériterait un large débat, qui sans doute aura lieu ici j'en suis sûr.

Que signifie être condamné à des soins psychiatriques ? N'est-ce pas là la meilleure preuve de l'utilisation du psychiatre, convoqué là où il ne doit pas être : la normalisation sociale ?



Et sa responsabilité sera de plus en plus recherchée. C'est d'ailleurs l'esprit qui anime **une loi passe partout et bâclée**, celle du 4 mars 2002 qui instaure la méfiance, voire la défiance de l'usager vis-à-vis du médecin. Le terme de patient a disparu (Loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé).

Certes Lacordaire avait raison lorsqu'il déclarait : « *entre le faible et le fort, c'est la liberté qui opprime et la loi qui libère* » mais actuellement nous entrons progressivement dans l'ère du normatif administré qui dépossède le soignant de toute initiative et ôte au sujet souffrant sa singularité, qui sera cachée derrière un protocole validé au titre de l'évidence-based-medicine (l'évidence scientifique en médecine.)

Nous n'aurons plus alors qu'à déclarer comme Alcène :

« Je ne crains pas la mort. C'est l'enjeu de la vie. Puisque ton Jupiter, à tort ou à raison, a créé la mort sur la terre, je me solidarise avec mon astre. Je sens trop

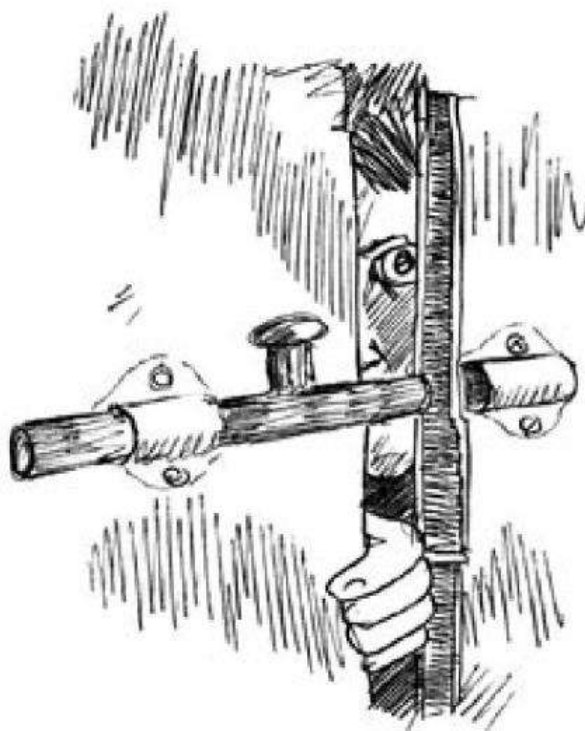
mes fibres pour continuer celles des autres hommes, des animaux, même des plantes, pour ne pas suivre leur sort. Ne me parle pas de ne pas mourir tant qu'il n'y aura pas un légume immortel. Devenir immortel, c'est trahir, pour un humain. D'ailleurs, si je pense au grand repos que donnera la mort à toutes nos petites fatigues, à nos ennuis de second ordre, je lui suis reconnaissante de sa plénitude, de son abondance même... S'être impatienté soixante ans pour des vêtements mal

teints, des repas mal réussis, et avoir enfin la mort, la constante, l'éternelle mort, c'est une récompense hors de toute proportion... »

(Alcmène, Acte II, Scène II)

Sans doute l'esprit critique n'est-il plus l'apanage des psychiatres ?

Tout est donc prêt pour faire enfin de la bonne psychiatrie sans psychiatre !





S. Ghozael²

Ph. Khalil¹

C. Verdie³

L'article D 398 et ses limites dans la pratique psychiatrique*

Introduction

Entre prison et hôpital psychiatrique, entre monde carcéral et monde asilaire, entre responsabilité et culpabilité, entre marteau et enclume... C'est cet « entre » que nous voudrions interroger. L'articulation du monde judiciaire et médical. L'usage de cet article D 398 du Code de Procédure Pénale n'est pas sans nous interroger, tant il renvoie à une psychiatrie d'un autre âge, non dans son intention mais dans son application.

L'idée de cette réflexion est venue de « l'évasion » d'un patient hospitalisé dans notre établissement sous ce régime si particulier. À l'heure où l'image est si importante et où de coûteuses études financées par les organismes de tutelles doivent contribuer à l'améliorer, notre hôpital a connu l'honneur de la « une » des journaux régionaux, tout à son déshonneur. Un détenu, incarcéré après de longues investigations policières et pour des faits particulièrement graves, s'évadait grâce à la « négligence » au minimum, des psychiatres. Cette mise au « ban de la société » nous a conduit à nous interroger sur le cas des patients que nous recevions selon le mode de cet article et sur l'idée que nous avions de l'inadéquation de la mesure.

Il nous semblait que la plupart des patients étaient transférés dans notre établissement spécialisé pour « psychose carcérale », ou tout au moins pour une pathologie liée à l'enfermement, et que notre réponse consistait en un enfermement encore plus strict, dans une chambre d'isolement dont l'architecture ne peut manquer d'évoquer une carcéralité que nous espérions d'un autre âge. À l'exception des chambres d'isolement, toutes les unités fonctionnelles de notre hôpital sont ouvertes, le plus souvent par plusieurs portes

et fenêtres non condamnées ; cela rend par conséquent le mot « évasion » un peu excessif. Cependant, lorsque le patient est condamné à de longues peines de détention (ou susceptible de l'être), la sortie de la chambre d'isolement, qui peut n'être plus justifiée sur le plan clinique, n'engendre-t-elle pas d'autres difficultés ?

Enfin, ce mode si particulier de lien entre Justice et Psychiatrie ne témoigne-t-il pas de l'ambiguïté fondamentale du rapport de ces deux champs, quand l'internement demeure administratif ?

Investigations statistiques rétrospectives sur cinq ans

Notre étude a consisté à répertorier le cas de tous les patients hospitalisés d'office selon l'article D398 du Code de Procédure Pénale dans notre établissement au cours des cinq dernières années. Nous avons noté une augmentation considérable du nombre d'hospitalisations sous ce régime au cours de l'année 2000- ainsi 114 patients ont été hospitalisés dans les Bouches-du-Rhône (contre 160 en HO classique), 54 patients « seulement » en 1998 et enfin 33 articles D398 sont dénombrés pour l'année 1997.

Tous les secteurs psychiatriques de notre établissement ont participé à cette étude. Ainsi 19 détenus ont été hospitalisés selon cette modalité particulière au cours de ces cinq dernières années. Nous voudrions nous attacher davantage à une réflexion sur les indications de ces hospitalisations et leur déroulement plutôt que qu'à une véritable étude épidémiologique, compte tenu de la modestie de nos investigations statistiques.

La première constatation concerne la durée moyenne d'hospitalisation légèrement inférieure à quinze jours, et souligne les séjours relativement courts. 25 % du temps d'hospitalisation de ces patients s'est effectué en service ouvert ; nous rappelons ici, qu'à l'exception de six chambres d'isolement des unités temps plein, tous les services sont ouverts. Notre population comprend 18 hommes pour 1 femme, et l'âge moyen est de 31 ans (avec un écart type de 17 à 52 ans).

1. Psychiatre des Hôpitaux.

C.H.U. La Timone, Secteur 13 GO2, Marseille.

2. Assistant des Hôpitaux.

C.H.S. Valvert, bd des Libérateurs, 13391 Marseille Cedex 11.

3. Praticien hospitalier.

C.H.S. Valvert, bd des Libérateurs, 13391 Marseille Cedex 11.

* Cet article est déjà paru dans *Synapse* en 2002.

Notre outil de référence concernant l'étude diagnostique et nosographique est la C.I.M. 10 qui nous a permis de répertorier la population étudiée selon deux catégories distinctes :

- 9 patients psychotiques comportant les particularités nosologiques suivantes :
 - 3 troubles psychotiques aigus d'allure schizophrénique,
 - 5 schizophrénies paranoïdes,
 - 1 trouble délirant persistant paranoïaque ;
- 10 patients névrosés se répartissant ainsi :
 - 3 épisodes dépressifs,
 - 1 personnalité histrionique,
 - 3 personnalités dyssociales,
 - 3 personnalités émotionnellement labiles ou borderline.

À la fin de l'hospitalisation, 14 patients ont été réincarcérés, 2 ont fugué et les 3 autres ont été sectorisés (dont un après non-lieu).

On a pu constater que six patients ont été hospitalisés en cours de peine, dix autres pendant leur période d'instruction, et enfin la précision ne sera pas apportée malgré les recherches appropriées, pour trois d'entre eux.

Il faut noter que les dix patients ne relevant pas d'une structure psychotique présentent tous une pathologie liée à l'enfermement. Un seul est hospitalisé pour refus de soins, mais nous en reparlerons plus loin ; il est l'auteur d'une « évasion » spectaculaire.

Au premier abord, la mise en chambre d'isolement paraît paradoxale. Effectivement, la réponse apportée à une pathologie carcérale est celle d'un enfermement encore plus coercitif. Cependant, c'est mal connaître la diversité des demandes. Ainsi, l'un de ces patients est hospitalisé pour être protégé de ses codétenus, mais également de l'établissement pénitentiaire dont il aurait dénoncé certaines pratiques illégales. Hospitalisé en service ouvert durant 22 jours, après 5 jours d'isolement, ce patient sera interrogé à de multiples reprises par les services de police. Un autre, après une tentative de pendaison, manifestera dès son arrivée son désir de retourner en prison et rendre des comptes à la Justice. Enfin, pour un autre encore, l'hospitalisation d'office sera motivée par les menaces de mort proférées à l'encontre du personnel pénitentier.

Parmi les neuf patients présentant des troubles psychotiques, trois sont accusés d'homicide volontaire commis sur ascendant direct, et bénéficieront ultérieurement de l'article L 122-1 du Code Pénal.

Dans notre étude, il est flagrant de noter le refus de soins pratiquement constant chez le détenu, qu'il soit contestataire ou délirant (idées d'empoisonnement par exemple).

Un autre patient schizophrène ayant commis des actes délictueux au cours d'un voyage pathologique, sera également irresponsabilisé au cours de son hospitalisation d'office, puis transféré vers son secteur d'origine. Il aura posé le problème des limites de prise en charge d'un secteur psychiatrique classique face à un patient particulièrement agressif, déterminé et résistant au traitement.

De nos investigations, deux remarques peuvent être mises en évidence :

- D'une part, la plupart des patients ne connaissent pas la gravité des charges retenues et motivant leur incarcération.
- D'autre part, pour ce groupe de patients, l'hospitalisation nous paraît plus justifiée de même que la mesure d'isolement ; effectivement un seul d'entre eux bénéficiera d'une « chambre ordinaire » au cours de son séjour contre cinq dans l'autre groupe.

Illustration clinique

Monsieur T. Mohamed est un des patients de notre étude dont l'histoire clinique particulière et son évasion ont été à l'origine de notre questionnement récurrent à propos de ce mode d'internement.

Il s'agit d'un patient âgé de 36 ans adressé par la maison d'arrêt des Baumettes au titre de l'article D 398 en raison d'un état psychopathologique décrit comme suicidaire, dépressif avec refus de soins. Lors de cette première hospitalisation, aucune pathologie psychiatrique majeure n'a été mise en évidence. En revanche, on note un état anxieux et une anticipation négative sur l'avenir, réactionnels à la situation carcérale et de détention provisoire. Dix jours plus tard, Monsieur T. accepte de prendre un traitement à visée essentiellement sédatrice et anxiolytique et souhaite réintégrer le milieu carcéral. En conséquence, le retour à la prison des Baumettes sera réalisé dans les plus brefs délais.

Une deuxième hospitalisation selon le même article est prononcée onze mois plus tard, motivée par un passage à l'acte auto-agressif en milieu carcéral. En effet, Monsieur T. Mohamed éprouve de grandes difficultés à admettre sa situation actuelle et le système judiciaire. Ce patient se considère dans une impasse... Le tableau clinique s'améliorera progressivement sous médication psychotrope. Monsieur T. est alors très calme et tout à fait compliant aux soins. Les troubles de l'humeur sont partiellement améliorés et le patient est véritablement opposé à l'idée de réintégrer le milieu carcéral et plus encore le S.M.P.R. des Baumettes. Compte tenu des antécédents graves de passages à l'acte suicidaire, nous décidons de consolider l'amélioration clinique et de surseoir au retour sur la prison des Baumettes.

Monsieur T. Mohamed sort de la chambre d'isolement pour occuper un lit en chambre ordinaire. Quinze jours plus tard, le patient sort par évasion du pavillon temps plein et malgré les recherches immédiates, ne sera pas retrouvé. En tout état de cause, la dangerosité psychiatrique de ce patient nous apparaissait relativement minime.

La réalité des motifs d'incarcération nous parvient à cette occasion par les instances judiciaires ; ce patient serait l'auteur d'escroqueries et de multiples viols en série...

Ainsi, la fugue d'un patient hospitalisé en « milieu ouvert », dans une unité de soins psychiatriques, a alimenté les médias. La presse s'empare du fait et met à mal la qualité de la surveillance du personnel soignant, qui devant la dange-

rosité, la violence et le passé criminel de ce patient, aurait dû se montrer à bien des égards, plus vigilante.

Cet événement rappelle qu'une prise en charge psychiatrique relève avant tout du soin. Il est difficile d'évaluer le désir qu'a un patient de mettre fin à ses jours. Le rôle du soignant est de considérer avec sérieux la souffrance exprimée par un individu quelle que soit la situation dans laquelle il se trouve. Ainsi, par deux fois, le médecin chef de service du secteur psychiatrique concerné, a dû répondre aux invitations de la presse télévisée pour rassurer l'opinion publique et justifier l'approche spécifique du soin en psychiatrie, réitérant une nouvelle fois que l'hôpital n'est pas un lieu d'incarcération.

Problématique éthique à propos de la liberté

Nous ne pouvions évoquer les difficultés engendrées par l'article D 398 et son application pratique, sans nous éclairer d'une approche philosophique de la question de la liberté. Ainsi, par cette approche, nous allons mieux percevoir toute la difficulté des interactions entre Psychiatrie et Justice, entre soin et application de la loi.

En effet, selon Ricoeur, la liberté peut se concevoir selon trois niveaux de compréhension.

Le premier – nous le laisserons volontairement à part – est celui de l'action individuelle, intentionnelle, projetée, déçue et imputable à un agent (responsable).

Le second niveau, depuis la philosophie aristotélicienne et « *L'éthique à Nicomaque* », inclut cette action dans un parcours éthico-politique ? C'est le rapport à la norme ou à la règle, qui s'exprime en chaque vertu comme recherche de la juste moyenne entre deux extrêmes ? C'est ce que Hegel nommera le « système de droit », soit l'ensemble des institutions- juridiques, morales, économiques et politiques- par le moyen desquelles la liberté cesse d'être un sentiment intérieur pour devenir une réalité : la liberté réalisée.

Cette liberté devient « sensée » lorsque, dans l'exemple juridique de contrat,

deux volontés se lient et ainsi deviennent libres, en un sens nouveau, qui n'est plus le pouvoir de faire n'importe quoi, mais le pouvoir de se rendre indépendant de ses propres désirs, et de reconnaître une norme. C'est à ce niveau-là, dans la reconnaissance de la norme, que se placent la Loi, la Justice, et c'est à ce « défaut » du caractère sensé de la Liberté, que va tenter de pallier l'enfermement carcéral.

À un troisième niveau, que nous pourrions nommer ontologique, la liberté ne se décrit plus dans une action, mais dans un mode d'être, auquel ne renvoient ni la théorie morale, ni la théorie politique ; car ce mode d'être ne peut être repris dans un sens susceptible d'être récapitulé dans un savoir. Toute l'Éthique, dit Aristote, témoigne de ce que l'homme a une œuvre ou une tâche qui ne s'épuise pas dans l'énumération des compétences, des habilités, des métiers. La tâche de l'homme désigne une totalité de projets qui enveloppe la diversité des rôles sociaux ? Cette tâche est

de vivre, au sens humain du mot vivre, mais qu'est-ce que vivre pour l'homme ?

C'est avec l'émergence de la notion de subjectivité comme mode fondamental de manifestation de l'être qu'une partie de la réponse peut être donnée.

Pour Hegel, la liberté doit être conçue comme infinie pour devenir subjective, avec une conjonction incessante entre réflexion et infini.

Pour Descartes, la liberté est plus profondément une dimension de « cogito sum » ; elle est la position même du cogito, en tant qu'il s'arrache au doute et s'assure de lui-même, elle est la liberté de pensée en tant que telle, la « libre pensée » au sens fondamental du mot. Enfin, la subjectivité se reconnaît dans l'antinomie entre liberté et nature, exprimée par Kant dans sa « *Critique de la raison pratique* ». C'est une scission encore plus radicale que celles qui apparaissent dans le champ pratique : entre Loi et Désir, entre Volonté objective et subjective. La liberté se découvre comme ce qui ne peut pas faire nombre avec la nature, comme exilée de toute nature...

Et c'est de cette liberté-là dont il s'agit lorsque le psychiatre décide de l'isolement d'un patient. C'est en l'isolant de la « nature » du monde qui l'entoure, qu'il tente de faire émerger une (inter)subjectivité, une possibilité de libre pensée, qu'il permet au patient de poser à l'infini la question du vivre et de l'être pour l'homme. C'est bien en l'isolant que le psychiatre tente de faire recouvrer au patient une certaine liberté, ontologique, beaucoup plus profonde et fondamentale que la liberté sensée du champ éthique et politique.

Nous constatons donc au terme de ce rapide survol de la question de la liberté, l'antinomie entre l'isolement carcéral et l'isolement psychiatrique. Comment peut-on alors continuer à être thérapeutique lorsqu'il nous faut isoler les patients venant de l'univers carcéral, alors que l'état clinique ne le justifie pas ? Car nous devons le faire bien souvent, du fait de multiples « pressions » : administrative (lettre du Préfet, consignes du Directeur de l'hôpital), des équipes soignantes (avec les effets de la peur sur le travail), médiatique (et le poids non négligeable de l'opinion publique), et enfin, notre propre « pression » intérieure, voire surmoïque (lorsque nous avons connaissance d'actes délictueux particulièrement graves commis par le patient).

Où se trouve alors notre propre liberté en tant que thérapeute ? Comment peut-on espérer une intersubjectivité avec le patient si l'on n'est pas soi-même libre du choix thérapeutique ?

Conclusion

La situation particulière des détenus dans la Loi sur l'hospitalisation sans consentement provoque quelques remarques quant à leur prise en charge tant psychiatrique que judiciaire.

Actuellement, le Code de Procédure Pénale prévoit par son article D 398, l'hospitalisation d'office de tout détenu souffrant de troubles mentaux dans un établissement psychia-

trique, non maison de détention, pour une prise en charge spécialisée. Les droits de cette personne à l'égard de sa situation judiciaire sont maintenus... Ainsi, l'hospitalisation du patient détenu pose un certain nombre de problèmes. À la fois malade et privé de liberté, le détenu est inéluctablement soumis à un statut spécial, résultante de la combinaison de sa condition de détenu avec celle d'hospitalisé.

L'hospitalisation n'interrompt pas la détention- la durée du séjour à l'hôpital doit être comptée dans le temps de détention provisoire, ou pour les condamnés, de l'emprisonnement. Cependant, il paraît évident que les règlements pénitentiaires sont difficilement applicables dans leur intégralité au sein de l'hôpital.

Les patients hospitalisés selon l'article D 398 dans notre établissement psychiatrique, ne bénéficiant pas de la règle posée au second alinéa de l'article D 394 concernant leur garde par un personnel de police ou de gendarmerie pendant la durée de leur hospitalisation, sont placés dans un premier temps en chambre d'isolement... Cette mesure de surveillance hospitalière découle à la fois du statut pénitentiaire et du tableau clinique présumé du « patient ».

Ainsi, une contradiction proprement médicale apparaît bien souvent au vu du tableau psychopathologique présenté par le détenu et détaillé par les médecins psychiatres du S.M.P.R. En effet, l'article D 398 est le plus souvent motivé par un tableau de décompensation survenant chez un détenu souffrant d'une pathologie psychiatrique (avérée ou pas) et la contrainte de la chambre d'isolement paraît là accentuer encore la symptomatologie présentée à l'entrée.

Nos investigations statistiques sur ces cinq dernières années au sein de notre établissement semblent confirmer ce que

nous pressentions : les motivations de l'hospitalisation sont effectivement liées à la qualité du régime carcéral d'une part, et le placement en chambre paraît relativement inopérant dans notre prise en charge de praticien d'autre part.

Bibliographie

- ALBERNHE T., TYRODE Y., *Psychiatrie légale (sociale, hospitalière, expertale)*, Collection Ellipses, Paris, 1995.
- ARISTOTE, *Éthique à Nicomaque*, Édition Vrin, Paris, 1959.
- AYME J., « La Loi du 27 juin 1990, un cache-misère », *Actualités Psychiatriques*, 20, 9, p.48-49, 1991.
- CAROLI F., *Hospitalisation psychiatrique. Ancienne et nouvelle loi*, P.U.F. Editeur, Paris, 1991.
- C.I.M.10, Classification Internationale des Troubles Mentaux, Édition Masson, 1993.
- CODE PÉNAL, Litec Edition 2000
- DESCARTES. R., *Méditations métaphysiques*, Édition Vrin, 1963.
- HEGEL G.W.L., *La Phénoménologie de l'esprit*, Édition Aubier-Montaigne, Paris, 1941.
- HUSSERL E., *Idées directrices pour une phénoménologie*, Paris, 1950.
- KANT E., *Critique de raison pratique*, Édition P.U.F., 1967.
- KARLI P., *L'homme agressif*, Édition Odile Jacob, Paris, 1987.
- POUGET R., *La dangerosité*, Édition Masson, Paris, 1987.
- RICOEUR P., *Le volontaire et l'involontaire*, Édition Aubier-Montaigne, 1963.
- RICOEUR P., « La liberté », *Encyclopaedia Universalis*, 1996.





Michel Bonnaventure

« Tu peux savoir »

Exposé du parcours récent d'un analysant du Docteur Cohen relatif à l'approche psychanalytique des événements relatifs au scientisme ambiant et des travers qu'il génère.

Au début de l'année 2000, suite à une série de visites chez une psychologue scolaire où ma femme m'avait entraîné concernant notre fils, je fis part à cette dame psychologue de mon intention de « consulter un psy ».

Elle m'indiqua le Docteur Cohen qui officiait dans le cadre du CMP de Vaison-la-Romaine.

Je pris donc rendez-vous avec ce dernier et lui fit connaître ce qui me posait problème, en l'occurrence certaines situations aussi déplaisantes que répétitives.

Un épisode dans le cadre de mon activité professionnelle, m'avais beaucoup intrigué : il s'agissait de la réaction tout à fait disproportionnée d'une cliente relativement à la perte d'une clef dont la reproduction coûtait à l'époque une dizaine de francs alors que j'avais permis à cette personne d'encaisser une somme assez considérable quelques semaines auparavant.

Je m'étais enquis de ce comportement étrange auprès de la psychologue qui m'avait alors parlé d'analité et plus prosaïquement, de relations avec les excréments. Ces propos m'avaient encore davantage intrigué.

J'avais par ailleurs noté, me concernant, une tendance répétitive à me mettre dans des situations périlleuses, avec l'impression bizarre d'y être contraint ; une sorte de processus morbide auquel je ne parvenais pas à me soustraire tout en ayant une conscience claire du danger auquel je m'exposais.

Au cours de mes rencontres avec le Docteur Cohen (je ne parlais pas encore de séances), ce dernier m'écoutait et s'appliquait consciencieusement à ne jamais répondre à mes questions, ce qui me frustrait intensément car j'avais la certitude qu'il pourrait m'éclairer utilement en me faisant profiter de sa connaissance du psychisme.

Je découvris avec ravissement les effets de la parole qui permettait de se délivrer de travers anciens qui nuisent gravement à notre existence. Plus tard j'appris l'étymologie du mot « maladie ». C'était « mal à dire ». Le malade était celui qui avait du mal à dire quelque chose. Son corps le disait à sa place sous forme d'une maladie. Idée fascinante qui supposait que si l'on réussissait à dire, on ne souffrirait plus. (1)

Hélas, l'étymologie du mot maladie est plus prosaïque et n'interpelle que modérément les psychanalystes : Maladie vient du latin « male habitus » : qui se trouve en mauvais état.

C'est au fil du temps et par petites touches que mes lectures freudiennes adolescentes me revinrent en mémoire en particulier le « Malaise dans la civilisation » qui avait exacerbé mon rationalisme déjà virulent (j'étais alors dans un collège de Jésuites, peut-être s'agissait-il de la révolte contre le père, par pères jésuites interposés, au sens de l'ouvrage de Gérard Mendel (2) ?

J'avais également lu, en classe de philo, l'« Abrégé de psychanalyse » qui m'avait paru hautement soporifique.

L'auteur que j'avais surtout apprécié à cette époque, c'était Wilhelm Reich dans « La lutte sexuelle des jeunes » et « Ecoute petit homme » ainsi que dans une moindre mesure, Herbert Marcuse, héraut de la révolte de 68, avec « Eros et civilisation » et puis « Ainsi soit-elle » de Benoîte Groult en autres ; la lecture de « l'anti-oedipe » de Deleuze et Guattari fut encore plus indigeste que l'« Abrégé », je voulais faire plaisir à ma prof. de philo ; un exposé sur « L'agressivité, pour une histoire naturelle du mal » de Konrad Lorenz m'avait permis de connaître une thèse qui me paraît aujourd'hui encore tout à fait pertinente et que je retrouverai plus tard relativement à la notion de « banalité du mal » de la politologue Hannah Arendt.

Lors d'une soirée parisienne avec Jean-François Lefèvre-Pontalis, frère du psychanalyste, je fis la rencontre de Jean-Paul Aaron et de Michel Kempf qui venaient d'écrire « Le pénis ou la démoralisation de l'occident ». La conversation que j'eus avec eux, relative à leur ouvrage, me conforta dans mon « pansexualisme » déjà revendiqué haut et fort ; mon expérience future de la situation d'analysant confortera cette propension naturelle.

J'ai été littéralement fasciné par Frédéric Nietzsche que j'ai commencé à lire assidûment à partir de l'âge de quinze ans, sur les conseils avisés d'un camarade de terminale qui m'en avait chaleureusement parlé. C'est avec satisfaction que j'apprendrais ultérieurement la réticence de Freud à son endroit car le génial Nietzsche (3) avait eu l'intuition de nombreuses découvertes freudiennes ultérieures ainsi cet aphorisme cité par « L'homme aux loups » et rapporté par

Freud dans « cinq analyses » - « J'ai fait cela dit ma mémoire – Impossible dit mon orgueil ; et mon orgueil s'obstine – En fin de compte, c'est la mémoire qui cède » ; également : « Le degré et la nature de la sexualité se retrouve chez l'homme jusque dans les régions les plus hautes de l'esprit ».

Le Docteur Cohen m'encouragea à me remettre à la lecture de Freud et j'eus la chance à ce moment là de pouvoir constituer une bibliothèque d'ouvrages psy, à peu de frais, auprès d'un copain bouquiniste qui avait récupéré une bibliothèque suite au décès d'un dénommé René RIGAUD domicilié à Bourdeau dans la Drôme, probablement professeur de son état et qui était manifestement très versé dans le domaine de la psychanalyse freudienne en particulier et du combat pour la laïcité en général – J'aurais beaucoup aimé connaître ce Monsieur.

C'est au cours des séances avec le Docteur Cohen que l'idée a commencé à germer de m'initier à la psychanalyse.

Il y avait deux instituts de psychanalyse à Avignon : L'un des deux faisait référence au « curé » Jung (4), j'optais donc pour l'autre.

Je me retrouvais donc de nouveau dans la situation de potache, mais la rupture avec le discours universitaire fut tout à fait radicale – C'est avec réjouissance que j'appris le lien entre ma curiosité « intellectuelle » et l'universelle et très vive curiosité relative à la différence des sexes éprouvée dans l'enfance...

Lors de ma deuxième année de formation à l'Institut Ni-mois de Psychanalyse, membre de la Fédération Freudienne de Psychanalyse dont le responsable de la formation Eric Ruffiat fut lauréat du Prix Jean Rostand 2004 ; j'appris la nouvelle du projet législatif dit « amendement Accoyer » – On allait légiférer sur la formation des pys au motif que certaines sectes florissaient dans ce secteur – Nos hommes politiques allaient de nouveaux s'adonner à leur travers habituel : « l'inflation législative ».

À ce propos, je cite le grand civiliste et sociologue du droit que fut Jean Carbonnier, disparu il y a quelques mois :

« À peine apercevons-nous le mal que nous exigeons le remède ; et la loi est, en apparence, le remède instantané. Qu'un scandale éclate, qu'un accident survienne, qu'un inconvénient se découvre : la faute en est aux lacunes de la législation. Il n'y a qu'à faire une loi de plus. Et on la fait. Il faudrait beaucoup de courage à un gouvernement pour refuser cette satisfaction de papier à son opinion publique. » (5)

Je considère, probablement de façon simpliste, que la vocation essentielle de la découverte freudienne consiste en une entreprise de désillusion concernant nos mécanismes inconscients.

Il n'est pas surprenant, de ce fait, que le milieu politique n'apprécie pas la mise en lumière de ces mécanismes ; la lecture des textes de Gustave Lebon, sur les phénomènes de foule devrait être conseillée à tous les militants politiques, il pourrait y reconnaître des sentiments qu'ils ont probablement éprouvés lors des grands « meetings politiques » et ils verraient alors une manifestation claire de notre *cerveau reptilien* (là je digresse un peu, mais ça soulage).

En fait, cet amendement Accoyer, me paraît participer d'un processus beaucoup plus vaste et ancien où l'on retrouve tour à tour les postulats de la médecine américaine par rapport à la psychanalyse freudienne (l'ouvrage de Freud sur « la question de l'analyse profane » est passé à la trappe), le D.S.M. IV (« Diagnostic and Statistical Manual », in English, of course !) et son classement des troubles mentaux soit disant athéorique, avec en toile de fond, la politique commerciale des laboratoires pharmaceutiques, l'approche cognitivo-comportementale, le rapport Cléry Melin ainsi que le rapport de l'INSERM sur les psychothérapies – le tout traduisant une immense entreprise normalisatrice qui tend à gommer voire à nier la singularité du sujet désirant.

Mon objet n'est évidemment pas de dénigrer les psychotropes, je n'ai aucune qualité pour ce faire et je me réjouis comme tout le monde des progrès formidables qu'ils ont permis depuis le début des années cinquante dans le traitement de la pathologie mentale – Mon propos est celui de la prise en compte du sujet par opposition à une démarche totalitaire qui elle aussi relève comme je le stipulais plus haut en parlant du cerveau reptilien d'un comportement archaïque.

La tentation totalitaire est toujours à l'œuvre – « Le ventre est encore fécond d'où sortit la bête immonde », Bertolt Brecht.

Il est certes louable de se prémunir contre l'endoctrinement sectaire mais la psychanalyse dont la vocation est de faire tomber les masques ne peut fonctionner que dans un climat de liberté (le mot personne vient de l'étrusque et signifie « masque de théâtre »).

La démarche scientiste actuelle me révolte.

Je pense à ce mot de Karl Marx qui disait en substance « Être radical, c'est prendre les choses à leur racine, hors chez l'homme, la racine c'est l'homme lui-même ».

« Ce qui caractérise une démarche scientifique, c'est précisément que du sujet, l'expérimentateur n'a rien à faire ». (6) Tout le problème est là, une entreprise qui vise à nous considérer comme « des rats de laboratoires » pour reprendre l'expression de Jacques Alain Miller sur Radio France à propos de l'amendement Accoyer qui prétend par ailleurs que la psychanalyse n'est pas concernée par cet amendement.

« Celle dont le défaut rendrait vain l'univers » (J. Lacan) – à propos de la jouissance.

« Esprit de contradiction, fredaine, méfiance joyeuse, raillerie sont signe de santé, toute forme d'absolue relève de la pathologie », Frédéric Nietzsche.

Bibliographie

- (1). « Biographie de la faim » Amélie Nothomb
- (2). « La révolte contre les pères »
- (3). « Par-delà le bien et le mal »
- (4). « Ma vie, souvenirs, rêves et pensées »
- (5) « Droit et passion du droit sous la V^e République »
- (6) Charles Melman « L'homme sans gravité »



A. S. Cohen

Tout de même, il y a la psychothérapie institutionnelle !!!

Psychanalyse, Lois, Institutions ?

Le PLI est pris dès le départ. Eternelle question ou plutôt, question posée à l'infini. Par un sujet.

Si on fait référence à la topologie Lacanienne, du « huit intérieur », il n'y a pour le sujet de l'inconscient ni de début, ni de fin mais quelque chose de refoulée qui tourne en boucle. C'était là dès le début : refoulement originel ou premier. Le reste est secondaire, c'est à dire vient en second.

Donc, ni de début, ni de fin, quelque chose de bouclée qui fonctionne en permanence : CINEMA PERMANENT. C'est ainsi qu'on peut voir plusieurs fois un film en boucle comme répéter la même scène inconsciente.

Il y a un film inaugural, comme il y a une scène inaugurale. Le PLI DES PLIS quoi !

Psychanalyse

A propos de psychanalyse, on peut toujours en parler dans des séminaires. Etudier les textes de Freud, de Lacan, etc... Ca vous ouvre l'esprit sur d'autres écrits : Aristote, Platon, Joyce, Tosquelles, Oury.

La question d'un travail possible de la psychanalyse en institution reste posée. D'abord, en psychiatrie mais aussi pour d'autres institutions comme la justice, l'école, l'assistance sociale, l'handicap psychique etc...

À ce propos, je cite toujours en premier **un texte de Freud** pris dans « Malaise dans la Civilisation ». Il y en a d'autres bien sur, mais que je trouve secondaires.

« Si l'évolution de la civilisation présente de telles ressemblances avec celle de l'individu, et que toutes deux visent des mêmes moyens d'action, ne serait-on pas autorisé à porter le diagnostic suivant : La plupart des civilisations ou des époques culturelles, même l'humanité entière peut-être, ne sont elles pas devenues « névrosées » sous l'effort de la civilisation même ?

On pourrait adjoindre au catalogue psychanalytique de ces névroses des propositions thérapeutiques, prétendant à bon droit d'offrir un grand intérêt pratique... Mais il faudrait procéder avec beaucoup de prudence,

ne pas oublier qu'il s'agit uniquement d'analogies, et qu'enfin, non seulement les êtres humains, mais aussi les concepts, ne sauraient être arrachés sans danger de la sphère dans laquelle ils sont nés et se sont développés. Au surplus, le diagnostic des névroses collectives se heurte à une difficulté particulière. Dans le cas de la névrose individuelle, le premier point de repère utile est le contraste marqué entre le malade et son entourage considéré comme « normal ». Pareille toile de fond nous fait défaut dans le cas d'une maladie collective du même genre.

Force nous est de la remplacer par quelque autre moyen de comparaison.

Quant à l'application thérapeutique de nos connaissances... A quoi servirait donc l'analyse la plus pénétrante de la névrose sociale, puisque personne n'aurait l'autorité nécessaire pour imposer à la collectivité la thérapeutique voulue ?

En dépit de toutes ses difficultés, on peut s'attendre à ce qu'un jour quelqu'un s'ehardisse à entreprendre dans ce sens la pathologie des sociétés civilisées. »

Ce qui me paraît évident, c'est qu'au moins, au cours de ces 70 dernières années, dans le champ de l'institution psychiatrique, ce quelqu'un dont parle Freud, sont devenus quelques uns, voire nombreux.

Evidence historique mais surtout relationnelle.

Dans les années 70, nous étions en formation avec des psychiatres psychanalystes et depuis, ça continue.

Les lois

La confusion est soigneusement entretenue dans les débats entre les lois de l'état et la loi du sujet parlant.

En ce qui concerne l'établissement Psychiatrique, une évolution est à noter concernant les lois.

Schématiquement, de 1945 à 1985, la mise en place de la psychiatrie de secteur, avec son corpus théorico-pratique a précédé les textes de loi sur le secteur. Ces textes ont été peu nombreux et ont été le reflet d'une certaine façon de pratiquer la Psychiatrie.

Circulaire de 1960, Circulaire PONIATOWSKI DE 1975 voire les textes de loi légiférant le secteur en 1985 : C'était L'ESPRIT PIONNIER.

Depuis 1985, on assiste à un processus inverse. Les «désespérés du changement qui ne se produit pas» se font les protagonistes et les acteurs de « LOIS – CADRES » qui vont enfin changer les choses. C'est L'ESPRIT LEGALISTE.

D'où, depuis 1990 une AVERSE de textes de lois chargeait de traiter d'une manière précise la sécheresse du sol psychiatrique.

A appliquer à la lettre ! Nul n'est censé ignorer la loi. Si tu n'appliques pas la loi, tu es déclaré illico **HORS LA LOI**.

Hors de la loi cadre, point de salut...

Une loi ça ne se discute pas, ça s'applique !!!

Tel est le discours des tenants de la loi.

On retrouve cette même logique de « LOI – CADRE » chez ceux qui veulent infléchir le fonctionnement des hôpitaux vers une « ENTREPRISE ECONOMIQUE ».

On pourrait même dire que ces «lois-cadres» sont écrites sur le modèle des entreprises capitalistes. Le but étant de CAPITALISER le soin qui devient un objet fétiche de production.

Par ailleurs, les textes de lois incitent à évoluer «la charge de travail» et à réduire le temps de travail (moins de personnel, réduction de la durée du travail etc...)

De ce fait, nous sommes amenés à évoquer les lois du marché, les lois de la société libérale, mais aussi les théories MARXISTES.

On revient sur les lois découvertes par MARX :

La valeur d'usage du travailleur est égale à ce qu'il est capable de produire par son travail : c'est la force du travail.

Sa valeur d'échange est égale à ce qu'il coûte à reproduire, c'est à dire au nombre d'heures de travail nécessaires pour fabriquer ce dont il a besoin pour vivre (SALAIRE).

La différence entre valeur d'usage et valeur d'échange = « Plus value ».

Nous sommes régulièrement confrontés dans l'entreprise «hôpital» au discours suivant : Moins de personnel qualifié (l'étalon de qualification étant l'infirmier psychiatrique ou le psychiatre), moins de masse salariale (même si apparemment il y a plus de personnel) **MAIS INTENSIFICATION du travail** pour produire du soin, et au bout, une PLUS VALUE en file active intéressante.

Il s'agira maintenant de MONNAYER cette plus value de file active par FACTURATIONS EFFICACES et chef d'entreprise entouré d'ECONOMISTES opérants.

LA FILE ACTIVE C'EST CAPITAL dans l'hôpital entreprise.

Mais produire du soin ce n'est pas soigner.

Tel est l'enjeu du débat aujourd'hui dans l'hôpital entreprise.

Lorsqu'ils parlent de la loi, les psychanalystes ne se réfèrent pas au droit mais désignent sous ce terme **les lois du langage** inconscient, bien entendu, puisque l'inconscient est structuré comme un langage. Ce sont donc **les lois du sujet de l'inconscient**.

A ce sujet, il faut lire le livre de Franck CHAUMON : « LACAN, la loi, le sujet, et la jouissance » paru chez MICHALON.

Conférer ainsi son intervention sur le sujet au cercle Freudien : La loi, les lois, les discours.

A propos des discours, il veut parler des 4 discours chers à LACAN : Le discours de l'hystérique, le discours du Maître, le discours de l'analyste et le discours universitaire.

L'agent		L'Autre	
$\frac{S1}{@S}$	\Rightarrow	$\frac{S2}{a}$	Discours du Maître
La vérité		Le travail	

En reprenant le discours du Maître, on peut dire que la vérité du sujet c'est qu'il a affaire à un Maître, et que son travail produit une plus value qui est l'objet a qu'annonce la psychanalyse.

Ce serait là, l'issue au système capitaliste, à condition bien sûr que ces objets a (les psychanalystes) soient nombreux.

$\frac{a}{S2}$	\Rightarrow	$\frac{@S}{S1}$	Discours de l'analyste
----------------	---------------	-----------------	------------------------

Les institutions

Je veux parler d'une part de la justice et d'autre part de l'institution psychiatrique, c'est à dire, la psychothérapie institutionnelle pour reprendre un bon mot de F. TOSQUELLES.

La justice, il faut s'en occuper car on peut avoir affaire à elle pour plusieurs raisons : Raison d'exercice professionnel : multiplicité des procès à l'adresse des **psychiatres** mais aussi pour des raisons d'éthique professionnelle : comment la justice va intervenir par rapport à nos prises en charge psychotithérapiques ?

Responsabilité du psychiatre par rapport à la loi ? Responsabilité du psychiatre par rapport à son éthique ?

Bien plus, qu'en est-il du désir du juge ? du délinquant ? du criminel ? de l'avocat ? etc.

VASTE programme

Pour parler de ces 2 institutions, je vais me référer d'une part à une intervention du Professeur ROUSSEAU et d'autre part, à la clinique **LA BORDE**.

La justice

De la justice, on en parle beaucoup à l'hôpital psychiatrique à travers quelques histoires spectaculaires. D'où, l'envie de rencontrer des représentants de cette vieille et honorable institution. Il m'est arrivé à plusieurs reprises, donc, de m'intéresser au discours de Monsieur ROUSSEAU, Professeur de droit à la Faculté de Montpellier. Le lieu de la rencontre : Le colloque annuel de la clinique de psychothérapie insti-

tutionnelle de ST MARTIN de VIGNOGUOL. Monsieur ROUSSEAU est un ami de BOKOBZA. Les liens entre la justice et la psychothérapie sont déjà là tissés.

ROUSSEAU parle d'une crise de la justice. Il préfère ce terme à malaise qui a une connotation médicale, avec son cortège de symptômes, et la guérison. Alors que la crise c'est un passage d'un état à l'autre.

Le droit actuel se dérobe : la manifestation la plus naturelle en étant : les magistrats enlèvent leur robe.

La question se pose aujourd'hui de savoir où se situe le droit ? Avant, le droit étant écrit dans la loi. Ce n'est plus le cas aujourd'hui : multiplication des contrats entre partenaires. La nouvelle loi sur le « plaider coupable » : en reconnaissant sa faute le coupable négocie sa SANCTION d'avoir transgressé l'interdit de la loi.

Ainsi, nous passons d'une situation Régaliennne de la loi à une situation où la loi est négociée cas par cas.

Des lors, ce ne sont plus les parlementaires qui font la loi, ce sont les juges :

LE DROIT SE CONSTRUIT CAS PAR CAS.

Qu'est ce qui me permet de dire que c'est du droit ? Sur des questions actuelles comme :

- mariage de couples homosexuels,
- l'adoption,
- l'euthanasie,
- l'utérus artificiel.

Au nom de quoi je vais poser l'interdit ?

Quel est mon référent ? Mon étalon ?

Il y a une panne de transcendance, de transmission et c'est tant mieux.

Jusque là, ce sont les juristes qui établissent la loi en faisant référence à un ordre naturel, ou à l'état. Un état sanctifié, garant de la justesse des lois.

Ces deux notions sont chahutées au profit d'une vision horizontale qui pose le problème de l'échappée métaphysique. LE DROIT DOIT ACCEPTER de fonctionner COMME UN DROIT POST METAPHYSIQUE. IL DOIT ACCEPTER d'être DESENCHANTE.

Ce n'est donc plus un droit ORDONNE, LEGISLATIF, REFERENT.

On peut en donner deux exemples :

• LE NON A L'EUROPE

Jusque là, il s'agissait de transmettre une Europe de PAIX, de réconciliation entre les peuples, sortir du NAZISME et du totalitarisme.

Aujourd'hui on assiste à une émancipation par rapport à ce schéma de droit international : Il s'agit de construire une autre Europe parce que c'est celle là qu'on veut vivre.

• LE NOM DE FAMILLE (loi du 1^{er} janvier 2005)

Depuis le 12^e, 13^e siècle, les NOMS propres se sont fixés par filiation et par lien. Il s'agissait d'un marqueur symbolique de la structure sociale. La loi étant faite, seul le nom du père était transmis aux enfants. C'était le patriarcat.

Depuis, 3 principes ont fait évoluer les choses :

- Liberté des droits des parents
- Egalité entre les sexes
- Le principe de NON-DISCRIMINATION
(Le Conseil de l'Europe a incité la France à modifier sa loi).

En conclusion : Cette crise de la justice, signe d'un passage d'un état à un autre, pose bien entendue la question de la transmission du droit.

Que transmettre aux générations futures ?

Peut-être l'esprit révolutionnaire de la République Française.

Article 28 de la Constitution de 1793 :

« Aucune génération ne peut assujettir à ses lois les générations futures ».

Cette façon qu'à le Professeur ROUSSEAU d'aborder le DROIT nous intéresse profondément, nous, psychiatres. D'où, l'envie d'approfondir un peu plus la question avec lui : Un projet d'interview est en cours qui passera dans le prochain PSY-CAUSE.

La Borde

On ne va pas à LA BORDE comme cela. Il y a un parcours, un trajet, une éthique professionnelle aussi, un accord, un sollen.

Depuis 1970, j'ai longtemps travaillé avec des psychiatres qui avaient affaire de près ou de loin à la Psychothérapie institutionnelle :

A Montfavet avec M. et Mme les docteurs THIEBAUX, A Briançon avec le Dr AUBERGIER, à Martigues avec le Dr BOUCRIS, à Bordeaux avec le Dr DEMONGEAT.

Avec le Dr P. EVRARD, on avait projeté de mettre en place un SEMINAIRE sur la psychothérapie institutionnelle en octobre 2005, à l'espace médical de l'hôpital de Montfavet. Et puis, il y a l'équipe, le collectif soignant. Et l'ouverture s'est produite au CMP de Vaison la Romaine : L'équipe était d'accord pour s'y rendre dans le cadre de la Formation permanente. Il fallait boucler un budget.

Après coup, il s'est dit entre nous, que nous aurions pu y aller avec quelque uns de nos patients. L'accueil là bas s'y prêtait volontiers. Ce sera à venir.

Et puis, il y a le creuset « St ALBAN » pendant la guerre 1939-1945, BONNAFE, TOSQUELLES, BALVET le club thérapeutique BALVET) et déjà LACAN avec sa thèse sur la Paranoïa. OURY y passe, je crois en 1947- 1948.

St ALBAN, lieu refuge des résistants.

St ALBAN en résistance contre l'aliénation asilaire aussi. OURY aime à rappeler que la psychothérapie institutionnelle est une réponse aux pavillons des agités et des gâteux ; tout simplement à l'enfermement sur toutes ses formes.

Le club thérapeutique avait déjà pour fonction, en impliquant les patients dans la gestion de la vie quotidienne, de modifier l'ambiance hospitalière.

Il s'agissait de faire circuler la parole de chacun dans une

polyphonie où chacun pourrait trouver sa place dans son fantasme ou son délire. Libre circulation de la parole, libre circulation des personnes.

Collectif, club thérapeutique, Comité hospitalier, gestion de la multitude de petits problèmes posés par les patients chaque jour. Ouverture des portes, circulation libre, groupe ouvert hétérogène, le passage d'un groupe à l'autre, le plaisir de la rencontre, l'ambiance, les constellations relationnelles, la gentillesse...

Voilà quelques signifiants montrés de la psychothérapie institutionnelle.

Il y en a d'autres si on se réfère au petit lexique de LA BORDE :

- les visiteurs,
- les poissons pilotes, Le RAIL (réunion d'accueil et d'information Labordienne),
- la feuille de jour,
- la chauffe,
- Le poulailler,
- Et le séminaire d'OURY à St Anne. A LA BORDE, certains sont parus (livres, CD, ...).

Pas moyen de savoir ce qu'est la psychothérapie institutionnelle sans passer par LA BORDE.

J'ai mis 35 ans pour y aller comme si c'était pièce manquante de mon PUZZLE psychothérapique. Et maintenant, je sais qu'il existe un lieu ouvert à la psychothérapie institutionnelle en chacun de nous qui reste à travailler chaque jour dans l'institution psychiatrique.

Mais je n'en dirai pas plus. Un prochain numéro de *Psy-Cause* sera réservé à la « Psychothérapie institutionnelle » sous la direction de P. EVRARD. Et puis, il y aura le séminaire début octobre.

Une bonne façon de se plonger dans l'ambiance de LA BORDE d'une manière propédeutique c'est de regarder le film « La moindre des choses » de Nicolas PHILIBERT (1996).

Elle a inspiré notre travail théâtral, la création de «La troupe Elsa TRIOLET» au CMP de Vaison la Romaine. Depuis, la troupe a fait son chemin et a donné plusieurs spectacles. L'importance de l'improvisation dans ce travail.

Surtout cette parole adressée à l'Autre, qui est là, qui nous regarde :

« Ici, on se sent protégé parce que nous sommes entre nous et maintenant vous aussi, vous êtes entre nous. »

Pour finir, je laisserai la parole à OURY (séminaire de St Anne – Le collectif – 15.05.1984). C'est lui qui parle mais ce sont les autres qui parlent par sa bouche (constellation... Cortèges...).

« La logique du collectif ce n'est pas..., mais une logique qui respecte une quasi-infinité de facteurs pour chacun... Déjà cette notion m'était apparue intuitivement lorsque j'étais interne à St ALBAN ; C'était en 1947- 1948. TOSQUELLES m'avait chargé de faire un

petit bulletin intérieur avec quelques malades... J'avais fait composer un extrait d'un livre de F. DELIGNY... Il expliquait (d'une façon toujours poétique) que pour créer un milieu qui puisse convenir à toute cette bande de délinquants... il faut disposer d'énormément de choses, très disparates, un tas de bricoles de toutes sortes, accumulées au hasard. C'est à partir de cette diversité, de cette hétérogénéité de choses que chacun peut choisir, s'orienter dans ce qui lui plait. »

Bibliographie

La psychothérapie institutionnelle

Repères : Clinique de COUR – CHEVERNY

Château de LA BORDE

41700 COUR CHEVERNY

Tel : 02.54.79.77.77

Fax : 02.54.79.27.44

Document d'information sur le fonctionnement de LA BORDE avec petit lexique des MOTS LABORDIENS.

Institutions

- Revue de psychothérapie institutionnelle
- Abonnement 22 euros (2 numéros par an)
- Adresse : Association Culturelle
- LA BORDE
- 41700 COUR CHEVERNY

Jean Oury

- IL DONC (1978)
- Le collectif (1986)
- L'aliénation (1992)
- A quelle heure passe le train ? avec M. DEPUSSÉ
- Le séminaire de LA BORDE (CD 2004)

Alain Buzare

- La psychothérapie institutionnelle c'est la psychiatrie...

Les nouvelles Labordiennes n° 89

Hebdomadaire qui paraît le vendredi

Les feuilles du jour de Laborde

Paraissant chaque jour, présentées à la réunion du RAIL

J. Lacan

- L'éthique de la psychanalyse
- L'envers de la psychanalyse
- Les 4 concepts fondamentaux de la psychanalyse

S. Freud

- Malaise dans la civilisation

J. Attali

- Karl MARX ou l'esprit du monde

II^e colloque de PsyCause en Égypte Congrès de psychiatrie à Assouan 5 mars 2005

Cette manifestation scientifique co-organisée par Psy-Cause et, à Assouan, par l'hôpital psychiatrique et Monsieur le Gouverneur, fait suite au colloque itinérant de l'automne 2003 au cours duquel notre revue fut déposée dans la Grande Bibliothèque d'Alexandrie. Lors de cette Journée du 5 mars 2005, le ministère égyptien de la santé est représenté en la personne de Monsieur Barkat El Shazly, Directeur de la santé. Dans son allocution, il salue cette rencontre rendue possible parce que « la ville d'Assouan possède des compétences remarquables dans le domaine de la psychiatrie, qui ont inventé et mis en place des moyens thérapeutiques qui ne sont pas traditionnels. » Après une première venue en octobre 2003, nous avons revisité quelques jours auparavant l'hôpital psychiatrique d'Assouan en cours de rénovation. Ainsi Monsieur le Directeur de la Santé a-t-il pu conclure : *« L'évolution que vous avez observée dans l'hôpital psychiatrique d'Assouan ainsi que les dispositifs modernes, prouvent le grand étayage que Monsieur le Gouverneur et le secteur de la psychiatrie accordent à ce domaine au bénéfice de la société, et ce dans toutes les régions du sud de la Haute Egypte. Je souhaite beaucoup de succès à votre colloque. Que la paix et la miséricorde, la bénédiction de Dieu, vous soient accordées. »*

Jean-Paul Bossuat





Samir Youssef

Discours d'ouverture de M. le Gouverneur d'Assouan

Monsieur Bossuat et tous les participants à ce congrès, je vous accueille ici à Assouan. Je crois que vous avez remarqué l'existence d'une certaine intimité entre le peuple égyptien et le peuple français. Cette intimité et amour entre les deux peuples a des racines historiques et lointaines. Moi-même, je suis parti en France et resté là-bas deux semaines dans le cadre d'une visite touristique. J'y étais avec ma femme. Nous avons retiré beaucoup de plaisir de ce voyage-là et nous avons ressenti que la civilisation entre les deux peuples était presque identique, d'une grande ressemblance.

C'est la troisième fois que je rencontre le Docteur Jean-Paul. La première fois, c'était en septembre dernier lorsqu'il était venu pour préparer ce colloque avec son collègue le Docteur Habachi. Je remercie vraiment Monsieur Jean-Paul Bossuat parce que nous ne savions pas vraiment l'effort qui est déployé dans l'hôpital psychiatrique qui est ici. C'est l'arrivée

du Docteur Bossuat qui nous a poussés à nous concentrer sur les efforts de cet hôpital. Il a promis d'organiser ce congrès à Assouan et voilà qu'il tient sa promesse. Je remercie pour la seconde fois Monsieur Bossuat, parce qu'il a tenu ce congrès ici et nous a permis d'avoir l'honneur de l'accueillir en ce jour.

Je voulais vraiment vous rencontrer dès votre arrivée à Assouan, mais j'étais très occupé, très pris. J'ai à présent la bonne occasion de faire votre connaissance. Je vous remercie de votre présence ici à Assouan. J'espère que vous retirez le maximum de plaisir de votre séjour et que vous reviendrez souvent. Permettez-moi de remercier le Docteur Habachi et son équipe pour tous les efforts qu'ils déploient ici à l'hôpital. Beaucoup de remerciements pour vous qui êtes revenus à Assouan. Un grand merci au Docteur Bossuat et j'espère vraiment qu'il reviendra toujours ici à Assouan. Merci infiniment.





Jean-Paul Bossuat

Introduction au colloque

Notre présence dans cette belle salle du palais des congrès de la ville d'Assouan a pour point de départ le 29 octobre 2003 lors de notre visite du centre hospitalier dirigé par un confrère, à présent un ami, le Docteur Habachi El Gamal. Nous étions un groupe de 50 professionnels français de la psy, et le Docteur Nasser Loza qui nous avait reçu au Caire au Behman Hospital pour une journée de travaux scientifiques sur le thème du sommeil et du rêve, nous avait confiés à son collègue d'Assouan pour nous faire découvrir une réalité de la psychiatrie publique égyptienne. Je dis bien « une » réalité car nous avons découvert au delà de moyens matériels certes à une autre échelle que ceux dont disposent encore nos établissements psychiatriques français, des projets d'humanisation des locaux et une dynamique soignante novatrice et courageuse. Notre revue *Psy Cause*, organisatrice du séjour scientifique d'octobre 2003 en Egypte, eut l'honneur de publier en juin 2004 un article du Docteur Habachi El Gamal qui nous exposait le projet thérapeutique de son équipe, en particulier une pratique des soins à domicile sur une grande échelle, unique en Egypte. Cette approche s'inscrit tout à fait dans la philosophie des soins psychiatriques en France avec ce que nous appelons la « psychiatrie de secteur », dont nous reparlerons tout à l'heure. Mais je connais peu d'exemples dans mon pays où le nombre de patients traités au domicile par rapport au nombre de lits hospitaliers atteint une telle proportion. L'hôpital psychiatrique d'Assouan serait en France à la pointe de l'innovation en la matière. C'est ce qui a impressionné les lecteurs de *Psy Cause* et qui me permet de dire que si nos amis égyptiens peuvent apprendre à partir de notre expérience, cela est vrai aussi pour nous à partir des témoignages de nos collègues de la vallée du Nil.

Les véritables promoteurs de ce congrès d'Assouan furent, outre le Docteur Habachi El Gamal et son équipe, Monsieur le Gouverneur qui s'est impliqué pour soutenir la mission de service public auprès de la population d'Assouan en terme de Santé Mentale, accomplie par les soignants de l'hôpital psychiatrique. Lors de mon voyage préparatoire en septembre 2004, j'avais par exemple pu constater l'avancement des travaux de réhabilitation et de modernisation architecturale accomplis. Je remercie Monsieur le Gouverneur de son

accueil ainsi que des facilités accordées pour la réussite de cette manifestation scientifique qui sera l'opportunité d'un échange fructueux entre des professionnels des deux rives de la Méditerranée et même au delà puisque nous avons parmi nous une présence canadienne du Québec.

Nous avons opté, même si ce n'était pas le plus facile, pour l'usage lors de nos échanges de deux langues : le Français car la Revue *Psy Cause*, co-organisatrice du colloque, est une publication francophone, et l'Arabe car telle est la langue et la culture de nos hôtes. Evidemment certains termes scientifiques professionnels ne sont connus en Egypte que dans leur dénomination internationale anglaise et notre traductrice, Madame Dalia Sabry dont j'avais pu apprécier le haut niveau de compétence lors de la conférence de *Psy Cause* sur *Hérophile* en octobre 2003 à la Grande Bibliothèque d'Alexandrie, va avoir une rude tâche. Notre revue scientifique, à travers son réseau de correspondants, est présente sur tous les continents : en Europe bien sûr, en Belgique, en Suisse, en Italie et tout particulièrement en République tchèque ; en Afrique avec les pays du Maghreb, le Sénégal, le Mali, le Bénin, le Cameroun et tout naturellement l'Egypte à Assouan avec le Docteur Habachi El Gamal, au Caire avec le Docteur Loza ; au Japon à l'université du bouddhisme de Kyoto ; en Amérique du Sud à Buénos Aires, en Amérique du Nord au Canada de Terre Neuve à la Côte Ouest. Notre revue n'est pas présente aux Etats Unis. Ce n'est pas un choix délibéré mais c'est ainsi. Partout nous véhiculons une certaine approche de la pathologie mentale héritière d'une clinique qui ne découpe pas la souffrance et les troubles du malade en un catalogue de symptômes à la manière du DSM IV.

Notre clinique est centrée sur la globalité de la personne soignée. Les symptômes s'articulent les uns avec les autres selon une grammaire qui donne un sens au vécu même le plus étrange. Notre discipline fut fondée en France sous la Révolution en 1793 lorsque Pinel obtint les pleins pouvoirs pour soigner les fous dans des lieux spécifiques, avec comme idéal de leur rendre l'air et la liberté. Esquirol obtint du Roi Louis-Philippe le vote d'une loi instituant les asiles d'aliénés dans lesquels les malades étaient étudiés pour que la science

puisse mieux les soigner. La recherche y fut effectivement de qualité et ce n'est pas un hasard si le jeune Sigmund Freud vint à Paris étudier auprès de Charcot l'hystérie. C'est à la clinique française que l'on doit le regroupement de tout un ensemble de symptômes dans une entité appelée hystérie. Ainsi à partir de patientes identifiées hystériques, Freud inventa la psychanalyse. Et l'invention de Freud influencera ensuite la clinique française, constituant de nos jours un axe de résistance majeur à l'approche anglo-saxonne qui curieusement a fait disparaître l'entité hystérie. Notre conception de la maladie mentale passe par l'appréhension de grands ensembles architecturaux du psychisme cohérents et spécifiques appelés structures : la psychose, la névrose et la perversion. Au milieu du xx^e siècle, Henri Ey fit une synthèse magistrale des travaux des cliniciens français mis en perspective avec les découvertes de Freud. Son manuel de psychiatrie fut pour moi comme pour mes collègues LA référence. C'est à Bonneval en 1946, dans son hôpital, qu'Henri Ey organisa un colloque sur l'origine des névroses et des psychoses, qui fut un grand moment de débat entre lui-même et Jacques Lacan sur la place de l'organicité par rapport à la psychogénèse au sein des grandes entités cliniques spécifiques que sont le champ des névroses et le champ des psychoses. Ce débat est toujours d'actualité.

Nous étions alors au lendemain de la seconde guerre mondiale. Le système des asiles d'aliénés avait généré de grands établissements confinant dans des sortes de réserves économiquement autonomes des milliers de patients mis hors circuit de la société, traités du mieux possible par les psychiatres. Le choc de la défaite de 1940 puis d'une occupation par des tenants d'une idéologie particulièrement barbare qui développèrent comme on le sait l'univers concentrationnaire, allait provoquer une révolution des soins dans l'hôpital puis une externalisation d'un maximum de malades dans la société « normale » avec le concept territorial du secteur. Mon collègue Pierre Evrard va décrire cette mutation tout à l'heure.

Pour terminer, je vais vous dire quelques mots sur mon travail de psychiatre de service public en Provence. J'exerce dans un hôpital psychiatrique situé dans un quartier d'Avignon du nom de Montfavet, c'est à dire dans un établissement fondé au xix^e siècle avec en son centre une église, les bâtiments les plus anciens formant un demi cercle au pied de l'édifice, les plus récents dispersés en divers pavillons. A proximité, une structure carcérale avec hauts murs et sauts de loup accueille des malades dits difficiles venus d'autres hôpitaux psychiatriques car impossibles à prendre en charge dans les services ordinaires. J'exerce en tant que médecin chef du secteur numéro 27 du département des Bouches du Rhône, c'est à dire le nord d'un département dont le chef lieu est Marseille. La population habitant le secteur est d'environ 70 000 habitants. Le lieu le plus connu du secteur est Saint Rémi de Provence avec ses artistes et une clinique psychiatrique où fut soigné le peintre Van Gogh. Je dispose de deux pavillons d'hospitalisation soit 40 lits. Le

patient est admis via une petite unité fermée d'accueil de 5 lits puis orienté vers le lieu d'hospitalisation le plus adéquat à son état clinique, ou vers le domicile. Selon un parcours type, il peut rapidement être pris en charge en journée sur l'un des deux hôpitaux de jour situés sur le secteur (celui de Saint Rémi s'il est psychotique, celui de Châteaurenard si sa pathologie est reliée à une autre structure psychique, névrotique par exemple) et rentrer le soir dans son pavillon d'hospitalisation. L'hospitalisation de jour pourra être poursuivie à partir du domicile après la fin de l'hospitalisation plein temps. Dans d'autres cas le patient pourra être vu régulièrement chez lui en général par un infirmier, ce qui se rapproche de la pratique mise en place à Assouan. La communication de Janik Lejeune, infirmière dans mon secteur, développera tout à l'heure ce sujet. D'autres cas de figure peuvent être le patient qui vient régulièrement en consultation au dispensaire (Centre Médico-Psychologique) voire pour des activités à temps partiel au CATTP (Centre d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel) afin d'étayer un minimum certains psychotiques.

Je suis le responsable direct de l'hôpital de jour de Châteaurenard. Les patients pris en charge en ce lieu viennent pour des problèmes de dépression, d'alcool, de troubles anxieux invalidants, d'agressivité en rapport la plupart du temps avec une névrose souvent hystérique. Car contrairement aux idées reçues selon lesquelles la psychiatrie publique ne soigne que les psychotiques, au moins 40 % des malades suivis sur un secteur relèvent d'une autre pathologie. Le principe du soin à Châteaurenard est axé sur la dynamique de groupe. Le patient va explorer ses dysfonctionnements relationnels dans un milieu social artificiel au sein duquel il pourra bénéficier d'entretiens individuels avec ses infirmiers référents à sa demande. Les activités proposées au long de la journée ne sont que prétexte à mettre en scène un vécu susceptible de déboucher sur une remise en question. Le dernier jour de la semaine est ponctué par le groupe de parole animé par une psychologue, occasion pour chaque participant d'évoquer librement ce qui lui tient à cœur. Le respect du cadre thérapeutique fait l'objet avec chaque patient, d'un contrat personnalisé signé par le soigné et un représentant de l'équipe soignante. Ce contrat est limité dans le temps et la date d'échéance est l'occasion d'un bilan avec le malade qui débouchera sur un nouveau contrat, un autre mode de prise en charge ou la fin des soins. Le non-respect du contrat entraîne un entretien avec le psychiatre pour décider de la suite à donner.

Je ne développerai pas d'avantage ici les techniques de soin à l'hôpital de jour de Châteaurenard, cela sera possible cette après-midi en atelier. La palette des soins proposés en psychiatrie de secteur est donc étendue. L'usage des médicaments psychotropes a également toute sa place, mais il est concevable dans mon secteur qu'un patient soit hospitalisé sans médicament. C'est relativement rare dans un pavillon d'hospitalisation plein temps. C'est fréquent dans un hôpital de jour soignant des névrosés.

Nos collègues égyptiens envient peut-être les moyens dont nous disposons actuellement. Mais de nombreux craquements se font entendre dans l'économie de notre pays et je suis persuadé que l'organisation actuelle de la psychiatrie de secteur vit ses derniers feux. Notre système sanitaire public est étouffé sous le poids de la bureaucratie et sur le point d'abandonner au privé des pans entiers de son activité, sans bruit. Parce que ce n'est pas l'idéologie qui le commande, mais l'appauvrissement de l'Etat. Au sein de notre revue, il n'y a pas d'opposition entre praticiens de service public et praticiens exerçant dans le privé. Ce qui nous importe, c'est l'existence de dispositifs soignants plaçant le patient comme acteur de ses soins. Lorsqu'il y a trois ans, nous avons tenu notre congrès à Montpellier dans la clinique psychiatrique

privée de Saint Martin de Vignogoul, nous nous sentions, ceux qui venaient de l'hôpital psychiatrique, revenus à l'âge d'or de notre pratique.

Alors, ce que nous avons constaté à Assouan, ouvre notre optimisme sur l'avenir de la psychiatrie en Egypte. Chers amis égyptiens, puisse notre venue dans cette belle cité des rives de laquelle cinq millénaires nous contemplent, vous enrichir de l'expérience de nos réussites et de nos erreurs, et nous redonner des raisons d'espérer. Je n'ai pas oublié les paroles d'accueil que m'avait adressées en septembre dernier Monsieur le Gouverneur : « considérez la ville d'Assouan comme votre seconde maison ». Tel est le cas aujourd'hui assurément.



À l'hôpital psychiatrique d'Assouan. Entretien avec le docteur Habachi El Gamal.



Dr Habachi El Gamal

Intervention du Directeur de l'hôpital psychiatrique à Assouan

Lors de mon travail dans les grands hôpitaux gouvernementaux de psychiatrie au Caire, je fis les observations suivantes :

1. L'hôpital est encombré par un grand nombre de patients qui y vivent depuis trente années ou plus.
2. Les parents des patients ne les visitent pas depuis des années et ne connaissent rien à leurs propos.
3. Les parents des patients remettent des adresses incorrectes afin d'éviter de les recevoir chez eux.

J'avais publié dans le journal El Ahram, le 20 Août 2003 à la page des investigations, un grand article intitulé « *Les Gérontes aux hôpitaux psychiatriques* ». J'y avais évoqué ce phénomène qui s'avère chez les patients qui n'ont pas de fonction gouvernementale et ne travaillent pas dans le secteur public. Leur traitement est très coûteux et crée un lourd fardeau sur les épaules de leurs familles.

Les conséquences de ces conditions :

1. Les patients passent de longues années ségrégués et écartés de la société et des prompts modifications de la vie.
2. Tous les lits sont constamment occupés et le cycle des lits est fermé et immobilisé.
3. Malgré le traitement, L'état psychologique et mental des patients décline constamment, à cause de la société fermée où ils vivent.
4. Les patients sentent profondément qu'ils sont indésirables du côté de leurs parents, ce qui les rend déprimés et rancuniers à l'égard de leurs familles et de la société. Le sentiment d'oppression les envahit.
5. L'aspect du patient inconvenable le mène à mendier à l'intérieur de l'hôpital.
6. Le médecin et l'infirmier sont devenus des geôliers aux yeux des patients.

Tout ceci se passait sous mes yeux, lorsque je fus nommé le directeur de l'hôpital psychiatrique à Assouan. Je devais aborder des solutions à ces problèmes permanents, notamment du fait que l'hôpital était petit et que sa capacité ne dépassait pas les soixante quatre lits. Cet hôpital étaye les gouvernements d'Assouan, de Qéna et de la Mer Rouge, soit une population d'environ trois millions habitants. Il est connu que le taux de l'expansion de la maladie de la Schizophrénie

atteint 1 %, mais ici ce pourcentage s'accroît vu les traditions et les coutumes du mariage des consanguins.

Ces problèmes ont été abordés lors du conseil d'administration de l'hôpital, qui s'est tenu pour mettre les **solutions adéquates et modernes qui sont :**

1. L'hôpital a disposé une carte de suivi pour chaque patient. Les remèdes sont délivrés tous les jours pendant les horaires de travail, sans se figer à un jour fixe.
2. Les médicaments sont délivrés au patient à domicile sous forme d'injections à long terme, par une équipe de travail qui comprend le chef des infirmiers et un autre infirmier. L'infirmier donne l'injection au patient et ne laisse pas à sa famille cette charge, pour éviter les méfaits de l'insouciance et pour assurer la continuité du traitement.
3. Le traitement familial à l'intérieur de l'hôpital est suggéré et effectué, à savoir que le patient peut avoir un compagnon à l'hôpital, pour les raisons suivantes :
 - a. Prendre soin du patient, de sa propreté et répondre à ses exigences vitales et ses demandes personnelles.
 - b. Suivre les méthodes du traitement et s'assurer que le patient prend ses médicaments et ses repas aux horaires prévus.
 - c. Préserver le patient de lui-même et de ses conjoints: s'assurer qu'ils ne s'agressent pas, surtout en cas de maladie sérieuse.
 - d. Promouvoir un sentiment de sécurité et d'assurance chez le patient par la présence d'un membre de sa famille auprès de lui à l'intérieur de l'hôpital.
 - e. Assister le patient à ne plus se ressentir opprimé, détesté et délaissé par sa famille.
 - f. Distraire le patient à l'intérieur ou à l'extérieur de l'hôpital, selon un permis rédigé par l'administration de l'hôpital.

Ces procédures eurent des effets tangibles :

Premièrement sur le patient :

1. La période de la thérapie à l'hôpital est devenue courte et ne dépasse un mois.
2. Le patient sort de l'hôpital et est suivi à travers les visites à domicile.

3. Le patient est réinséré dans la société et est devenu un individu effectif dans la société. Il sent qu'il est un être humain productif et qu'il mène une vie naturelle entre sa famille.

Deuxièmement dans l'hôpital :

1. Un seul lit passe par cinq cycles annuellement.
2. Le mobilier de l'hôpital est préservé en diminuant le nombre d'heures de son emploi par les patients.
3. Les patients chroniques ne sont plus à l'intérieur de l'hôpital.
4. Le coût de la thérapie a diminué, puisque alors que le coût effectif d'un lit n'est pas inférieur à cinquante livres égyptiennes par jour (il inclut les payes des salariés + la nourriture + l'usage du mobilier + le traitement), on a pu le diminuer jusqu'à quinze livres égyptiennes par semaine.

5. La thérapie à domicile est assurée pour environ quarante patients; un seul patient a rechuté pour deux semaines et un autre a rechuté pour un mois à l'intérieur de l'hôpital.

6. Les patients déjà soignés et guéris :

Les cas de l'hôpital :

En 2000	203 patients
En 2001	233 patients
En 2002	232 patients
En 2003	250 patients

Les cas des cliniques extérieures¹ :

En 2000	4 201 patients
En 2001	7 346 patients
En 2002	6 603 patients
En 2003	5 018 patients



1. NDRL : par "clinique extérieure", il faut entendre "lieu de consultation extérieur".



Fessal Hussein Osman

Intervention de M. le Chef des infirmiers à l'hôpital psychiatrique d'Assouan

Si la profession d'infirmier a une fonction fondamentale dans l'équipe de la psychothérapie à l'intérieur de l'hôpital, son rôle n'est pas moindre dans le traitement du psychotique à l'extérieur de l'hôpital.

Je suis chargé de délivrer les remèdes aux patients à domicile et je leur donne le traitement sous forme d'injection à long terme. Ma tâche ne se limite pas à distribuer le traitement, mais je donne l'injection au patient avec une seringue non usagée pour assurer la bonne observance et l'adéquation du remède.

La livraison du traitement s'effectue une fois par semaine, le mercredi, par le véhicule de l'hôpital. Je remarque que les patients attendent l'arrivée du véhicule le matin, aux horaires prévus, puis chacun part à son travail.

Cette mission dont l'administration de l'hôpital m'a donné la charge, est très ardue, parce que les patients habitent dans des périlleux endroits dispersés, notamment ceux qui habitent dans des régions montagneuses où la voiture ne parvient pas à pénétrer.

Au début du projet, j'accomplissais simplement le plan de traitement à domicile, mais après avoir aperçu les résultats efficaces et la perspective approfondie de ce projet, j'ai bien apprécié cette tâche. J'ai estimé prendre l'initiative de mettre en oeuvre les exigences de la démarche de ce projet, citons à titre d'exemples:

1. Je rédige une liste des noms des patients et leur adresse.
2. Le spécialiste prescrit l'ordonnance.
3. Je prends le traitement à la pharmacie un jour avant sa distribution.

4. Le patient signe la liste en recevant les médicaments, pour que je puisse régler mon engagement à l'hôpital.
5. J'avertis le Médecin Directeur de l'hôpital, des observations faites sur le comportement du patient pour les consigner à l'hôpital et faire évoluer le traitement.
6. Au cours de mon travail qui s'étend sur de longues années, j'ai constaté que les rechutes des patients sont réduites et presque rares ; deux patients seulement ont rechuté. Actuellement, leurs états sont stables.
7. Une perpétuelle communication et une solide coopération sont établies entre l'équipe thérapeutique et les patients, parce que les patients sentent que les services gouvernementaux leur parviennent gratuitement à domicile sans aucune peine.
8. Sous les instructions du Médecin Directeur de l'hôpital, j'entraîne, en tant que chef des infirmiers à l'hôpital, quelques collègues pour qu'ils puissent fournir la même tâche réciproquement, ainsi acquièrent-ils de l'expérience.
9. Quelques médicaments ne sont pas disponibles dans les pharmacies extérieures, mais ils le sont dans l'hôpital comme le comprimé de Cogentine qu'on distribue aux patients à domicile.

Cette œuvre éminente réalisée par l'administration de l'hôpital, sous la direction de Monsieur le Médecin Directeur de l'hôpital, procure les services médicaux aux patients à domicile, surtout que l'hôpital se situe près du Haut Barrage et est éloigné d'Assouan de plus de 20 km. De plus, elle apporte la quiétude aux familles des patients.

J'espère que ce projet pilote connaîtra une plus grande extension pour qu'un plus grand nombre de patients puisse en bénéficier.



Janik Lejeune

Témoignage d'une infirmière de secteur

Je me présente : je suis infirmière au Centre Médico-Psychologique (CMP) de Sénas dans le secteur 27 des Bouches du Rhône. Les CMP, dénommés dispensaire d'hygiène mentale dans les années 1970, ont contribué à ouvrir la psychiatrie sur la cité et à briser l'image des structures asilaires d'antan.

La sectorisation psychiatrique et mon cadre de travail

Mise en place en France à partir de 1960, la sectorisation psychiatrique est un dispositif qui divise le département en un certain nombre de territoires géographiques dénommés secteur, dans lesquels une même équipe médico-sociale assure la continuité indispensable entre le dépistage, le traitement sans hospitalisation quand c'est possible, les soins avec hospitalisation et enfin la surveillance de postcure. Dépendent du Centre Hospitalier de Montfavet, 8 secteurs de psychiatrie adulte et deux intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile, couvrant la quasi totalité du département du Vaucluse ainsi que le nord des Bouches du Rhône.

Mis en place en 1995, le secteur 27 des Bouches du Rhône prévoyait dès l'origine l'implantation d'un CMP à Sénas. C'est chose faite le 4 janvier 2004. C'est là mon lieu de travail principalement.

Ce CMP est un élément d'un dispositif d'ensemble que je vais d'abord vous décrire. En règle générale, un secteur comporte des lits d'hospitalisation temps plein dans son hôpital de rattachement, ici à Montfavet (un quartier d'Avignon), à savoir 5 lits dans l'unité fermée d'Accueil-Crise, 13 lits dans l'unité ouverte dite de soins dynamiques, 15 lits dans l'unité ouverte de resocialisation et 5 lits de géro-psycho-geriatrie. L'extrahospitalier ainsi dénommé car implanté sur le territoire du secteur hors de l'hôpital, comprend 3 CMP qui desservent chacun un sous-secteur. Les CMP sont installés dans des maisons de ville. A Châteaurenard, ville pivot du secteur, le dispositif sectoriel comprend outre le CMP, un hôpital de jour et un Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP). A Saint Rémi de Provence, un CMP et un hôpital de jour. A Sénas, outre le CMP ouvert

en janvier 2004, il est prévu la création d'un CATTP pour développer la prise en charge du patient sur la commune.

Le CMP de Sénas est installé dans des locaux prêtés par la mairie situés au cœur du village, entièrement rénovés, qui accueillent également d'autres organismes sociaux (médecine du travail, assistantes sociales, bureau des allocations familiales, bureau des emplois-jeunes (pour les jeunes chômeurs), consultations juridiques du tribunal de Tarascon). Les locaux qui nous sont alloués pour la psychiatrie, comprennent un grand bureau où j'accueille les patients et où je pratique des prises en charge sous la forme d'entretiens infirmiers, ainsi que deux bureaux pour les psychiatres et psychologues.

Fonctions du CMP

Le CMP est le lieu de l'élaboration du projet de soins du patient. Il est une structure d'accueil et de consultations psychiatriques. Il est animé par une équipe pluridisciplinaire composée de psychiatres, psychologues, assistantes sociales, qui lui consacrent une partie de leur temps professionnel. Des permanences infirmières pour accueillir sont (quand c'est possible) assurées sur place du lundi au vendredi, et une permanence téléphonique en dehors des heures d'ouverture du CMP dans une unité d'hospitalisation plein temps.

Nous recevons d'une part les patients relevant d'un suivi chimiothérapique et relationnel, à la suite d'une hospitalisation en psychiatrie, ou nécessitant un accompagnement dans le cadre d'une réinsertion sociale. D'autre part une population variée (hommes et femmes adultes) peut solliciter le CMP lors de difficultés plus conjoncturelles liées par exemple à des événements de la vie tels que le deuil, une rupture sentimentale, des difficultés conjugales ou professionnelles, qui retentissent sur l'équilibre psychologique du sujet.

Le CMP développe également le travail en réseau, c'est à dire en partenariat avec les travailleurs sociaux, les associations, les médecins généralistes, les médecins spécialistes, les hôpitaux généraux tout particulièrement au niveau des urgences, les maisons de retraite, les pharmacies, les tutelles. C'est à dire aussi qu'il coordonne les soins et les

interventions entre l'intra-hospitalier et l'extra-hospitalier. Il le fait par exemple en participant aux réunions cliniques de synthèse dans les unités d'hospitalisation, ce qui facilite la mise en place du suivi du patient à sa sortie de l'hôpital. En outre, le CMP a en règle générale une mission d'information et de prévention spécialement auprès des groupes à risque : par exemple dans les lycées pour les adolescents, dans les associations qui aident des personnes à la recherche de travail.

Rôles spécifiques de l'infirmière en CMP

La mission de l'infirmière s'y articule autour de différents pôles :

En premier, l'accueil infirmier

Réalisé afin d'évaluer la problématique et la demande du patient. Ce dernier, après un ou plusieurs entretiens infirmiers sera dirigé vers une consultation médicale pour orienter la prise en charge, laquelle sera réévaluée de façon régulière au décours de la réunion clinique hebdomadaire. Selon l'indication médicale posée lors de cette première consultation avec le psychiatre, les rendez-vous sont pris avec les acteurs concernés de l'équipe pluridisciplinaire. Ainsi le patient peut être amené à suivre une psychothérapie avec une psychologue, à bénéficier d'entretiens infirmiers sur la durée, à débrouiller ses problèmes matériels avec l'assistante sociale, à effectuer un travail thérapeutique sur lui-même ou trouver un étayage en hôpital de jour, à recevoir l'infirmière en visites à domicile. S'il s'agit d'une jeune mère en souffrance psychique, il sera fait appel à l'unité de soin mère-enfant. Si le problème central est l'alcool, le malade pourra être orienté vers un centre d'alcoologie. Etc... A l'issue de l'entretien d'accueil infirmier, un « livret d'accueil » avec un questionnaire de satisfaction est remis au consultant.

En second, des entretiens infirmiers

Ils privilégient l'écoute de la personne, apportent aide et soutien psychologiques, permettent une observation du patient et de surveiller l'évolution ou la survenue de troubles du comportement. Il y a lieu de repérer quatre types d'entretien :

- l'entretien d'accueil que j'ai déjà évoqué, qui permet l'évaluation et l'orientation,
- l'entretien programmé dans le cadre d'un suivi régulier sur prescription médicale,
- l'entretien d'urgence à la demande d'un médecin ou de la famille,
- l'entretien lors des visites à domicile.

Les visites à domicile (VAD)

Nous effectuons sur prescription médicale des visites au domicile du patient. La visite peut nous être demandée en urgence par la famille ou un médecin généraliste ou bien dans le cadre d'un suivi régulier, pour évaluer le compor-



Le CMP de Sénas.

tement, l'observance d'un traitement, l'environnement, l'adaptation de la personne chez elle ou en maison de retraite. Elle concerne aussi bien des patients suivis après une hospitalisation libre que des malades en congé d'essai suite à une hospitalisation sous contrainte, qu'il s'agisse d'une hospitalisation à la demande d'un tiers ou d'une hospitalisation d'office par décision du préfet.

Je pratique ces visites à domicile seule ou accompagnée d'une collègue infirmière, voire d'un médecin psychiatre ou d'une assistante sociale. Les visites régulières ont lieu, toujours sur prescription médicale, une à deux fois par semaine, ou tous les quinze jours. Elles permettent d'éviter des hospitalisations répétées parce que l'infirmière a ainsi la possibilité de donner l'alerte avant l'aggravation des troubles du comportement : le médecin alors réévalue et réajuste à temps. Ces visites assurent une observance du traitement en particulier par une meilleure acceptation. Elles sont en effet l'occasion de nous rendre compte d'éventuels effets secondaires des médicaments : nous évaluons avec le patient s'il les tolère bien ; il nous fait part de son ressenti ; nous rassurons, nous expliquons. L'intérêt de ces visites à domicile réside aussi dans notre rôle de médiation avec la famille, l'entourage, la tutelle. Ces interlocuteurs nous appellent s'il y a un problème.

Lors de l'entretien infirmier au cours d'une visite à domicile, beaucoup plus de paramètres sont à prendre en compte que dans l'entretien classique qui se déroule dans un bureau.

Nous sommes chez eux, dans leur intimité. Certes cela facilite la perception de données telles que l'alimentation, l'hygiène, mais notre présence est parfois vécue comme une intrusion. Le principal est de se mettre à leur niveau de compréhension, de trouver un langage adapté, d'écouter, d'établir une confiance. Une fois que le lien est instauré avec le patient, avec la famille, le plus important et le plus difficile est de le maintenir. Rien n'est jamais acquis. Il faut régulièrement réévaluer, réajuster et faire preuve de *beaucoup d'humilité*.

Autres rôles spécifiques de l'infirmière en CMP

En plus de l'accueil et les entretiens, nous assurons les suivis des traitements par neuroleptiques à action prolongée en pratiquant *les injections* à domicile ou au CMP ; nous effectuons des accompagnements individuels du patient dans le cadre d'un *travail d'autonomisation* : au niveau de l'achat de vêtements, de l'alimentation afin qu'il prévoise des menus, de la gestion du budget, et nous l'accompagnons à la poste, à la banque, à la pharmacie, etc... ; nous participons à *diverses*

réunions avec synthèses, sommes amenés à rencontrer les différents intervenants concernés par nos patients.

Et de plus nous sommes confrontées à l'épineuse question de la tenue des *dossiers de soin* devenue délicate avec une législation qui à la fois nous soumet au secret professionnel et à la confidentialité, ce qui est la moindre des choses vis à vis du patient, mais qui dans un même temps utilise nos écrits comme pièces à conviction vis à vis de la justice en cas de mise en cause de notre pratique professionnelle. Je passe sur le débat quant à ce que nous devons remettre au patient au niveau du dossier lorsqu'il en formule la demande. Le dossier de soin devrait être en premier lieu un outil de travail.

L'infirmière se doit d'améliorer ses compétences professionnelles. Il est donc souhaitable qu'elle bénéficie de formations. Ma plus récente formation traitait des stratégies du soignant face au suicide.

Pour conclure, je peux dire qu'en tant qu'infirmière, je perçois mon travail comme très intéressant et varié. J'apprécie la dimension de travail de terrain qui est à développer, et une certaine autonomie dans la planification de mon activité.





Pierre Evrard

Une spécificité de la psychiatrie française

Quand on retrace l'histoire de la Psychiatrie, l'objet se double. Comme s'il y avait deux histoires parallèles

- d'une part celle des descriptions d'entités pathologiques, des théories explicatives, des avancées de la « science psychiatrique », des méthodes de traitement,
- d'autre part celle des dispositifs de soins, des institutions, du statut des établissements, des médecins, des personnels.

Si la première histoire est celle des concepts de la discipline « psychiatrie », la seconde est celle des ruptures survenant dans l'ordre sociopolitique.

Ceux qui privilégient l'évolution autonome de la « science psychiatrique », en valorisant les progrès méconnaissent la perméabilité de ceux-ci aux facteurs politiques.

A l'inverse les « sociogénétiistes » d'un « tout politico-historique » risquent de méconnaître la complexité du psychisme humain et le réel de l'aliénation mentale.

Les conceptions biogénétiques, psychogénétiques, sociogénétiques se sont affrontées tout au long de l'histoire bicentenaire de la psychiatrie.

Les batailles ne sont jamais terminées même si tous s'accordent à proclamer de façon conventionnelle que l'homme est un être « bio-psycho-social ».

Les histoires parallèles se rencontrent parfois.

Les changements importants en Psychiatrie surviennent toujours lors des événements politico-historiques majeurs de notre histoire.

C'est avec la REVOLUTION, à la fin du XVIII^e siècle que la Psychiatrie trouve en France son mythe fondateur : PUSSIN, surveillant chef de BICETRE, libérant de leurs chaînes les aliénés, appliquant ainsi les idées de Philippe PINEL.

Ce geste a symbolisé la restitution à l'aliéné de « l'humanité » qu'on lui refusait jusque là.

Les « ASILES » furent construits comme lieux spécifiques pour des « Fous », un corps spécifique de médecins fonctionnaires de l'Etat fut chargé de s'en occuper et de faire au

nom de la société le partage entre les fous et les non-fous. Cet enfermement fut théorisé comme moyen thérapeutique : c'est la doctrine Esquirolienne de l'**isolement**. L'ordre disciplinaire, fait d'un jeu de punition-récompense, de consolation-intimidation fut théorisé comme **Traitement Moral**.

L'aliéniste du XIX^e siècle était ainsi porteur d'une double mission : observer et classer les formes de Folie d'une part, et servir la grande entreprise de moralisation à l'œuvre dans la société d'autre part.

Le dirigisme à l'œuvre dans les asiles n'était pas différent dans ses principes qu'à l'école, à l'usine, à l'armée ou dans la famille.

Les conceptions philanthropiques du début du XIX^e siècle ont dégénéré par la suite quand l'idée d'**incurabilité** est devenue hégémonique.

Les mauvaises conditions de vie des aliénés reclus étaient partagées par les « gardiens », souvent à demeure dans les Asiles.

Il a fallu attendre 1936 avec les lois sociales du Front Populaire pour que naisse le statut d'**infirmier psychiatrique**. C'est à ce moment que les Asiles reçoivent l'appellation d'**Hôpital Psychiatrique**.

Peu après survient en France la sombre période de l'occupation nazie. Les restrictions alimentaires provoquent la mort de 40 000 malades dans les hôpitaux psychiatriques. On a appelé cela « l'extermination douce ».

Le militantisme de la résistance, l'indignation face à cette vie asilaire quasi concentrationnaire ont fait s'engager certains psychiatres dans ce que l'on a appelé la 2^e **révolution psychiatrique**.

C'est ainsi que cette période, puis les suites de la libération ont constitué la **matrice** dans laquelle s'est refondée une « Psychiatrie à la Française ». Il a été dit qu'une société se juge à la manière dont elle traite ses fous : cela nous place sur un terrain éminemment « politique », au sens où la Folie concerne la POLIS (la Cité).

La Psychiatrie dès lors sera marquée par le souci de prendre en compte l'**aliénation sociale** qui se surajoute à l'**aliénation mentale**.

Lucien BONNAFE forgera ainsi le terme de « désaliéniste » pour marquer le renversement effectué depuis « l'aliéniste » du 19^e siècle.

La psychiatrie française sera désormais nourrie de critique sociale, de phénoménologie, de psychanalyse, d'anthropologie, de philosophie, de poésie sans perdre de vue cependant l'ancrage de l'être humain dans la biologie.

Le creuset de cette 2^e révolution psychiatrique fut l'hôpital de Saint-Alban, village de Lozère dans le massif central. Des hommes remarquables BALVET, TOSQUELLES, BONNAFE, CHAURAND, pendant l'occupation effectuèrent là un renversement des pratiques asilaires. Les grilles de l'hôpital sont enlevées, les portes s'ouvrent, les soignants et les malades organisent ensemble l'approvisionnement avec la complicité de la population. L'hôpital devient une plaque tournante de la Résistance. Le poète et résistant Paul ELUARD y trouvera refuge. L'impulsion de cette politique fut donnée par un jeune psychiatre catalan François TOSQUELLES. Il avait 28 ans en 1940 et venait d'un camp de réfugiés de la guerre d'Espagne.

Tous font le pari que les capacités des malades sont en partie écrasées par le milieu asilaire, que le caractère pathologique de leur comportement n'est pas seulement dû à une maladie mais aussi à l'oppression qu'ils subissent.

L'objectif est dès lors de rendre aux malades des possibilités d'**initiative**, de leur donner des **responsabilités**, de multiples occasions de **créativité**. Pour atteindre ce but il convient de mettre en place des **institutions** à visée psychothérapique : ateliers coopératifs autogérés, salles de réunions, projections de films, théâtre, bibliothèque, fabrication d'un « journal ».

- Méthodes actives
- Parti pris éthique contre la ségrégation
- Référence à la psychanalyse
- Appel à un fonctionnement des groupes de manière démocratique

Tout cela constitue la base même de ce que l'on a appelé ensuite le **mouvement de Psychothérapie institutionnelle**.

La volonté de changer radicalement l'ordre asilaire se fera selon 2 axes complémentaires :

1. Transformer le milieu hospitalier pour en faire un milieu soignant, avec le souci permanent de lutter contre l'aliénation sociale, selon les principes énoncés ci-dessus.
2. Envisager le soin ailleurs que dans une concentration hospitalière : ce sera le principe de la politique de secteur.

Ces deux axes prennent leur origine à Saint-Alban. Il est à noter que cette « révolution psychiatrique » s'effectua plus de 10 ans avant la découverte du premier neuroleptique (Largactil). L'histoire est falsifiée quand elle attribue au seul neuroleptique le changement de la psychiatrie.

Ma génération, au contact direct des pionniers des années 40 et 50, arrive en psychiatrie avec les bouleversements de mai 68, qui ont particulièrement marqué la France.

La mise en cause de **toutes** les organisations autoritaires a bien entendu touché l'hôpital psychiatrique. Certains d'entre nous crurent faire la « révolution » et durent se remettre de leurs illusions.

Plus prosaïquement les suites de mai 68, où la question de la Folie fait l'objet de nombreux débats publics, amena une accélération de réformes :

- séparation de la neurologie et de la psychiatrie – le patient en psychiatrie échappant ainsi à sa réduction comme objet de la science médicale,
- l'humanisation des hôpitaux psychiatriques, accélération de leur rénovation pour assurer aux malades un meilleur confort matériel,
- le début de la mixité des services ;
- une « démocratisation » à tous les niveaux des rapports entre médecins, infirmiers, malades,
- une diffusion de formations diverses : psychanalyse, travail de groupe, techniques artisanales et artistiques multiples, un nouveau **statut** des hôpitaux et des médecins ;
- la mise en place effective des secteurs au long des années 70,
- la création de lieux de vie en dehors des hôpitaux.

Ce fut une période pleine d'utopies et de foi en l'avenir. La critique sociale et la psychanalyse constituaient les 2 jambes qui mettaient la psychiatrie en marche. L'épopée de Saint-Alban fonctionnait à plein comme mythe originaire.

Ceux qui ont connu cette effervescence conservent de cette époque l'idée que soigner un psychotique relève davantage du bricolage créateur que de la technique appliquée.

Avec les années 80 s'est installé un certain désenchantement

- la crise économique commençait de limiter les moyens,
- la montée de l'individualisme s'accompagnait d'une délégitimation de toute démarche collective,
- les bureaucraties administratives devenaient plus pesantes,
- on faisait le constat que les schizophrènes se chronifiaient aussi en dehors de l'hôpital psychiatrique,
- de nouvelles pathologies venaient nous concerner, notamment celles liées à la toxicomanie et à la désinsertion sociale,
- les psychiatres se sont divisés en de multiples tendances et syndicats, les psychanalystes en de nombreuses associations en conflit,
- l'engagement pour une psychiatrie militante se fit moins fervent. Etre psychiatre ou infirmier, ou psychologue devenait une profession comme une autre, avec moins de sensibilité au tragique de l'existence. De moins en moins de soignants se sont engagés dans l'aventure d'une psychanalyse,
- les barrières dressées entre soignants et soignés après s'être entrouvertes, semblaient se refermer,
- c'est ainsi qu'une référence vivante à l'esprit de Saint-Alban s'est peu à peu estompée.

Pourtant les principes de la psychothérapie institutionnelle restent les plus pertinents dans le soin au psychotique associé bien-sûr au médicament.

Après être passé à Saint-Alban après guerre, Jean OURY fonde en 1952 la clinique de LA BORDE près de BLOIS. Médecin et directeur, il place l'administratif au service des objectifs thérapeutiques. C'est l'ensemble de la clinique qui constitue un champ psychothérapique collectif. Son approche multidimensionnelle de la Psychose intègre le biologique, le psychanalytique, le social. Le psychotique dissocié va investir des morceaux de lui dans l'un ou l'autre des multiples lieux différenciés : ateliers, cuisine, lingerie, bar, standard, jardin, enclos d'animaux, etc.



Le choix de lieux différents, à l'ambiance différente, lieux entre lesquels le malade peut circuler librement est fondamental. Cette liberté de circulation favorise les occasions de **rencontre**, de contacts, de prises de responsabilité.

Tout cela s'accompagne d'un travail de repérage et d'analyse collective.

Cette démarche est en rupture avec le paternalisme et la discipline qui règnent ailleurs.

Tout ce travail sur le milieu qui entoure le malade tend à permettre à celui-ci de parvenir à nouer des contrats, toujours révisables.

Toutes les choses concrètes de la vie quotidienne peuvent servir de support à ce travail.

[Dans un hôpital, il est devenu impensable qu'un malade puisse investir des lieux tels la cuisine, le garage, la menuiserie, les ateliers, etc., tous ces locaux qui ne sont pas « médicaux ».]

Un élément important du dispositif : le CLUB, où patients et soignants gèrent ensemble la base économique et matérielle d'activités diverses, selon des principes **démocratiques**. Un milieu de soins, organisé sur un mode disciplinaire rigide est le premier obstacle au traitement des psychotiques. Un tel milieu favorise la production des

symptômes habituels en psychiatrie : la passivité aussi bien que l'agitation.

Par ailleurs, il faut insister sur la notion suivante : la pertinence de la distinction entre névrose et psychose a pour conséquence une différence de stratégie thérapeutique

- le traitement du névrotique consiste en un travail psychothérapique avec un seul thérapeute, travail au cours duquel le sujet reconstitue son **histoire** personnelle, selon un axe **temporel**,
- le traitement du psychotique nécessite un collectif de plusieurs thérapeutes. La reconstruction du patient passe par une diversité d'**espaces**.

On a reproché à la psychothérapie institutionnelle de maintenir les malades dans une néo-société héritière de l'asile. C'est une manière de se débarrasser de ses principes car ceux-ci sont intégralement applicables à des espaces extra-hospitaliers.

Un hôpital de jour, un centre d'accueil à temps partiel, des lieux de rencontre et de créativité, vivent avec des règles, des routines, des habitudes, des protocoles, des contraintes. Ce sont des institutions. Une analyse institutionnelle collective est là aussi nécessaire.

Le terme d'« **institution** » est l'objet de malentendus et de contre-sens.

L'usage anglo-saxon a identifié ce terme à l'hôpital en tant qu'« établissement » et de plus a promu le terme de « désinstitutionnalisation » pour désigner la prise en charge des patients hors de l'hôpital.

Or une institution résulte de l'**action d'instituer**.

La psychothérapie institutionnelle parle d'institutionnalisation pour ce qu'instituent les malades de par leur **créativité**.

Les règles qui régissent les rapports des hommes entre eux sont des institutions. Toute institution est révisable, transformable, évolutive. La langue est un système de règles à la fois extérieur à chacun, chaque enfant rencontre la langue comme lui préexistant, et c'est en s'installant dans la langue qu'il la réinstitue dans la parole.

La condamnation des conduites ségrégatives de la société à l'égard des malades mentaux a entraîné un renversement de la doctrine Esquirolienne de l'isolement. D'où l'idée de confier à une même équipe la prévention et le soin d'un ensemble géo-démographique à dimension humaine : le **SECTEUR**.

Chaque secteur (entre 50 000 et 100 000 habitants) devant se doter de structures diversifiées implantées dans le tissu social, à proximité du lieu de vie du patient.

Cette **politique de secteur** dont les bases furent jetées dans une circulaire ministérielle en 1960 se réalise progressivement depuis lors.

La France est découpée en un millier de secteurs. Les 2/3 sont rattachés à d'anciens hôpitaux psychiatriques (que l'on

appelle « Centre Hospitalier » désormais). Les autres sont rattachés à des hôpitaux généraux (médecine – chirurgie...). Il existe une disparité de moyens d'un secteur à l'autre. L'hospitalisation à temps plein n'est plus qu'un élément parmi les autres dispositifs : Centre Médico-Psychologique (consultations – accueil – visites à domicile), hôpital de jour, Centre Thérapeutique à Temps Partiel, centres dits de « crise », appartements, ateliers, clubs, etc.

Le secteur est l'organisation actuelle de la psychiatrie publique française. Nous y sommes tous attachés. Les moyens apparaissent insuffisants au regard de la croissance des demandes et des nouvelles pathologies liées à la désinsertion sociale, la toxicomanie, la délinquance. Les « vrais fous » apparaissent moins comme la raison d'être de la psychiatrie.

Ainsi :

- le nombre de psychiatres diminue,
- leurs missions augmentent,
- leurs moyens stagnent,
- leur pouvoir sur les outils de soins rétrécit.

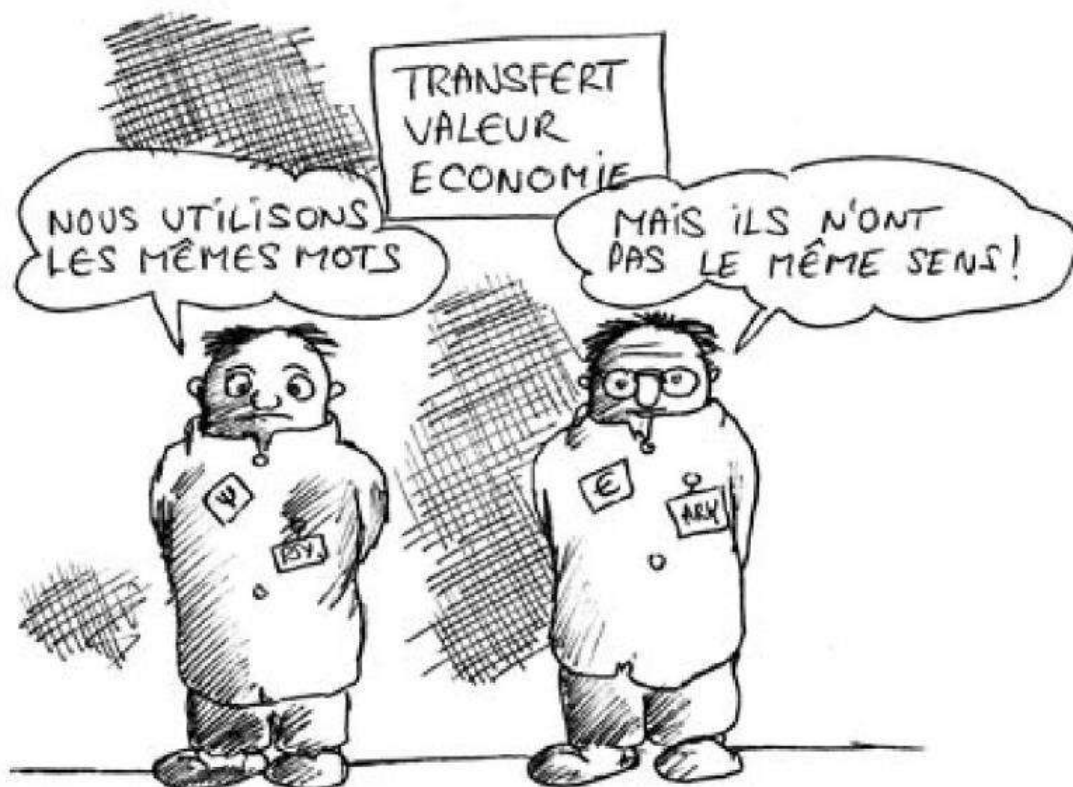
Voilà ce qui alimente à l'heure actuelle l'inquiétude des psychiatres de service public.

Cela m'amène à quelques réflexions sur le devenir de la psychiatrie en France.

- A Saint-Alban, se forgèrent les **valeurs** qui guidèrent plusieurs générations de psychiatres, infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux... Nous nous alarmons de l'éclipse progressive de ces valeurs, ce qui accompagne

de profondes mutations des rapports de l'homme et de la société.

- La disparition depuis 15 ans d'un internat spécifique des hôpitaux psychiatriques, la chute du nombre de psychiatres formés, la place centrale dans leur formation prise par une conception essentiellement biologique de la maladie mentale (les liens sont de plus en plus étroits entre la psychiatrie universitaire et l'industrie pharmaceutique).
- De même, le diplôme spécifique d'infirmier psychiatrique a disparu en 1995. Les nouveaux infirmiers sont formés avant tout aux soins « somatiques ».
- L'hôpital psychiatrique, avec ses contradictions, combinait la brutalité de l'ordre asilaire et une culture empreinte de **fraternité** avec les malades. De nouvelles barrières semblent se dresser.
- Quelles sont ces valeurs menacées ?
 - Etre soignant en psychiatrie exige un **engagement** personnel dans l'**accueil** de la Folie et de l'insolite. Ce que l'on **est** compte autant que ce que l'on doit **faire**. Etre disponible, ouvert à l'autre, lui porter un intérêt, avoir le sens de l'hospitalité sont des qualités essentielles. Elles se doivent aussi d'être travaillées collectivement. Evidemment tout cela demande d'avoir le temps... ou de le prendre.
 - Le malade n'est pas cet étranger que l'on observe avec méfiance et distance excessive. C'est un autre avec lequel on entre en **relation**. C'est dans cette **rencontre** que l'on approche ce qui se passe pour lui et que s'élabore un diagnostic. Ce diagnostic sert avant tout à régler notre façon de nous disposer. C'est en repérant le **transfert** que l'on comprendra quelle image le



patient projette sur nous. On aborde cette dimension intersubjective avec des références **psychanalytiques**. Celles-ci ont été longtemps dominantes chez les psychiatres. Elles tendent à s'estomper avec le retour d'une clinique « objectivante ».

- La liberté doit être la règle. L'enfermement l'exception. Cependant des pratiques coercitives semblent resurgir, de la part de la société, comme des équipes de soins elles-mêmes. On peut voir là une expression des principes de sécurité et de précaution à l'œuvre partout.
- Une tendance se dessine : privilégier l'urgence au détriment des prises en charge au long cours. La demande sociale assigne la psychiatrie à se contenter d'être une « police de comportements ».
- La mise en œuvre de protocoles impersonnels prend le pas sur l'accueil de la singularité du sujet.

J'ai tenté dans ces propos de rappeler que la psychiatrie évolue autant avec l'histoire sociopolitique qu'avec les innovations scientifiques.

Une position **éthique** face aux malades mentaux dépend fortement d'une culture donnée, à une époque donnée.

Il y aura toujours un conflit entre la soumission à l'ordre des choses et l'esprit de résistance.

Ayant vécu l'histoire de la psychiatrie de ces 40 dernières années, je puis témoigner que ce conflit traverse chacun d'entre nous. Il serait vain de vouloir l'éradiquer, il est au cœur aussi bien du psychisme que de la société.

Le style de ce mode de questionnement me semble être représentatif d'une spécificité de la psychiatrie française

Une normalisation mondialisée la menace.



Horizons

Cette rubrique destinée à nos auteurs étrangers est régulièrement alimentée par de nouveaux textes représentatifs des pratiques soignantes et des préoccupations dans les pays concernés. Dans ce numéro, le premier article met en évidence en **République Tchèque** que la régression du risque politique avec la fin du communisme, s'accompagne d'une montée du risque judiciaire. D'où un tableau mitigé sur les avantages de l'entrée dans l'Union Européenne. Au **Bénin**, c'est aussi la question de la place de l'individu qui est en jeu : face au poids de la tradition.

Jean-Paul Bossuat





Jan Cimicky



Omar Mounir

« La responsabilité médicale » « Vue de Prague » ou « Le rapprochement avec l'Europe »

Introduction

Le thème de la responsabilité médicale est certainement très inspirateur et exige un examen sous de multiples aspects, car il s'agit d'évoluer dans tout cet espace. L'institution de normes en matière de responsabilité s'inspire certainement de la doctrine juridique et de la jurisprudence, mais elle est imposée par des textes de loi. La profession est consultée a priori, mais les représentants de la profession ne sont pas toute la profession. Les choses se passent ainsi : après un long débat, infructueux, controversé et expéditif avec les représentants du corps médical, à forte coloration syndicale, les fonctionnaires mettent au point un projet de décret, qu'ils soumettent à l'approbation hiérarchique. Les plus forts y font valoir leurs positions. Immédiatement après, on s'aperçoit que le décret ne peut être réellement appliqué et qu'il faut le modifier. Les modifications sont si nombreuses qu'à la fin, même les fonctionnaires n'y comprennent plus rien. La situation devient plus grave quand il s'agit de faire passer une loi. Elle est en général présentée aux députés sous une forme neutre, mais, avec l'intervention des groupes de pression au parlement, des compléments et des projets d'amendement y sont portés, qui compromettent l'idée de base, et la loi ainsi créée s'abatardise et appelle immédiatement d'autres amendements.

Parfois, c'est toute la loi qu'il faut amender... C'est ainsi qu'à cause des désaccords mutuels dans le domaine politique, à cause de la hargne, de la peur pour son prestige, de l'intolérance et des rivalités, la loi sur la santé, en vigueur en République tchèque, est toujours celle des années soixante, bien qu'ayant vu le jour dans un tout autre contexte et pour une autre société.

Examinons cette situation du point de vue d'un médecin « en première ligne »,... donc un spécialiste dans un cabinet médical :

Les conditions de travail d'un médecin :

Un médecin responsable est, vraisemblablement depuis la fin de ses études, obligé de suivre tous les changements et les innovations dans sa branche et de les mettre en pratique pour que ses patients profitent des meilleurs soins possibles. Il doit actualiser ses connaissances au rythme des découvertes et des schémas de procédure. (À l'époque où je faisais mes études, on conseillait de prendre des produits laitiers au cours des traitements antibiotiques ; actuellement et justement pour faciliter l'absorption du médicament par l'intestin, on conseille le contraire). Mais c'est souvent que le médecin se trouve en situation conflictuelle entre l'éthique et l'économie : les nouveaux et meilleurs procédés ou les nouvelles méthodes sont souvent financièrement plus coûteux.

Cela concerne entre autres la prescription des médicaments. Un assortiment très important de médicaments, fabriqués localement ou importés, est disponible sur le marché en République tchèque. À première vue, le spectre est vraiment très large. La prescription est cependant limitée



Psychiatres
République tchèque

par le prix du médicament qui change sans cesse et par la part de participation du patient qui ne fait également qu'augmenter.

Cela veut dire que le patient est obligé de participer de plus en plus au prix du médicament, alors qu'il n'est pas possible de conclure une assurance complémentaire, qui couvrirait les retombées de cette politique des prix. L'État exige que le médecin prescrive, dans chaque groupe de médicaments, le médicament où le patient ne paye pas de complément. En réalité c'est un médicament dont l'efficacité n'est pas très spécifique, car il ne peut résoudre tous les problèmes du patient. Le choix du médicament par le médecin, par un médecin responsable, doit être fait en fonction de son efficacité et non plus en fonction de la modicité de son prix. Si l'efficacité d'un médicament « pas cher » ne répond pas à l'attente du patient, celui-ci perd confiance dans le médecin et implicitement dans la médecine en général. (Après la dernière « modification » des prix, un patient – psychotique, traité longtemps en hôpital psychiatrique, dont il est sorti après que les médecins ont pu enfin lui trouver un médicament adéquat, s'est rendu en pharmacie avec l'ordonnance ; et quand on lui a annoncé ce qu'il devait payer en plus, il a tout simplement refusé. Cela veut dire que les médecins risquent d'avoir travaillé longtemps pour rien, entendu qu'il devient probable que l'état du patient s'aggrave et rejoint l'état initial pour lequel il a été hospitalisé). Il y a certainement un grand conflit entre ce que la médecine actuelle propose et ce qu'elle permet économiquement.

Nul doute qu'en pareille situation, la responsabilité du médecin se trouve atténuée. On peut même dire que le médecin pourrait, en cas de conflit judiciaire, dégager toute responsabilité quant aux conséquences du traitement, et appeler en cause l'État qui peut devenir partie à l'instance. Cela n'est possible que théoriquement. Car on ne voit pas comment un tribunal pourrait rendre en cette matière une décision susceptible de faire jurisprudence en faveur d'un engagement financier que l'État ne saurait assumer. Les magistrats diraient que l'État ne peut assurer dans ce cadre qu'une obligation de moyens naturellement conditionnée par ses ressources budgétaires. Il se trouve qu'il n'est jamais possible de faire vérifier si l'État était allé jusqu'au bout de ses moyens ou non. Car voilà qui nous mènerait très loin et relève de la chimère.

Reste la responsabilité déontologique du médecin. Cette responsabilité se ramène ici à une « obligation de renseignement ». Le médecin se doit, dans ce cadre, expliquer la situation au patient à qui il appartiendrait de choisir. L'obligation du médecin reste ce qu'elle est professionnellement : une obligation de moyens dont les limites s'arrêtent aux limites assignées par l'État au remboursement du médicament, et contre lesquelles personne ne peut rien. Car, en fait, de quoi s'agit-il sinon d'un cas de conscience ? Soigner ou refuser de soigner. Le médecin fait son devoir comme il peut. Il n'a rien à lui reprocher dans ce cas-là.

Pour leur part, les grandes sociétés pharmaceutiques influent de plus en plus sur la prescription des médicaments

en utilisant une « légère corruption », autorisée auprès des médecins et dont le but est de les motiver pour qu'ils coopèrent avec leurs firmes. Ils évincent ainsi progressivement les médicaments moins chers, même éprouvés par une longue pratique, entendu qu'économiquement il est plus intéressant de fabriquer des médicaments nouveaux et plus coûteux. Là encore, la responsabilité médicale d'un médecin soucieux de son devoir est de renseigner le patient tant que le médicament à prix modéré n'est pas retiré du marché, ce qui arrive souvent dans ce cas.

Les limitations de régulation, utilisées par les assurances-maladie représentent le plus grand problème. Elles dictent pratiquement les conditions de marche des institutions médicales, et, bien entendu, mêmes des cabinets privés. Un « *numerus clausus* » des négociations contractuelles entre les médecins et l'assurance a été déterminé, ce qui veut dire que l'assurance refuse de conclure un nouvel accord, et ce, même dans le cas où il serait pratiquement prouvé que dans une région il y a une augmentation en besoin de soins spécialisés. L'assurance a prévu administrativement un certain chiffre qu'elle défend et ne veut pas le changer. Elle argue de ce qu'un nouvel accord occasionnerait d'autres frais en soins médicaux dans un budget déjà très serré. Le point de vue économique domine nettement la logique du nécessaire. Pour l'exemple, remarquons qu'il y a un manque de psychologues dans les cabinets des psychiatres : le chiffre prévu par l'assurance est un 1/2 psychologue pour 1 psychiatre... et le psychologue sans contrat avec l'assurance ne peut économiquement exister, car le client potentiel n'est pas assez riche pour payer, en plus des dépenses inévitables, le service d'un psychologue. Même s'il en avait besoin, il ne le considère pas indispensable pour la vie, et donc il s'en passe. Ici la responsabilité médicale capitule carrément devant l'économique. Les conditions de l'assurance sont à prendre où à laisser.

L'association professionnelle « La chambre des médecins » ne peut que protester et essayer, par l'intermédiaire du Ministère de la Santé, d'intervenir au moins en partie dans la politique des assurances-maladie. Le conflit est lent et n'a toujours pas débouché sur des résultats concrets. Même le ministère ne dispose pas d'« instruments » nécessaires à l'intervention dans les décisions ; il s'est débarrassé (où a été débarrassé) des instruments économiques, et finalement, par la décentralisation globale, de nombreux hôpitaux sont passés sous la gestion des régions. Le ministère de la Santé est donc, dans ce domaine, une institution sans aucune influence véritable et ne peut que faire des recommandations...

Malgré cela, il semblerait que la confiance des citoyens dans la médecine d'une manière générale n'a pas diminué, vraisemblablement grâce à des institutions qui, malgré des conditions économiques ardues, s'efforcent de respecter leur « responsabilité médicale » envers les patients.

La *boulevardisation* des médias a fait que la plupart des informations publiées donnent l'impression que les médecins



ne veulent que s'enrichir, alors que toute analyse sérieuse de la situation fait défaut, tandis que et la partie adverse au différend n'a jamais été écoutée. Dans le domaine de la presse et des médias, l'éthique journalistique a pratiquement disparu et la chasse aux sensations à tout prix occupe la première place.

Il devient évident que dans pareille situation le citoyen n'arrive pas à s'imaginer dans quelles conditions son médecin travaille :

- Le médecin est obligé d'avoir des contrats avec les différentes assurances qui dictent leurs conditions et envoient les remboursements avec du retard. Le médecin se retrouve en situation d'insolvabilité alors qu'il doit, contrairement à l'assurance, payer ses factures dans les délais.
- L'assurance renouvelle le contrat par un additif tous les trimestres, mais le médecin ne reçoit cet additif en main propre qu'à la fin du trimestre en question, donc tout ce temps là il ne sait pas quelles conditions l'assurance lui a prescrites. Il ne peut que résilier le contrat, mais cela ne solutionne pas le problème. Le médecin est devenu un vassal contractuel comme au temps du capitalisme primitif, où c'est le plus fort qui décide de tout.
- Dans ce contrat, signé avec retard, le médecin s'engage de ne pas dépasser les limites qui lui sont prescrits. Cela veut dire que si on lui prescrit que le volume des soins prodigués doit plafonner à 50 000 couronnes, alors qu'il constate à la fin du trimestre que le total fait 10 000

couronnes de plus, l'assurance ne lui remboursera que la somme arrêtée préalablement. Le reste des soins, il l'aura fait gratuitement. Le médecin ne peut même pas facturer ces soins à l'assurance, car la facture dont le montant dépasse le plafond, sera rejetée. Mais ceci n'intéresse pas les médias. Il y a des médecins qui, en raison de telles conditions, enregistrent au fur et à mesure les soins fournis et, vers le 15 du mois, par exemple, il ferment leurs cabinets... Malgré cela, la plupart des médecins continuent à travailler patiemment, en serrant les dents, car ils ne veulent pas renoncer à leur responsabilité médicale. Ce serait absurde que de ne point prodiguer les soins de manière continue, comme est nécessaire.

- L'appel de près de deux mille médecins n'est pas trop entendu et les politiciens responsables comptent justement sur l'éthique médicale, c'est-à-dire l'incapacité du médecin de faire « la vraie grève », le serment d'Hippocrate ne le lui permettant pas. Comme il en fut toujours ainsi, les protestations étaient plutôt formelles, mais actuellement, c'est les stomatologues qui se font entendre, en présentant leurs revendications, et si elles ne sont pas satisfaites, ils projettent de résilier les contrats en groupe avec les assurances et de faire payer les clients directement au cabinet. Or la loi actuelle ne le permet pas, ce qui projette à l'horizon le premier grand conflit...
- Un grand problème s'est posé avec la décentralisation de la Santé, où les régions ont pris la responsabilité d'hôpitaux qui de plus se trouvaient lourdement endettés. Les

demandes qu'ils ont adressées à l'État pour qu'il leur transfère également les moyens financiers n'ont abouti qu'à moitié et de nombreuses institutions médicales se sont trouvées dans l'insécurité. Les régions se sont vues obligées d'en fermer certaines pour d'autres dont les exploitants projettent la vente quand ils n'envisagent pas la création de sociétés anonymes. Il y a crainte que si les nouveaux propriétaires ne gardent que les branches lucratives de la médecine, les branches moins intéressantes, qui doivent être subventionnées, ou qui n'arrivent même pas à couvrir leurs frais, soient fermées. Il peut s'agir de services entiers. L'éventail des soins médicaux fournis sera limité et l'accès à certains soins restreint. C'est là où la responsabilité médicale des politiciens disparaît complètement tandis que le facteur économique domine nettement.

- Les exploitants des services médicaux d'urgence, qui existaient dans chaque région et fonctionnaient le soir, la nuit et le week-end, se sont retrouvés dans la même situation. Apparemment les régions n'ont pas reçu dans leurs budgets les moyens suffisants pour maintenir ces services d'urgence. Dans certains endroits ces services ont été carrément fermés et la pression s'est reportée sur les hôpitaux qui doivent assurer ces services en ambulatoire. Le problème est que dans certaines régions l'accès à ces services est très compliqué, notamment à la campagne, où quelques fois l'hôpital le plus proche est distant de trente kilomètres et plus. Il n'est donc pas étonnant que les citoyens protestent et se prévalent justement de la responsabilité médicale de l'État et celle des structures étatiques ; mais personne n'essaye de trouver une solution. Seule la presse informe de temps à autre de patients restés sans soins adéquats et rapides. En poussant leurs investigations, les journalistes doivent constater qu'il n'y avait rien à faire et que personne n'est responsable...

La personnalité qui fournit les soins, donc le caractère et la personne du médecin, jouent un rôle important dans la responsabilité médicale :

- Le médecin craintif (il n'est jamais sûr de lui, se noie dans le doute, change souvent la thérapie et provoque chez le patient un sentiment d'inquiétude).
- Le médecin schizothymique (est sévère, sans émotions, ne plaisante pas, le patient ressent du respect envers lui, le sent détaché et n'a pas le courage de se confier à lui).
- Le médecin extraverti (s'adapte facilement, sourit, lie facilement contact et sait faire « parler » le patient).
- Le médecin névrotique (toujours pressé, distrait, parfois fâché et irrité, souvent il a « peur » du patient et pour cela il essaye d'imposer sa volonté à tout prix, même s'il sent qu'il s'est trompé. Il essaye de se comporter souverainement).
- Le médecin – routinier (n'est pas sentimental, n'est pas intéressé, il ne fait que ce qu'il doit faire et, formellement, on ne peut rien lui reprocher).
- Les réactions et le comportement du personnel soignant ont la même importance, notamment dans les hôpitaux où, à cause d'une perception émotive émoussée, les égards disparaissent souvent et la dignité humaine est rabaissée. Dans des conditions de travail dures (longs services, sans repos), il peut arriver que le patient soit paradoxalement perçu non pas comme faisant partie du système médical, mais au contraire comme quelqu'un de l'autre côté « de la barricade », comme un « ennemi » potentiel et c'est ainsi qu'il faut le traiter.
- Même si je pense que des attitudes de ce genre sont minoritaires, on ne peut exclure qu'elles existent, participent d'une atmosphère thérapeutique négative, et contreviennent à la déontologie médicale de base
- Même de nouvelles directives et de nouvelle réglementation n'y changeront sans doute rien. Le facteur

*Mais oui, docteur !
C'est mon mari !
Pourtant je vous l'avais dit
hier, au téléphone...*



humain reste primordial, aussi bien du côté des patients que du côté de ceux qui s'occupent de leur santé. Mais ce qui fait cruellement défaut à l'époque de la grande technicisation de la médecine est la préparation éthique et psychologique adéquate des futurs spécialistes, qui oublient le fondement même de la médecine, soit la communication et une aimable approche.

- Le médecin autoritaire : il conçoit sa responsabilité médicale comme une autorité inébranlable, décide de tous les détails de la thérapie et ne prend en responsabilité le malade que si celui-ci se soumet aveuglément ses décisions médicales.
- Le médecin intéressé : il est prêt à expliquer au malade patiemment le mécanisme de la thérapie, les procédés et les objectifs qu'il poursuit ; il transfère progressivement une partie de la responsabilité du traitement sur le patient ; celui-ci est petit à petit pris dans l'engrenage du processus et doit suivre activement le progrès de la thérapie.
- Le médecin hésitant et qui n'est pas sûr de lui : il n'a pas conscience de poser des questions non appropriées qu'il se pose lui-même, et ne se rend pas compte que cela peut provoquer dans le psychique du patient des états d'anxiété (il lui suffit de regarder les analyses du laboratoire en murmurant : « cela ne me plaît pas, non, non, non ! Hum... ben, on sera obligé de tout refaire... », pour que le patient pense aux pires éventualités, ne dorme plus et fasse des cauchemars, jusqu'à la prochaine visite).
- Le médecin insensible et protégé contre tout sentiment : le type souverain, qu'on trouve surtout parmi des médecins plutôt jeunes, avec une pratique courte. Il remplace le manque d'expérience par une assurance en diagnostic confortée par « une dureté à l'américaine ». Il est capable de communiquer au patient, sans ménagement, une information désagréable, et ne se soucie pas de sa réaction. (Au patient qui attend sur la table d'opération l'anesthésiste, il est capable d'annoncer qu'il n'ose pas lui appliquer l'anesthésie, car il se peut qu'il n'y « survive pas ». Et il le retourne à son bureau. Un syndrome *nitrogène* dépressif se développe chez le patient : il a peur de se faire opérer pour qu'il ne meure pas, et en même temps, il sait que s'il n'enlève pas le carcinome dont il souffre, il mourra de toutes les façons...).

Il est certain que cette façon « *sténique* » d'informer de la vérité correspond au droit du malade de savoir la vérité, mais tout le monde ne la supportera pas, présentée de cette façon. Certains préfèrent une vérité juste effleurée, ou « *pia fraus* », qui laisse une certaine espérance.

Il est certain que la responsabilité médicale devrait faire partie de la formation de chaque médecin. L'évolution de la société tchèque lors de la dernière période a changé la position des intellectuels. Elle donne la préférence aux commerçants et managers, capables de gagner de grosses sommes, et les métiers reconnus et respectés jadis des enseignants et des médecins ont dégringolé sur l'échelle du prestige social. La profession de médecin est critiquée et quelques fois la critique est plus ou moins juste. On assiste

aussi à la disparition progressive de la responsabilité de la société, que la médecine devrait servir sans pour autant être à son service.

C'est apparemment l'américanisation infinie de la vie qui se manifeste dans tous les domaines et même en médecine : (un collègue médecin qui a travaillé à Miami comme anesthésiste m'a montré une annonce dans les journaux locaux qui propose aux patients qui doivent subir une opération, qu'un cabinet concret va les représenter, après l'opération, sans égard aux résultats de l'opération, et leur propose que de toute manière il obtiendra pour eux des dommages et intérêts, car on trouve toujours une insuffisance par rapport aux normes en vigueur. Donc, il existe déjà des cabinets spécialisés dans des procès fallacieux aux hôpitaux et aux médecins.

Mon collègue a quitté cet hôpital, car il ne pouvait pas supporter psychiquement des procès en justice pendant lesquels il devrait expliquer aux laïques ses procédés et justifier d'avoir procédé dans tel ou tel cas de telle ou telle façon plutôt que d'une autre. Et cela même dans des cas où rien n'a été négligé et où il devait s'agir de la seule convoitise financière du plaignant).

En ce qui concerne la responsabilité médicale stricto sensu : celle du médecin dans ses rapports avec le malade, la législation tchèque est marquée par le retard accumulé lors de la période communiste en cette matière. L'image du médecin se confondait alors avec celle du parti communiste et toute mise en cause des praticiens revenait à mettre en cause le système, ce qui n'était admissible que dans des cas de responsabilité flagrante, conduisant pratiquement à la sanction pénale.

Aujourd'hui le praticien qui exerce en Tchéquie met en jeu aussi bien sa responsabilité civile que sa responsabilité pénale, mais sur la base des dispositions du code civil relatives à la responsabilité civile générale. On ne peut pas encore parler de législation spéciale consacrée à cette matière et l'état de la doctrine laisse à désirer. Les communistes n'encourageaient pas beaucoup l'écriture.

Il n'empêche qu'il est possible de dire qu'aujourd'hui, de facto, le patient en Tchéquie, qu'il soit tchèque ou étranger, bénéficie indirectement de la protection législative de l'Union européenne en matière de responsabilité médicale, dans la mesure où ce patient, insatisfait du prononcé de la hiérarchie judiciaire tchèque dans son cas, peut en ultime recours s'adresser à la justice européenne à Strasbourg. Au demeurant cette épée de Damoclès, qui a fait déjà ses preuves, indispose aussi bien des médecins que des membres du corps judiciaire tchèque, habitués à une certaine autarcie qui leur bénéficiait pleinement et se devant désormais de rendre à compte à ce qu'ils considèrent être « l'étranger », alors et surtout qu'ils ignorent quasiment tout des pratiques judiciaires et des avancées doctrinaires qu'ils pourraient se voir appliquées à leur cas.

Mais cela ne veut pas dire que la justice tchèque, à elle seule, ne donne pas à craindre au médecin. En cas de faute grave (ou lourde), le médecin responsable est traité comme dans

un accident de la circulation, comme un contrevenant de droit commun, ce qu'il est toujours au demeurant, faute d'une législation ad-hoc. Mais faudrait-il encore que le cas soit grave.

Lors d'un accouchement dans la ville de Prerov en Moravie, le médecin a arraché la tête d'un bébé de sexe féminin et l'enfant est mort. La police a ouvert une enquête et ordonné l'autopsie. Selon le médecin accoucheur, l'accouchement a commencé normalement, mais une fois la tête sortie, le corps est resté bloqué. C'est un cas d'espèce unique en son genre. Le médecin-chef estime qu'aucune faute professionnelle ne peut être prouvée à l'encontre de l'accoucheur. Ce n'était pas le premier accouchement de la patiente qui, de surcroît, souffrait d'un diabète et l'enfant était gros. Ce cas est toujours en cours (CTK - agence de presse chèque - 29.9.2003).



Deux médecins d'un service d'urologie ont été condamnés à huit mois d'emprisonnement avec 18 mois de sursis pour négligence professionnelle. En avril 2000, suite à une erreur commise par l'un d'eux dans le dossier, le second chirurgien avait enlevé au patient Zdenek Volf le rein droit sain à la place du rein gauche malade. Ce patient a demandé des dommages et intérêts de 1,5 million de couronnes et n'a obtenu que 450 000 couronnes. Il voulait avoir surtout une satisfaction morale. Le résultat en a été tout de même qu'il était gravement handicapé dans sa vie, avec des dialyses. Bientôt il mourra suite à des complications (la Radio tchèque, 23.01.2003).

Cela dit, le danger de la profession demeure. Et ce danger peut venir, dans certains dossiers, en déduction de la

responsabilité médicale du médecin. Un psychiatre, Karel Hynek, par exemple, a été attaqué par l'un de ses patients à la machette. Il a demandé à l'État des dommages évalués à des centaines de milliers de couronnes. Il soutient que la police aurait pu empêcher l'attaque, car il leur avait signalé le comportement dangereux de son client. Le Ministère de l'Intérieur a mis lui-même en doute le procédé de la police. Le médecin a été blessé dans son cabinet en 2003 aux mains et à la tête et a dû subir deux opérations difficiles. Deux expertises controversées, l'une dit que Michal Ulom est malade, l'autre qu'il ne l'est pas, font que le procès a été suspendu avant de reprendre, suite à l'appel du psychiatre. Actuellement, le patient, Ulom, est dans un hôpital psychiatrique (CTK, 6.4.2005).

Il n'y a pas longtemps, un chauffeur agressif a d'abord bloqué la route à une ambulance, avant de sortir de sa voiture et d'attaquer le chauffeur. Celui-ci a eu plusieurs blessures et hématomes. La police mène une enquête. La direction du service des urgences dépose plainte (CTK 17 mars 2005).

Le docteur David Rath, président de la Chambre des médecins, avait adressé, le 30 avril 2003, au ministre de l'Intérieur, une lettre l'informant du nombre en augmentation des médecins attaqués lors de l'exercice de leur profession. Il a demandé à ce que le ministre prenne les mesures nécessaires à la protection du personnel médical. Des fois les attaquants restent en liberté et ne sont poursuivis que pour perturbation de l'ordre publique. Depuis le

début de cette année, les cas d'attaques contre les urgentistes, les pompiers et les sauveteurs à Prague se multiplient. Le Parlement a été obligé d'amender la loi en aggravant la responsabilité pénale des agresseurs d'urgentistes.

Le mot de la fin

La responsabilité médicale est importante de tous les points de vue, mais elle demande certaines conditions adéquates. Espérons que par l'évolution progressive de notre société la médecine se trouve « normalement sur les rails » et que l'appel pour une responsabilité mutuelle ne soit pas un appel dans le vide.



Matthieu C. Tognide¹
Josiane Ezin Houngebe¹
Francis Tognon²
René Gualbert Ahyi¹

Difficultés d'accès à l'individuation du Noir Africain

Résumé

L'efficacité, mesure symbolique d'une approche psychothérapique des maladies mentales doit irrémédiablement tenir compte des normes socio-culturelles de l'individu malade. Les auteurs, tenant compte de cette assertion, ont montré que les psychothérapies qui tendent à privilégier l'avènement individuel, notamment la psychanalyse, semblent peu stabilisatrices du fonctionnement psychique de l'Africain imbu de la culture négro-africaine car la maladie n'est pas conçue comme une aventure individuelle. Ainsi le modèle écosystémique holistique avec comme référence la thérapie familiale leur a semblé se préserver et, à accroître l'autonomie, à augmenter la capacité à faire des choix de l'individu (Africain) on se heurterait à beaucoup d'écueils car l'Africain a un Moi « groupal », trait fondamental de son développement psychomoteur. C'est pourquoi l'approche écosystémique à travers la thérapie familiale nous semble plus adéquate. C'est la professionnalisation de celle-ci qui reste difficile en Afrique.

Mots clés

Individuation, Noir Africain, accès difficile.

Introduction

Comme l'a écrit LEVI-STRAUSS « *Tout ce qui astreint à une norme appartient à la culture et présente les attributs du relatif et du particulier* ». [3]

L'accès à l'individuation chez le Noir Africain semble difficile. Cette difficulté n'est pas nécessairement pathologique mais répond plutôt à ces constats faits par LEVI-STRAUSS.

Au vu des normes culturelles, du développement de la personnalité et des perturbations psychiques rencontrées chez le noir africain dans notre petite expérience, l'autonomisation de soi n'est pas nécessairement un mode de socialisation de l'Africain pétri dans sa culture négro-africaine. Ainsi les psychothérapies individuelles prônant comme valeur impérative l'individuation de l'être humain ont souvent moins d'impacts sur le Noir Africain.

Rappel de quelques concepts

Les systèmes de représentation

Les représentations désignent les contenus de la pensée, notamment les idées, les images, dont le modèle pourrait être la reproduction mentale par le souvenir d'une perception antérieure [2]. Tenant compte de cette définition psychologique, nous pouvons dire que les systèmes de représentation sont intimement liés aux systèmes religieux et métaphysiques en Afrique Noire. Ces représentations expliquent l'origine de la maladie, permettent ses manifestations et sa guérison.

Dans l'Afrique Noire, ces systèmes de représentation des maladies mentales peuvent être résumés en deux catégories. L'explication est surtout surnaturelle. Il s'agit de :

- les systèmes fondés sur l'agressivité réciproque des hommes,
- les systèmes fondés sur des forces extérieures à l'homme.

L'attitude générale de la société africaine à l'égard du malade mental

Jusque de nos jours on peut avancer sans se tromper qu'une infime partie de la population noire africaine pense que les troubles mentaux et du comportement sont des maladies naturelles. Les systèmes de représentations de la maladie mentale se résument en quatre groupes :

Psychiatres

1. Département de santé mentale
2. Université de Parakou

- deux groupes ont rapport à l'homme : il s'agit ici d'une maladie mentale due à la sorcellerie anthropophagie et surtout au maraboutage « jeteur de sorts » qui est destiné à diminuer l'homme dans son efficacité [1],
- deux autres groupes qui ont rapport avec les esprits. La maladie mentale due aux esprits ancestraux qui viennent pour renouveler une alliance ou rappeler à l'ordre pour le premier sous-groupe. Le deuxième sous-groupe est constitué des maladies mentales dont les causes proviennent des esprits malins, des génies de terre ou de brousse.

Face à ces différents systèmes de représentation et au vu de toutes ces considérations, l'Africain voit le malade mental comme une victime des autres. Ainsi le malade est toujours considéré comme un homme, un frère, un être social qui doit rester avec le groupe social, la Société et sa famille : Il n'est pas rejeté, isolé, stigmatisé négativement. Les échanges de paroles, de gestes, de repas et les marques d'affection continuaient toujours.

Dans les lieux de soin et de vie, la maladie est à la fois une affection d'individu et surtout du groupe tout entier. Le malade est un être social qui est en relation avec sa famille et sa société.

Ces regards et représentations éclairent l'origine de la maladie, permettent ses manifestations et surtout sa guérison notamment sur le plan psychothérapeutique.

Quelques approches psychothérapeutiques privilégiant l'individuation, utilisées en Afrique

À l'instar des autres pays africains francophones, la psychiatrie est une discipline récente au Bénin. Les approches psychothérapeutiques individuelles utilisées sont globalement de deux ordres. Avec quelques variantes ce sont essentiellement :

- les psychothérapies d'inspiration psychanalytique (PIP),
- les psychothérapies de soutien.

Toutes ces approches sont si connues qu'il est à peine besoin de les décrire. Nous rappelons néanmoins que :

- Les psychothérapies d'inspiration psychanalytique (PIP) n'utilise pas certains procédés de la cure classique (le sujet n'est pas étendu sur le divan, le thérapeute interprète davantage, la durée du traitement est généralement beaucoup moins longue). Elles sont destinées à aider un patient, à surmonter une période difficile ou à supprimer un symptôme. La démarche reste cependant rationalisée, plus simple et superficielle que dans l'analyse.

- Les psychothérapies de soutien quant à elles ne visent pas nécessairement un remaniement psychologique profond. Ses objectifs sont d'obtenir une amélioration symptomatologique suffisante, de renforcer les défenses et d'alléger les contraintes extérieures par une action sur l'environnement. Plusieurs méthodes sont utilisées notamment les attitudes de semi-directivité, de suggestion ou de réassurance.

Toutes ces approches pratiquées dans nos pays africains, privilégiant l'individuation de soi rencontrent quelques difficultés dans leur pratique quotidienne.

Éléments de difficultés d'accès à l'individuation du Noir Africain

Tenant compte des systèmes de représentation et de l'attitude de la société à l'égard de la maladie mentale, il est indéniable que tout modèle psychothérapeutique doit tenir compte de la réalité sociale et culturelle existante.

En effet, la psychothérapie visant à modifier la situation pathologique par une intervention directe sur le psychisme de l'individu doit se nourrir des particularités qui fondent l'identité culturelle de chaque individu.

Le Noir Africain présente des caractéristiques culturelles dont certains aspects s'inscrivent en opposition avec le modèle psychiatrique occidental.



Les psychothérapies individuelles privilégiant l'individuation de soi, comme la psychanalyse, ne représentent pas une valeur universelle et exclusive mais semblent au contraire peu stabilisatrices du fonctionnement psychique de l'Africain, car la personnalité de l'enfant africain a été forgée selon un mode de vie groupal. La valeur fondamentale et essentielle ici n'est pas l'autonomisation de soi mais surtout la vie en groupe. Il y a un processus d'intégration de l'individu au groupe tout le long de son développement. Ainsi, les troubles de la personnalité ne peuvent pas être pris pour des aventures strictement individuelles. L'individu en Afrique se fonde dans le groupe social dont il se trouve foncièrement solidaire. Ainsi comme l'a dit J. P. Roussaux l'autonomie élevée à la valeur d'un impératif catégorique par l'homme occidental, comme le prône la psychanalyse et d'autres psychothérapies individuelles, n'est pas un mode de socialisation universel [4].

Ce mode de fonctionnement ne semble pas adéquat pour la prise en charge psychothérapique du Noir Africain. Aussi faudrait-il mentionner que les psychothérapies individuelles comme la cure psychanalytique restent trop souvent réservées aux classes privilégiées, aux «acculturés» car trop onéreuses et trop intellectuelles. Il n'y a non plus de sécurité sociale comme dans les pays industrialisés pour la prise en charge financière de cette cure. Nous ne pouvons pas nier néanmoins que ce sont des outils nécessaires voire indispensables pour une relecture et une exploration de la symptomatologie présentée par les malades mentaux. De même, avec les mutations socio-culturelles on remarque surtout dans les grandes villes une transformation progressive des rapports sociaux avec une accession à une autonomisation de soi et par conséquent à une responsabilité individuelle. La pathologie mentale subit donc des

transformations avec une «occidentalisation» progressive des formes de décompensation [4]. Ce qui requiert un changement dans l'approche psychothérapique. Mais avec notre petite expérience, dans l'approche thérapeutique de ces patients, même «acculturés» nous constatons qu'il est souvent nécessaire voire indispensable de faire recours au système familial traditionnel. Dans tous les cas, la psychothérapie qui tend à privilégier l'avènement individuel semble ne pas avoir beaucoup d'impacts sur le psychisme du Noir Africain car dans la culture traditionnelle tout passe par le groupe socio-familial.

Le « Je » de l'Africain est difficilement perceptible et exploitable dans une approche thérapeutique individuelle car la maladie n'est pas conçue comme une aventure individuelle, ni l'atteinte d'un seul organe. La cause apparente de cette maladie reste relationnelle et élimine le hasard de la rencontre de tel génie, de tel parasite, de tel sorcier, de tel esprit dans le déclenchement de la maladie [1].

La démarche écosystémique dans l'approche psychothérapique du Noir Africain

A partir de ces éléments culturels ancrés dans la tradition africaine, avec cette difficulté d'accès à l'individuation, il serait adéquat que toute psychothérapie puisse considérer l'Africain dans sa totalité et dans son écologie. C'est la prise en charge holistique des troubles psychiques de l'être humain. Ce modèle qui n'est pas centré exclusivement sur l'individu ressemble à celui de la thérapie traditionnelle où la cure met toujours en jeu l'écoute familiale étendue, le voisinage et souvent le village dans sa totalité et son unité. C'est aussi l'une des raisons de l'efficacité pour l'Africain



des psychothérapies non verbales surtout dansées. En effet, le style du guérisseur réunit principalement les proches du patient, c'est-à-dire sa parenté directe et indirecte, ses voisins, ses amis etc. De même, cette assistance se confine rarement dans un rôle passif, elle est investie par le guérisseur à participer à la cérémonie (chants, rythmes, danses, invocations, attouchements etc.)

Ce processus collectif est utilisé comme un levier thérapeutique avec bien sûr l'intensification suggestive que cela implique. Cette démarche holistique du guérisseur traditionnel est empruntée par le modèle écosystémique qui représente de nos jours un grand modèle thérapeutique des troubles mentaux et du comportement.

Ce modèle renoue peut-être avec la tradition des guérisseurs mais de manière plus « scientifique ».

L'application clinique de ce modèle écosystémique reste incontestablement la thérapie familiale, la famille étant le premier creuset de l'édification de la personnalité de chaque individu.

Mais peut-on déclarer qu'il existe une similitude entre cette approche familiale des malades mentaux et les pratiques du guérisseur ?

Il est remarquable de noter qu'en thérapie familiale il y a les consultations en famille, le respect des hiérarchies générationnelles, la discussion du problème avec les proches, les prescriptions des tâches etc. Ainsi, cette approche n'est qu'une mise en scène modernisée de ces rituels théâtre-thérapeutiques qui est en fait un processus de négociation avec refixation des règles comme l'a si bien dit LACROSSE [3] en parlant de l'efficacité symbolique des psychothérapies.

Ce sont deux thérapies qui détiennent certaines grilles de lecture par rapport aux problèmes situationnels du malade avec une « manipulation » psychologique de ce dernier qui est déjà dans un état vulnérable et anxieux.

Ce qui nous permet d'appréhender le caractère quelque peu normalisant des thérapies traditionnelles et familiales.

Mais à y voir de près, bien que holistique ces deux modèles divergent sur plusieurs points, peut-être au niveau du rationalisme que la systémique veut sauvegarder.

En effet dans les thérapies traditionnelles beaucoup de phénomènes, de rituels ne trouvent toujours pas d'explication raisonnable, même de la part du thérapeute, n'est-ce pas là, la résultante de l'enigmatisme de l'être humain ?

Au niveau du caractère normalisant des thérapies, nous constatons que les malades culturellement reconnaissent ce pouvoir « autoritaire » du guérisseur qui doit rétablir les règles et normes sociales pré-établies.

Par contre dans le paradigme systémique, dans cette société en évolution, la thérapie familiale même structurale, sans démagogie, ne peut pas prétendre être une norme à une famille surtout post-moderne. On amène, dans cette approche, la famille à trouver elle-même sa solution, un autre équilibre à son fonctionnement. En pratique, surtout dans les grandes villes de nos pays africains, le thérapeute familial est confronté au profond bouleversement de la structure familiale. La famille est de plus en plus un ensemble éclaté, flou ou poreux. Ces règles qui l'organi-

sent, sont remises en question. Tout ceci hypothèque non seulement les actions thérapeutiques du systémicien mais aussi celles des tradithérapeutes car le sacré, le pouvoir, les croyances ne représentent plus des facteurs structurants de l'individu.

Ainsi devons-nous remarquer que le tradipraticien dans son approche est à la fois phytothérapeute, psychothérapeute et sociothérapeute alors que le thérapeute familial n'a pas toujours le droit de prescrire des médicaments. Ceci pose quelques difficultés pratiques aux psychiatres africains surtout dans leur contexte socio-culturel. Une préoccupation pour nous, reste la prescription paradoxale du symptôme comme l'enseigne SELVINI (6), qui bouleverse la structure familiale africaine.

Cette tendance à manipuler trop de variables en même temps du « systémicien » constitue aussi les éléments essentiels de réflexion.

Conclusion et perspectives

Comme l'a commenté LEGRAND, les normes culturelles et les conceptions du monde influencent non seulement la définition de la maladie mais aussi la nature de son traitement. Imbu de la culture négro-africaine, l'Africain se trouve à la fois tributaire de la loi collective communautaire avec cette difficulté d'accès à l'individuation. Toute psychothérapie rendant nécessaire l'individuation de soi chez le Noir Africain risque de rencontrer quelques difficultés. Toute psychothérapie à l'instar des cures traditionnelles doit, pour être efficace, considérer l'individu dans son réseau interactionnel naturel.

C'est pourquoi, en perspective pour une prise en charge adéquate de nos patients il faut :

- une vulgarisation de l'approche familiale des malades mentaux, Noirs Africains,
- une formation plus approfondie en thérapie familiale avec comme obédience la méthode structurale de MINUCHIN (7) de tous les psychothérapeutes africains,
- approfondir et encourager la recherche – action sur notre culture surtout au niveau universitaire,
- repenser la formation universitaire des psychiatres, des psychologues, des médecins, des assistants sociaux et des paramédicaux en intégrant des disciplines comme la sociologie, l'anthropologie, la parapsychologie etc, dans l'enseignement,
- professionnaliser toutes les psychothérapies de groupe dans nos pays africains,
- enfin ne pas méconnaître et tenir compte dans nos soins de cette tendance inéluctable vers le métissage culturel des civilisations.

Références

1. AHYI R. G.,
Le corps chez l'Africain, Psychomotricité et relaxation : Actes du congrès international de la psychomotricité Nice, 1974, 74-80.

2. JEAMMET PH., REYNAUD M., CONSOLI S.
Psychologie médicale, Masson, Paris, 1^{ère} édition, 1980, 233 : 236.
3. LACROSSE J. M.
L'efficacité symbolique dans les psychothérapies, Louvain-la-Neuve, 1^{ère} édition, 1993 : 37-81.
4. ROUSSAUX J. P.,
Le modèle psychiatrique occidental est-il transférable ?,
Thérapie familiale, 1997, 1 (18) : 3-13.
5. SALEM G.
L'approche thérapeutique de la famille Masson, Paris, 1^{ère} édition, 1987, 2-69.
6. SELVINI PALAZZOLI M., BOSCOLO L., CECCHIN G., PRATA G.,
« Paradoxe et contre paradoxe », ESF, Paris 1978.
7. MINUCHIN S.,
« La guérison familiale », ESF, Paris 1996.



Question de cours

Le long article ci-après est la version intégrale d'un mémoire dont un extrait a fait l'objet d'une publication dans Synapse. Notre revue a eu la primeur de ce texte très complet qui sera un bon outil à l'usage des étudiants. Pour cette raison il inaugure une rubrique didactique.

Jean-Paul Bossuat





Rémi Picard

Le positionnement érotomaniaque : de la théorie à la pratique

Introduction

L'érotomanie, « illusion délirante d'être aimé », est une entité clinique rapportée au registre de la psychose depuis de nombreuses années, mais qui n'avait pas réellement été isolée et décrite avec la précision clinique qui pouvait aider à en comprendre le sens avant les travaux de Gaétan Gatien de Clérambault publiés entre 1920 et 1924.

De plus, Freud, puis les psychanalystes, se sont interrogés sur une conceptualisation complémentaire de l'érotomanie. Ils ont cherché en abordant cette entité sous l'angle psychodynamique de comprendre le pourquoi du délire, en quoi il pouvait constituer un mode de défense (et contre quoi !), plutôt que d'en rechercher son intégration dans une entité nosographique psychiatrique.

Par ailleurs la position érotomaniaque se constitue souvent comme une simple illusion amoureuse ou comme le reflet déformé du transfert¹ ; elle peut n'être qu'une douce toxicomanie², voire une simple mésaventure inter-relationnelle à fondement psychodynamique homosexuel³.

Cette relation affective illusoire dans ses fondements emprunte à l'état amoureux (physiologique) et à la position passionnelle⁴ certaines de ses caractéristiques cliniques. Logiquement, se pose le problème de l'éventualité d'une continuité entre

ce qui relèverait d'un amour raisonnable et de ce qui serait une relation passionnelle folle.

Allant dans ce sens, abordant la question sous l'angle psychodynamique, Perrier⁵ souligne que chez l'érotomane, il existe une zone transitoire précaire entre le normal et le pathologique : « on a le sentiment avec les érotomanes d'être toujours sur une crête, entre psychose confirmée et déséquilibre passionnel. » Constellation comportementale et relationnelle, l'érotomanie n'est sans doute pas si univoque dans ses fondements et son sens apparaît comme susceptible d'interroger le clinicien sur ses limites :

- limites de son Art : Est-il en droit de considérer cette relation dysfonctionnelle comme appartenant au champ



Psychiatre

Centre hospitalier de Montfavet.

1. Perrier F., « De l'érotomanie », dans *Le désir et la perversion*, Paris, Seuil, 1967, p. 129-151.

2. Kestemberg J., « À propos de la relation érotomaniaque », *Revue Française de Psychanalyse*, 1962, p. 533-589.

3. Freud S., « Communication d'un cas de paranoïa en contradiction avec la théorie psychanalytique (1915) », traduit par D. Guérineau, dans S. Freud, *Névrose, psychose et perversion*, PUF, p. 209-218.

4. Phénomène ayant à voir avec l'Être au monde, donc avec le registre de la philosophie.

5. Perrier F., *op. cit.*

de sa compétence ? c'est la psychologie du normal et du pathologique ;

- limites dans son exercice : en particulier chez les érotomanes dont le délire est centré sur un médecin ;
- limites de sa théorisation : la psychologie a contribué à éclairer une partie des rapports intimes de l'érotomanie, mais la pratique montre souvent à travers les cas « limites » que cette théorie n'est pas toujours satisfaisante ;

En ce sens, l'entité clinique Érotomanie par ses déterminants contextuels (naissance de la psychanalyse, approche philosophique de l'état passionnel, l'apport de substances actives avec une action des antidépresseurs supérieure à celle des neuroleptiques [ce qui pose question]) est un processus à décrypter.

Dans la première et deuxième partie, nous aborderons l'historique de l'érotomanie et la phénoménologie des passions.

Les cas cliniques de la troisième partie de notre étude seront l'occasion de nous positionner en tant que praticien débutant face à un tel questionnement.

Historique de l'érotomanie : des intuitions au concept

La conceptualisation de l'érotomanie s'est faite progressivement, par petites touches.

Des apports issus de la morale, de la clinique neuropsychiatrique, de la psychopathologie naissante et de la sexologie alors en gestation, ont convergé pour peu à peu s'agencer en un tableau psychoclinique cohérent.

L'érotomanie avant Gaétan Gatian de Clérambault

C'est en 1681 dans un traité de T. Kunadus intitulé : « *Erotomaniae seu amoris insanis* » qu'apparut le terme d'érotomanie. Ce terme a été proposé pour décrire les pensées sexuelles, comme synonyme de la nymphomanie chez la femme et du satyriasis chez l'homme. La masturbation « excessive » et même les hallucinations somatiques d'ordre sexuel ont été abordées à travers le vocable « érotomanie »⁶.

Pinel, en 1809, identifiait déjà un délire à thématique amoureuse particulier comprenant la certitude qu'un objet aime le sujet⁷ : « *c'est par des visions extatiques durant la nuit, que préludent souvent les accès maniques ; c'est aussi quelques fois par des rêves enchanteurs et par une prétendue apparition*

de l'objet aimé sous les traits d'une beauté ravissante, que le manie par amour éclate quelques fois avec fureur, après des intervalles plus ou moins long de raison et de calme. »

Esquirol en 1838, dans son « *traité des maladies mentales* » isolait « la monomanie érotique » ou érotomanie comme « *folie de l'amour chaste, l'amour est dans la tête* », ce que Trelat et d'autres élèves d'Esquirol remettront en cause plus tard⁸. Pour Esquirol, c'est un trouble purement cérébral, sans rapport avec la sphère génitale, « *l'érotomanie est une affection cérébrale, chronique, caractérisée par un amour excessif, tantôt pour un objet connu, tantôt pour un objet imaginaire ; ... l'imagination seule est lésée ; il y a erreur de l'entendement. L'érotomanie est la nymphomanie et au satyriasis ce que les affections vives du cœur, mais chastes et honnêtes sont au libertinage effréné.* » Il distingue un stade initial où le sujet est en extase « *les yeux sont vifs, ... le regard passionné* », puis un stade de dépit : « *... désespérés par l'absence, le regard de ces malades est abattu... leurs traits s'altèrent, le sommeil et l'appétit se perdent.* » De plus « *l'érotomanie conduit au suicide par le désespoir de n'avoir pas pu obtenir l'objet aimé.* » On retrouve ici l'ébauche de la triade évolutive que développera ultérieurement G.G. de Clérambault. Mais cette ébauche n'est pas encore complètement dégagée d'autres entités (dépression réactionnelle/délire de relation des sensitifs).

En 1845, Jules-Gabriel-François Baillarger, médecin de la Salpêtrière, décrivait sous le terme d'érotomanie les idées érotiques obsessives, et la masturbation chronique chez une femme de 24 ans. Elle ne souffrait pas d'illusion délirante mais simplement d'un appétit sexuel excessif⁹ (ce que l'on pourrait rapprocher aujourd'hui des sex-addictions).

Valentin MAGNAN en 1880, chercha une explication organique aux délires amoureux et qualifie ces malades porteurs de ces délires, de « *cérébraux antérieur*¹⁰ ». Il s'appuie sur un modèle neuro-physiologique en établissant une classification des anomalies du comportement sexuel, en distinguant les spinaux « *où tout est médullaire* » ; les spinaux cérébraux postérieurs qui gouvernent les appétits et les instincts (« *chez ces malades, l'image suffit à éveiller un besoin* ») ; les spinaux cérébraux antérieurs chez lesquels « *l'idée, le sentiment ou le penchant sont pervertis* » ; les cérébraux antérieurs ou psychiques où l'on retrouve les érotomanes. « *Dans ce groupe ... on est installé en pleine région frontale, dans le domaine de l'idéation. C'est l'amour sans désirs vénériens... ce sont des platoniques, extatiques, des érotomanes*¹¹. »

6. Kunadus T., *Erotomaniae seu amoris insanis*, 1681.

7. Pinel Ph., *Traité Médico-Philosophique sur l'aliénation mentale ou la Manie*, 1800, réédition Lilly France, 1996, 318 p.

8. Esquirol J., *Traité des maladies mentales*, Paris, Baillière, 3 volumes, 1838.

9. Baillarger J.G.F., « Érotomanie, illusions et hallucinations chez une jeune fille chlorotique », *Annales Médico-Psychologiques*, 5 (1845), p. 147-150.

10. La désinhibition frontale de certains patients peut les amener à des fonctionnements proche de l'érotomanie dans la démence avec une « libération » sexuelle sans les freins et la retenue de la bienséance.

11. Magan V., *Des anomalies, des aberrations et des perversions sexuelles*, Analectes, 1885.

C. Ball, à la même époque, opposait l'érotomanie à la nymphomanie, en considérant cette dernière comme « *la folie avec excitation sexuelle* », tandis que pour lui, l'érotomanie est « *la folie de l'amour chaste*¹² ».

Leroy en 1896 écrit dans sa thèse « *les persécutés amoureux sont des dégénérés qui, infatués d'eux-mêmes, dépourvus de jugement, se croient aimés d'une personne et édifient sur ces données un véritable roman.* »

A. Portemer en 1902 évoque les érotomanes comme étant des déséquilibrés de l'amour. Il souligne « la dangerosité » des malades qui se croient aimés par un objet et parle « d'anomalie sexuelle par défaut, sans appétit sexuel vrai et sans désir de jouissance¹³ ».

P. Serieux et J. Capgras, dans leur étude fondatrice en 1909 dans le cadre des « *folies raisonnantes* » consacrent un chapitre au « *délire érotique* » sans parler de réel délire passionnel. Pour ces auteurs, le délire naît d'interprétations exogènes où l'on peut retrouver certains thèmes dérivés du postulat fondamental décrit par De Clérambault, ainsi la conduire paradoxale et contradictoire de l'objet : « *l'aimée ne se montre pas : c'est que leurs sentiments doivent rester secrets... sont-ils repoussés : on veut les éprouver, les hausser à un amour sublime.* »

Serieux et Capgras différencient trois stades évolutifs où l'on reconnaît une phase initiale d'amour, « ce sont des périodes enflammées, remplies des protestations de l'amour le plus ardent », une phase intermédiaire de dépit, « à la longue le ton se modifie : aux supplications pressantes s'ajoutent des reproches acerbes et enfin des menaces », et la phase terminale de rancune et de passage à l'acte persécuteur : « finalement, réagissant en persécuteurs, ..., ils menacent de se tuer ou de tuer leur trop cruelle maîtresse... la haine succède à l'amour¹⁴. »

La notion de « *psychose passionnelle* » émerge à ce moment, elle influence de plus en plus la conceptualisation ultérieure de l'érotomanie. Ces termes seront usités ultérieurement par les auteurs qui semblent établir ainsi une relation étroite et féconde entre les délires passionnels et les délires de revendications, ce qui préfigure la nosographie ultérieure.

Dans le cadre des psychoses constitutionnelles, ils autonomisent le délire d'interprétation, se développant à partir d'une fausseté du jugement, du délire de revendication où prédomine l'idée fixe et l'exaltation passionnelle.

M. Dide en 1913 dans les « *idéalistes passionnés* » tente une analyse clinique des états passionnels. Il différencie les « *idéalistes passionnés* », dont le délire en secteur ne s'étend pas en réseau et reste intermittent, des « *idéalistes revendiquants* », chez qui l'extension progressive du délire en réseau est la règle. Il souligne également le rôle initial de l'explosion affective, l'importance de l'idéation : « *la différence (entre le délire d'interprétation et la systématisation affective des idéalistes) est surtout psychologique, la déviation étant intellectuelle dans le premier cas, affective dans le second.* »

« *L'idéalisme passionné groupe les passions suivant leur objet qu'elle qu'en soient les modalités.* »

Parmi ces idéalistes, il distingue un type particulier : les amoureux. L'unité de ce groupe repose sur l'altruisme (c'est à dire qui implique autrui dans le délire) et la structure passionnelle de la position, ce qui l'inclut dans les psychoses. En conséquence, les travaux de DIDE ont permis d'inclure dans le champ de la psychose « les états passionnels » ce qui est le temps décisif. Ils l'ont fait en mettant l'accent sur l'élément passionnel, mais non sur l'affectif de l'érotomanie¹⁵. DIDE différencie les érotomanes vrais (ou les amoureux passionnés) et des idéalistes amoureux dont la



12. Ball C., *La folie érotique*, Paris, 1883.

13. Portemer A., *De l'érotomanie au point de vue médico-légal*, thèse, Paris, 1902.

14. Serieux P. et Capgras J., *Les folies raisonnantes. Les délires d'interprétations*, Paris, Alcan, 1902. Serieux P. et Capgras J., *Délires systématisés chroniques. Traité de Sergent, Psychiatrie, Tome 1*, Maloine, 1926.

15. L'affect est de l'ordre des émotions (partageable, évolutive, centrée sur un objet), elle œuvre sur le monde. Alors que la passion est de la sphère de l'inéducable. Elle fausse le jugement, la capacité d'autocritique, le discernement. Elle aveugle le sujet, elle est concentrique : on est passionné par son idée, même si celle-ci porte sur autrui.



avec les constatations de De Clérambault. Sa personnalité évoque une personnalité dite sensitive : « délicatesse asthénique, hypersensitivité, attitude intérieure éminemment éthique et tendance à retenir les tensions affectives intrapsychiques. » La conclusion de Kreschmer sur le diagnostic reste assez obscure : « ce qui persiste, c'est une personnalité dont l'état fondamental est grandement empreint de psychasthénie et une grande susceptibilité à chaque effort supplémentaire physique ou psychique. En outre persistent « des troubles neurasthéniques » avec tendance aux réactions dépressives, aux luttes intérieures passagères et, épisodiquement, une attitude légèrement né-

chasteté constante les opposent aux précédents¹⁶ avec une évolution clinique différente.

E. Kreschmer en 1918, voue deux chapitres aux délires amoureux. Dans le chapitre III de son ouvrage, qu'il intitule « délire de relation érotomane des vieilles filles », il présente deux observations cliniques d'érotomanie. Nous ne décrivons que le premier cas¹⁷.

Dans le cas d'Hélène, il relève dans l'enfance une « fragilité psychique », un traumatisme sexuel : « son oncle s'était mis, contre son gré, et de façon non équivoque dans son lit, sans qu'il se soit produit quelque chose de contraire à la normale. Elle avait alors douze ans... » et une impulsivité. Il décrit également l'installation progressive d'un délire dans lequel la patiente pense qu'un collègue de bureau est amoureux d'elle (elle à alors 29 ans) alors qu'elle l'aime également. Puis, de manière très insidieuse, s'installent des interprétations et des phénomènes faisant évoquer un automatisme mental avec des pensées imposées auquel s'ajoutent des périodes dépressives et des troubles du cours de la pensée. Dans cet exemple, la patiente paraît consciente des troubles et en montre de la souffrance, ce qui est en opposition

vrotique avec tendance aux idées de relation, à laquelle pourtant elle oppose un esprit critique (elle dit « hostilités prétendues »). La transformation caractéristique de la tension névrotique conflictuelle en une sublimation religieuse ressort nettement... Le premier stade de la psychopathie constitutionnelle, dans le sens de prédispositions caractérielles sensibles, avec des oscillations peu marquées à permis le développement du délire de relation sensitif sous la forme d'un état paranoïaque chronique. Cet état s'aggrave et atteint le stade d'une psychose sensitive aiguë d'épuisement avec dissociation partielle pour se muer ensuite en une névrose de relation chronique. »

Dans ce cas, il n'est nullement question d'un objet aimant, ni de recherche assidue de cet objet. Nous sommes dans un fonctionnement délirant passionnel mais pas dans l'érotomanie.

Pour Kreschmer, en dépit de leur sentiment pathologique, les patients continuent leur vie familiale et professionnelle sans que leur désir, qu'ils se contentent de verbaliser et de ressentir avec culpabilité profonde, ne soit destructeur du point de vue de leur adaptation sociale.

16. Dide M., *Les idéalistes passionnés*, Paris, Alcan, 1913. Dide M., « Quelle est la place des idéalistes passionnés en nosologie », *J. Psychol. Norm. Path.*, 1913. Dide M., « À propos des psychoses passionnelles », *Soc. Cl. Med. Ment.*, 1923.

17. Kreschmer E., *Paranoïa et sensibilité*, Imago Mundi, G. Monfort éditeur, 1918, 293 p.

Description de l'érotomanie par Gaétan Gatian de Clérambault

C'est en 1920 que de Clérambault va isoler les trois délires passionnels : érotomanie, jalousie et revendications, au sein des délires paranoïaques : interprétatifs et de relation. Dans le chapitre des psychoses passionnelles, il dit : « le délire érotomaniaque est un syndrome passionnel morbide. Ce n'est pas un délire interprétatif. Il y a lieu de réunir ce syndrome aux délires de revendication et aux délires de jalousie, sous la rubrique délires passionnels morbides. Les délires interprétatifs ont pour base le caractère paranoïaque. Autrement dit un sentiment de méfiance. Ils se développent en tous sens, la personnalité globale du sujet est un jeu, le sujet n'est pas excité ; les concepts sont multiples, changeants et progressifs, l'extension se fait par irradiation circulaire, l'époque de début ne peut être déterminée ... Les syndromes passionnels se caractérisent par leur pathogénie, leurs composantes soit communes soit spéciales, leurs mécanismes idéatifs, leur extension polarisée, leur hypersthénie allant quelquefois jusqu'à l'allure hypomaniaque, la mise en jeu initiale de la volonté, la notion de but, le concept directeur unique, la véhémence, les conceptions complètes d'emblée, une allure revendicatrice commune¹⁸... »

De Clérambault isole ce qu'il conçoit comme un noyau générateur de ces délires : « *le syndrome passionnel pré-morbide* », avec trois composantes morbides : l'orgueil, l'espoir et le désir.

L'état passionnel morbide se distingue également de l'affectivité et de la passion par son intensité, sa véhémence, le risque du passage à l'acte, et l'éclosion brusque du postulat suscitant d'emblée le délire dans sa totalité et la permanence de la croyance du malade. Il définit aussi, « *les conditions de durée d'un état passionnel* » en cinq facteurs : deux généraux et trois spéciaux.

Les deux facteurs généraux :

- la viabilité intrinsèque du thème idéique,
- la ténacité habituelle du sujet.

Les trois facteurs spéciaux :

- l'état affectif du sujet lors de l'émotion déclenchante,
- la profondeur de cette émotion,
- la conformité de cette émotion avec le caractère du sujet.

Pour de Clérambault, l'origine des délires passionnels à un substratum psychologique constituant un nœud idéo-affectif : « l'émotion qui se prolonge a été dès le début associés à une idée nette et cette association idéo-affective demeure un nœud indissoluble, à prédominance affective. »

« supprimez, dans le délire passionnel cette seule idée que j'ai appelée postulat, tout le délire tombe... le postulat a une valeur d'embryon logique » ; mais aussi physiologique par la perturbation du réflexe oculo-cardiaque¹⁹, qui serait un bon révélateur d'une hypersyntonie sympathique « même à l'état calme ». Ce réflexe oculo-cardiaque serait présent chez les « passionnels ».

La source intime du délire érotomaniaque est totalement différence de celle du délire de revendication : « la querulence a pour source l'indignation et l'érotomanie a pour source le désir », on passe du : « je suis indigné²⁰ donc je suis » au « je désire donc je suis ».

À partir ses observations cliniques, il isole et décrit avec précision le syndrome érotomaniaque pur : « Le délire érotomaniaque se développe en trois stades : stade d'espoir, stade de dépit, stade de rancune. Les conceptions du délire érotomaniaque se divisent en d'une part en un postulat initial et déductions de ce postulat (toutes données relatives à l'objet), et d'autre part en des thèmes imaginatifs et interprétatifs divers (données relatives aux incidents de la poursuite)...

Les conceptions que nous considérons comme étant spécifiques sont les suivantes : un **postulat fondamental**, base du délire : c'est l'objet qui a commencé, cet objet est d'un statut social ordinairement élevé ce qui convient à l'orgueil de l'érotomane et l'objet est unique ; avec des thèmes dérivés, qui ne sont pas tous simultanément présents :

- vigilance continuelle de l'objet,
- protection continuelle de l'objet,
- travaux d'approche de la part de l'objet,
- conservations indirectes avec l'objet (si besoin de tonalité hallucinatoire),
- ressources phénoménales dont dispose l'objet,
- sympathie presque universelle que suscite le roman en cours,
- conduites paradoxales et contradictoires de l'objet, ce qui n'entrave pas la conviction du sujet.

Toutes ces formules se rencontrent que très rarement. Toutefois, la dernière (conduites paradoxales) à une importance capitale. Elle ne manque jamais, ce qui est logique. S'ajoute à cela, la dangerosité potentielle de l'érotomane : « *la persévération occulte et obstinée fait le danger des passionnels. L'exposé oral de leurs idées, mêmes sincères, n'en donne pas la mesure intégrale. Cela est vrai des érotomanes mais surtout des érotomanes purs avec dépit.* »

La pureté du syndrome érotomaniaque comporte dans son évolution une adjonction d'idées de persécution secondaires (surtout au stade de dépit) sans travail imaginatif ni d'idée de grandeur, la fixité des idées délirantes et l'absence d'hallucination ou de processus dementiel.

18. De Clérambault G.G., « Les délires passionnels : érotomanie, revendication, jalousie (présentation de malades) », *Soc. Cl. Ment.*, 1921 ; De Clérambault G.G., « Un cas rare d'érotomanie », *Soc. Cl. Ment.*, 1921 ; De Clérambault G.G., « Érotomanie pure, érotomanie associé », *Soc. Cl. Ment.*, 1921.

19. Ce test consiste à maintenir une pression sur les globes oculaires avec les doigts tout en pratiquant un ECG, le sujet étant allongé. On peut apprécier la réponse vagale grâce aux changements dans la fréquence cardiaque (diminution de la fréquence cardiaque).

20. À différentier du sentiment d'indignité dans le délire de relation des sensitifs et de la dépression.

Pour lui, le platonisme et la chasteté ne sont pas nécessaires pour affirmer l'éclosion d'un délire érotomane : « le platonisme à notre avis n'est nullement un trait essentiel du syndrome érotomane... À mon avis, l'immense majorité des érotomanes n'est ni platonique, ni idéaliste. » Toutefois, il insiste sur l'importance et la force de la conviction délirante.

Puis il décrit des formes cliniques composites, qu'il qualifie de mixtes, avec présence d'hallucinations, évolution vers une systématisation progressive s'appuyant sur un important travail imaginatif et interprétatif diffus²¹ : « plus l'apport imaginatif a d'importance, plus l'apport passionnel est faible ». Il s'y ajoute une mégalomanie aux des idées de persécution, ce qui donne une tonalité spécifique du délire.

Nous voyons dans la description de G. Gatian de Clérambault, une théorie originale, directement puisée de l'observation clinique. D'ailleurs J. Lacan disait qu'il était « son seul grand maître dans l'observation clinique ». Cet apport psychoclinique étaye encore de nos jours une grande partie de la théorisation française en la matière.

On retrouve également dans les certificats du « maître » une finesse et une synthèse sémiologique rédigés de manière exemplaire. Nous en citerons un parmi tant d'autres : « Le 1^{er} Février 1921, D. Léontine, Ernestine, 27 ans, née le ... janvier 1893 à Chassigny (Loiret), profession : ouvrière d'usine, Domicile à Paris 16, rue Dauphine. Érotomane. Stade de Dépit (au lieu d'hostilité). Interprétation secondaire de nature à la fois favorable et hostile. Un capitaine sous les ordres de qui elle a travaillé veut l'épouser et cependant la persécute. Collaboration innombrable. Manifestation. Machination. Lettres à la fois accusatrices et affectueuses. Démarches pour reproches et pour déclarations implicites. Attentes. Injures et menaces à la femme du capitaine. Refus de croire qu'il soit marié. Exagération de la person-

nalité. Présentation enjouée et expansive à un degré inusité dans cette forme de délire. Possibilité d'un délire polymorphe au début de son évolution. Signé : Dr. De Clérambault. »

L'érotomanie après Gaétan Gatian de Clérambault

Après G. Gatian de Clérambault, d'autres auteurs de la littérature non analytiques se sont attaqués aux psychoses passionnelles et ont proposé des approches complémentaires de la lecture clinique de cette entité nosographique.



21. Ceci permet la distinction didactique des pathologies en fonction des mécanismes dans les délires paraphréniques (imaginatifs), paranoïaques (interprétatifs) et dans la psychose hallucinatoire chronique (hallucinations).

J. Levy-Valensi en 1934 dans son article : « Les Syndromes Érotomaniaques » écrit : « *le désir d'amour doit s'inscrire à côté du désir de puissance, d'honneur, de fortune, ..., et chez tous les malade où se rencontrent de telles idées délirantes, on peut remarquer l'érotomanie : manie, paralysie générale, alcoolisme, psychose hallucinatoire, psychose d'influence, schizophrénies, surtout dans les formes paranoïde*²²... »

Dans les délires polymorphes (non systématisés), le syndrome morbide peut s'intégrer dans une problématique persécutive, à thèmes mégalomaniaques surajoutés, de mécanisme interprétatif, hallucinatoire ou imaginatif diffus. Des variations dans le choix de l'objet et le nombre (objets simultanés multiples) sont possibles. Ainsi, une patiente schizophrène reconnaissait son objet d'élection, sous les apparences diverses, des enveloppes et identités multiples, une similitude quelconque ou une vague parenté patronymique suffisant à forger et entretenir sa conviction délirante²³.

Ainsi, cet auteur, dans son étude, montre que la thématique érotomaniaque ne se rencontre pas de manière exclusive dans les érotomanies, mais qu'elle peut exister également dans les délires non systématisés, où coexister avec d'autres affections : la question se pose alors : co-morbidité ou unité structurelle ?

J. Delay, P. Denicker et J. Galibert en 1952, produisent une observation dans laquelle ils notent que la patiente présente des fausses reconnaissances, des éléments interprétatifs et imaginatifs importants. Ils postulent que ces mécanismes polymorphes permettent une duplication par modification infime (ou infini ?) de l'objet que le patient retrouve par là sans effort, ce qui représente une « solution de facilité » par la perpétuation de la conviction délirante²⁴.

M. Schachter en 1972 rapporte plusieurs cas cliniques où des délires à thèmes érotomaniaques secondaires vont s'intégrer dans d'autres pathologies psychotiques²⁵, ce qui rejoint l'intuition de Levy-Valensi.

Au cours de cette période confrontée à la raréfaction de l'affection et à sa dilution par défaut dans d'autres entités, la tentation sera grande de recadrer l'érotomanie dans une conceptualisation moins univoque.

A. Sims et A. White, dans un article du *British Journal of Psychiatry* en 1973, rapprochent le délire interprétatif de *Serieux* et *Capgras* du syndrome érotomaniaque décrit par de Clérambault²⁶.

M. Hollender en 1975, décrit des malades dans la littérature étiquetés « syndrome érotomaniaque pur », mais il arrive à la conclusion que sur les quatre patients, trois sont des schizophrènes paranoïdes et un présente un « état paranoïde » sans organisation schizophrénique vraie²⁷.

F. Petitjean et B. Cordier en 1984 pensent que l'érotomanie pure est rare, et que la thématique s'intègre plutôt dans une pathologie schizophrénique et dans l'hystérie²⁸.

P. Ellis et G. Mellsop en 1985 affirment que l'application des critères fondamentaux de G.G. de Clérambault à 58 cas de la littérature anglaise de 1966 et 1983 révèle seulement 3 cas « d'érotomanie pure ». Ils en concluent que la plupart des autres patients sont schizophrènes, hystériques, ou maniaco-dépressifs²⁹.

En 1987 dans une perspective athéorique transcendant les observations cliniques et le sens psychopathologique que l'on tentait jusqu'alors de donner à celle-ci dans le D.S.M III, l'érotomanie est intégrée dans la catégorie 297-10 intitulée : « Trouble délirant ».

Une équipe canadienne dirigée par **R. Menzies** en 1994, rassemble 29 patients (tous masculins) étudiés avec l'aide des critères du D.S.M. III-R et procéda à l'analyse de leur personnalité. Elle montra comme Ellis et Mellsop, seulement deux cas d'érotomanie pure, les autres s'avérant être des schizophrènes et des maniaco-dépressifs³⁰.

Cette description de l'érotomanie met un terme à un processus de démembrement nosographique initialisé par les grands aliénistes.

Après une phase de tri/classification clinique quasi entomologique, on assiste à une redistribution des cartes conceptuelles. Seule la dimension psychopathologique peut, à ce moment, conférer une unité du concept.

L'approche analytique de l'érotomanie

En 1911, **S. Freud**, va s'intéresser à l'érotomanie dans sa théorie analytique des délires passionnels. L'article clé de sa description est : « Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa (dementia paranoïdes). Le Président Schreber³¹ ». À partir de l'étude de cette autobiographie délirante, il donne une lecture grammaticale de la paranoïa :

- Délire de persécution :

22. Cet apport contribue à diluer le concept d'érotomanie dans un ensemble de syndromes pouvant être retrouvé dans des entités cliniques diversifiées.

23. Levy-Valensi J., *Syndromes Érotomaniaques*, Provence Médicale, 1934.

24. J. Delay, P. Denicker, J. Galibert, « L'illusion des métamorphoses de l'objet dans l'érotomanie », *Annales Médico-psychologiques*, Séance du 9 juin 1952.

25. Schachter M., « Érotomanie ou conviction délirante d'être aimé. Contribution à la psychopathologie de la vie amoureuse », *Annales Médico-psychologiques, Soc. Cl. Med. Ment.*, 1923.

26. Sims A. White A., « Coexistence of the CAPGRAS and De Clerambault syndromes a case report », *British Journal of Psychiatry*, 1973, 123, p. 653-657.

27. Hollender M. et al., « Erotomania or De Clérambault syndrome », *Arc. Gen. Psychiatry*, vol. 32, dec. 1975.

28. Petitjean F. et Cordier B., « L'érotomanie », *Revue du Praticien*, 1984.

29. Ellis P. et Mellsop G., « De Clérambault's syndrome, a nosological entity », *British Journal of Psychiatry*, 1985, 146, p. 90-95.

30. Menzies R. et coll., « Prediction of dangerous behaviour in male erotomania », *Br. J. Psychiatry*, 1995, 166, p. 529-536.

31. Freud S., « Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa (dementia paranoïdes). Le président Schreber », 1911, G.W. VIII, dans *Cinq psychanalyse*, Paris, PUF, 1954, p. 263-324.

- Je l'aime (l'homme)
- Je ne l'aime pas, je le hais,
- Il me hait (on me persécute)
- Erotomanie :
 - Je l'aime (l'homme)
 - Ce n'est pas lui que j'aime, c'est elle que j'aime
 - Je m'en aperçois, elle m'aime
- Délire de jalousie :
 - Je l'aime (l'homme)
 - Ce n'est pas moi qui aime l'homme
 - C'est elle qui l'aime

Donc, dans l'érotomanie **quel que soit l'objet** invoqué (Dieu ou un être humain), le délire exprime essentiellement le besoin du sujet de se défendre de **son homosexualité inconsciente** :

Je l'aime (l'homme)
↓ **Changement d'objet**

Ce n'est pas lui que j'aime, c'est elle que j'aime

Ainsi il s'élabore un amour-écran hétérosexuel en **projetant** sur l'Objet désigné la responsabilité de la poursuite amoureuse. Situation intéressante puisque inconsciemment conçue pour durer, l'érotomanie n'est pas une crise relationnelle mais une position existentielle :

Ce n'est pas lui que j'aime, c'est elle que j'aime
↓ **Projection**
Je m'en aperçois elle m'aime

D. Lagache en 1936 dans son étude « Passions et Psychoses passionnelles » établit une entité psychologique commune à l'ensemble des états passionnels, constituée par l'existence d'un lien avec un objet et la tension de ce lien.

Il distingue deux formes psychodynamiques de psychoses passionnelles :

- celles où l'excitation, la dépression ou l'anxiété, l'outrance de ces réactions affectives résument la morbidité. Elles se développent sur des terrains de déséquilibre psychique et l'aspect réactionnel de la personnalité apparaît prépondérant ;
- celles caractérisées par le délire passionnel qui permet de rapprocher ces cas du délire d'interprétation.

Lagache définit l'érotomanie comme « *une déviation de la relation amoureuse normale dont la composante active, aimer, se trouve diminuée au profit de la composante passive, être aimé*³² ».

Cet apport illustre le retournement positionnel à l'œuvre. La quête érotomaniaque n'est pas une quête dévoyée d'un être aimé, c'est un processus concentrique au cours duquel il s'agit d'**être aimé**³³.

J. Fretet va réaliser plusieurs travaux sur l'érotomanie³⁴. En 1937, dans sa thèse « les causes affectives de l'érotomanie », il développa les facteurs psychogénétiques du postulat de De Clérambault, notion qu'il soumet ailleurs à deux critiques :

- le postulat est inconstant,
- il n'est pas aussi rigoureux que la formule du maître...

Il affirme, que « *nous n'exigeons pas que l'objet soit le **primum movens** pour parler d'érotomanie* ».

De plus, l'illusion délirante (d'être aimé) reste labile, il y a inconstance de l'objet, ce que De Clérambault signalait par l'existence « *d'intermèdes de doute* », « *de labilité du tonus* », impliquant la nécessité d'un postulat a remanié sans cesse pour concorder avec la réalité du moment, ce qui explique le recours aux interprétations voire aux hallucinations pour le préserver, où l'objet peut aussi bien haïr, ainsi que la possibilité de l'émergence d'idées de jalousie au cours du processus, ce qui n'est pas une comorbidité mais un élément en faveur d'une unité structurale des états passionnels.

Fretet met d'autre part davantage en avant la cupidité que l'amour chez l'érotomane, dans sa recherche d'un objet de rang élevé. Il analyse les éléments psychologiques tenant à la passion de l'amour, au sexe et au caractère.

L'insoumission érotomaniaque, à l'évidence, se distingue difficilement pense-t-il de certaines illusions habituelles de la passion amoureuse normale, illusions constantes et inévitables. Il y aurait donc un continuum et non pas saut qualitatif entre ces deux états psychologiques.

Il accorde à « *l'avidité et l'ambition habituelle de l'amour féminin* », un grand rôle dans l'éclosion érotomaniaque, écrivant que « *l'illusion délirante d'être aimé est le plus souvent l'espoir délirant d'être entretenu* », mettant en relief le besoin de dépendance, de sécurité, le goût de la sujétion

32. D. Lagache, *Œuvre I (1932-1946)*, PUF, 1977.

33. Autour du sujet érotomane on retrouve des objets de signification aussi diverse que l'homme dans sa dimension socioculturelle de « protecteur » de la mère, elle déspecifie la relation et peut contribuer à la reformulation de celle-ci comme une relation autocentré d'essence narcissique dans lequel le ou la partenaire au fond importe peu. C'est en 1914, que Freud introduit le concept de narcissisme dans sa théorie. Ce concept va contribuer à mettre en place la théorie des pulsions.



Il n'y aurait qu'une seule libido qui ne se distinguerait que par son lieu d'investissement : le Moi ou les objets. Il existe donc une libido du Moi (libido investit dans le Moi, ou narcissique) et une libido d'objet (investit dans les objets extérieurs). Puisqu'il n'existe qu'une seule libido, lorsque l'une croît, l'autre décroît.

Le **narcissisme primaire**, désigne un état précédant l'unification du Moi ou l'enfant investit sa libido sur son Moi. Il s'agit d'un état anobjectale (indifférenciation entre le Moi et le non Moi) présent dès la vie foetale et probablement lors des premiers instants de la vie.

Le **narcissisme secondaire**, désigne le retour de la libido sur Moi. C'est par exemple ce qui se passerait dans les psychoses où le sujet retire sa libido du monde extérieur pour la réinvestir dans le Moi.

34. J. Fretet, *Les causes affectives de l'érotomanie principalement chez l'homme*, Paris, Alcan, 1937. J. Fretet, « Définition de l'érotomanie », *Soc. Méd. Psy.*, séance 27, XI, 1939, *Ann. Méd. Psy.*, 1939, t. II, p. 517-523.

à un objet providentiel socialement réassurant. Il formule l'hypothèse psychanalytique selon laquelle l'objet de l'érotomanie serait un substitut maternel. En cela, il substitue une dépendance « infantile » à la dépendance maternelle ci-avant évoquée.

L'érotomanie montre « *la fixation du malade à la manière autophilique d'aimer, ce caractère narcissique justifiant l'inversion de la relation amoureuse.* »

En 1962, J. Kestemberg, psychanalyste, dans un exposé à la Société psychanalytique de Paris, va tenter d'approfondir devant ses collègues la perspective qu'il a acquis de l'érotomanie en reliant le niveau de la structuration de cette psychose à une phase du développement bien antérieur (archaïque ?) à celle – sur l'axe paranoïaque – qui lui avait généralement été consentie jusque-là³⁵.

Pour lui, l'érotomanie est « *la création illusoire d'un objet d'amour qui est tantôt celui qu'aime le sujet, tantôt celui qui est censé aimé le sujet, le sujet devenant alors l'objet d'amour illusoire.* »

L'auteur à travers deux observations cliniques (une Dorothée en mal d'œdipification et Bénédicte toxicomane d'Objet) tente de montrer que les deux érotomanies, quoique différentes cliniquement, ont en commun de constituer un appui important dans la lutte menée contre l'angoisse de néantisation. L'érotomanie, comme posture défensive, ferait office de rempart contre le risque psychotique d'une évolution dissociative.

Kestemberg, souligne la pauvreté relative de la littérature analytique sur ce problème, jusqu'alors pour deux raisons essentielles : « *la première est que les érotomanes se prêtent mal à une cure analytique classique, en raison des difficultés du manie-ment du transfert ; la deuxième tient à l'histoire même du développement des connaissances psychanalytiques... faisant là allusion à la nouveauté relative du traitement analytique des psychoses.* »

En 1967, F. Perrier, apporte sa contribution théorique à la compréhension de l'érotomanie dans son article : « De l'érotomanie³⁶ ».

L'auteur insiste sur le fait que l'érotomanie est essentiellement féminine et qu'elle doit être comprise comme une quête du mythe de la féminité plutôt que de la féminité elle-même.

Dans l'érotomanie, la fixation passionnelle doit-elle être com-

parée au transfert que génère la cure analytique ? Trois cas illustrent ses propos. Il se questionne sur le statut de la femme érotomane, ainsi que sur la vulnérabilité intrinsèque qu'elle montre dans le passage à l'état passionnel.

Pour Perrier, l'Objet, à savoir l'Homme, possède une faille, c'est un Homme de bien qui ignore ce qu'il donne, et ignorant ceci, il est obligé d'offrir l'espoir dans le leurre.

En conséquence, l'auteur se pose la question, à savoir l'érotomanie est-elle réellement une psychose ? Il répond simplement en affirmant que l'érotomanie est sur « *une crête entre psychose et déséquilibre passionnel.* » Ne serait-ce pas un positionnement borderline ? Non pas par défaut mais par élaboration particulière.

L'approche diachronique de l'élaboration du concept nous a montré deux axes :

- **sur l'axe de la clinique**, on a assisté tout au long du xx^e siècle à l'agrégation de « facettes » diverses de l'érotomanie aboutissant à la création d'une entité cohérente placée au cœur de la psychose passionnelle. C'est à dire au carrefour de la **psychose** et d'un état bien particulier, la **passion**. Cet effort nosographique original a abouti à une conceptualisation qui s'est retrouvé disqualifiée par l'éclatement théorique apporté par le DSM,
- **sur l'axe de la psychopathologie**, l'effort des psychanalystes à porté sur la tentative d'élaborer un sens à ces (dys)positionnements intra-psychiques. Il semblerait que l'on aboutisse à une conceptualisation structurale de l'érotomanie comme une psychose. Toutefois, cette élaboration se trouve ébranlé par la question du narcissisme.



35. Kestemberg J., « À propos de la relation érotomaniaque », *Rev. Fr. de Psychanal.*, 1962, 5, p. 533-589.

36. Perrier F., « De l'érotomanie », dans *Le désir et la perversion*, Paris, Seuil, 1967, p. 129-162.

Le positionnement, pour archaïque qu'il soit, ne se situe pas aux confins de l'œdipe, il fait la encore appel à une autre dimension, la passion.

Une approche phénoménologique de la passion peut donc contribuer à dépasser ces deux impasses conceptuelles sinon à les synthétiser.

Approche phénoménologie des passions

Le mot passion possède une charge affective exceptionnelle. C'est le premier mot qui nous vient à l'esprit pour justifier nos raisons de vivre : ce dont on a besoin c'est une passion de quelque chose qui nous motive, qui nous tire en avant, qui nous pousse à l'action. Sans passion on s'ennuierait (dans cette approche, le négatif de la passion c'est anhédonie ?) Les passions sont là au moins pour nous donner une « occupation ». Aussi confondons-nous « passion » et « divertissement » : la passion c'est : aller au concert, faire de la musique, du théâtre, mais c'est aussi tomber amoureux... Donc, la passion comble le vide éventuel de notre personnalité.

Fait curieux, de la racine latine *passio* vient le mot passivité. Donc cela suggère que là où il y a action, il y a aussi passion. Mais la passivité à l'égard de quoi ? Pourquoi voir une passivité dans la passion alors que nous pensons communément le contraire ? Pour nous, la passion, c'est l'action, c'est la vie. Mais la passion rend aveugle, elle ôte la raison. En conséquence, la passion est une déraison partielle, elle aliène sa victime. Le passionné est soumis à sa passion, il ne peut être que « passif » devant son déferlement.

Par ailleurs, la référence à la passion du Christ, épisode mystique qui contribue au socle culturel de notre civilisation, apporte une autre lecture de la passion. Il y a jusqu'au « beautisme » dans la passion, car par un processus inéluctable qui broie celui ou celle qui s'y adonne, et aussi entraîne dans sa chute tous ceux ou toutes celles qui s'y trouve inclus³⁷.

De ces constatations, on peut comprendre pourquoi le terme passion a quasiment disparu du vocabulaire de la psychologie contemporaine, qui utilise plutôt les concepts d'affect ou de pulsion.

Partons de l'intention qui traverse la passion. Si toute conscience est conscience de quelque chose, la passion, si elle est intentionnelle, doit aussi se définir par rapport à un objet. C'est ce que nous admettons quand nous parlons de « passion de quelque chose ».

Dans une première approche, la passion, c'est la passion de ceci ou de cela : la musique, le dessin, le sport... Cela signifie que nous représentons la passion à l'intérieur de la dualité sujet/objet et que nous la situons donc avant dans l'objet. La passion a pour thématique l'objet qui la désigne :

la natation, un homme, une femme... La passion doit avoir un objet, elle est cet objet³⁸. Mais cet objet doit surtout être un désir. J'ai le désir du sport et son thème, devenu exclusif, le désir du sport devient la passion du sport. J'ai le désir de cette femme et il devient passion amoureuse. Il semble que l'on peut poser autant de passions qu'il y a de désir, puisque le désir semble donner à la passion son objet, comme la fin qu'il poursuit. Il peut, en effet, y avoir un désir sans passion, mais il ne saurait y avoir de passion sans désir, car la passion de quelque chose ou de quelqu'un est précisément ce désir langoureux, longtemps poursuivi, secrètement recherché (dans la passion au sens commun). Mais il peut exister une passion sans désir comme dans l'érotomanie. Et on retrouve deux niveaux de logiques :

- la passion est une disposition intra-personnelle, autonome, exaltée,
- le désir est vectorisé, il a un objet, un but... (comme la pulsion au sens analytique).

Il y a donc pathologie quand il y a passion sans désir.

Nous voyons bien qu'il est réducteur d'interpréter le singulier « la » passion comme désignant la « passion amoureuse ». Notre sensibilité romantique y trouve certes satisfaction, mais nous sommes bien forcés de reconnaître qu'il y a bien d'autres passions toutes aussi fortes, éblouissantes, aussi ravageuses que celle de l'amour.

La passion comme vécu, est un état de conscience bien particulier, un état de tension de l'âme qui se retrouve dans les différentes passions. C'est ce vécu de conscience qu'il faut cerner. Que se passe-t-il dans la passion ?

Dans l'amour passionnel, le sentiment d'amour est naturel, c'est un élan du cœur qui est là ou bien qui n'est pas là, sans que cela pose une quelconque difficulté. L'inclination amoureuse reste extérieure à moi. Mais qu'advient-il dans la passion ? Il y a ce virage et l'éblouissement qui a suivi, le coup de foudre qui m'a traversé, le trouble est venu et avec lui un désir lancinant, celui d'avoir cette femme toute pour moi, de la posséder. La pensée de cet objet du désir prend l'emprise sur moi et je ne peux plus la chasser. Je suis « tombé » amoureux, ce n'est plus une inclination délicate du cœur, c'est une passion. Une belle page de Jean-Jacques Rousseau donne une bonne description de cet état qu'est la passion amoureuse³⁹ :

« Et qu'on aille pas s'imaginer ici que mes sens me laissent tranquilles, comme auprès de Thérèse et de maman. Je l'ai déjà dit, c'était de l'amour cette fois et l'amour dans toute son énergie et dans toutes ses fureurs. Je ne décrirais ni les agitations, ni les frémissements, ni les palpitations, ni les mouvements convulsifs que j'éprouvais continuellement. »

Dès le début du texte de J.-J. Rousseau, la passion se présente dans sa thématique propre en tant que passion-de,

37. Il en est de même dans les délires passionnels. Par exemple : dans le délire de jalousie, quand on est inclus dans le délire, on est en quelque sorte la victime d'une effraction. Le passionné pénètre dans notre vie et l'annexe à son délire.

38. L'objet, n'est qu'un prétexte. En fait la passion se suffit à elle-même, elle est autonome. D'ailleurs l'objet est interchangeable (Cf. les hallucinations dans l'érotomanie). Mais par exemple, le collectionnisme est une passion quelque soit l'objet : « on collectionne les collections ».

39. J.-J. Rousseau, *Les confessions*, Livre I à IV, Gallimard, Folio Classique, 272 p.

ici, l'amour. Mais ce n'est pas simplement l'amour comme sentiment, c'est l'amour avec l'énergie et la fureur. Cela veut dire une certaine puissance, mais sous un jour particulier, puisqu'il y a ambivalence, a un aspect positif capable de créer, l'énergie qui en corollaire correspond à un aspect négatif capable de détruire, la fureur. Il y a passion-de, et pas seulement sentiment, parce que la dualité est présente et que l'on peut passer très facilement d'un contraire à l'autre : amour/haine⁴⁰. Celui ou celle que l'on a aimé passionnément, on pourra tout aussi bien le haïr passionnément. La passion est décrite ensuite comme une sorte de catalyseur des émotions, tant et si bien que le passionné, non seulement ressent tout ce qui touche à sa passion de manière plus intense, mais il perd aisément le contrôle de lui-même. La passion fait de nous un écorché vif, elle nous donne une émotivité au-delà de toute mesure.

L'amour passion se nourrit d'images, il fantasme son objet, si bien qu'il doit le plus souvent lutter contre la réalité pour y demeurer. Non seulement il déclenche des émotions vives qui font parfois perdre son contrôle, mais il tend à faire en sorte que le mirage émotionnel ait une continuité, une durée. À cet égard, il y a loin de l'émotion à la passion. Une émotion passe, comme le dit E. Kant, c'est une eau qui rompt une digue⁴¹. On reprend contrôle peut après, quand on « retrouve tous ses esprits ». Mais dans la passion, c'est différent, la passion s'inscrit dans le temps, elle a dans son projet l'accomplissant d'un désir et elle ne peut s'éteindre qu'avec le désir. Le passionné peut avoir des moments de semi-lucidité, il peut voir un bref instant dans quel état la passion l'a jeté, mais la force du désir est si grande dans la passion, qu'elle a tracé un sillon que la conscience n'a plus qu'à suivre.

Il y a donc, bien des caractéristiques communes aux états passionnels, même si l'objet se modifie ou change comme dans la passion érotomaniaque. Aussi étrange que cela paraisse, le zèle du « fanatique », la flamme de l'aventurier partagent quelque chose avec la passion brûlante du joueur de casino ou, avec la fièvre de l'amoureux passionné.

Il y a un état de tension de l'âme dans le désir, l'investissement total de la conscience dans la réalisation de ce désir. Ce postulat, devient totalement faux pour la passion de l'érotomane (cf. *supra*).

L'érotomane, vit dans une illusion passionnelle. C'est une des plus puissantes illusions dont l'esprit humain peut être le siège. Ce que le passionné aime au fond, c'est de pouvoir s'étourdir dans la volupté de la passion et il ne peut s'étourdir qu'en s'évadant de la réalité.

L'état passionnel n'est pas un simple mode psychologique parmi d'autres, dont on pourrait se passer sans que la vie en soit modifiée. Quand nous disons que sans passion la vie ne vaudrait pas la peine d'être vécue, nous sommes dans le

vrai. Mais le malheur, c'est que l'érotomane ne fait pas les choses à moitié...

L'approche phénoménologique a donc permis de faire la différence entre désir, amour et passion, et de tisser un lien dans l'élaboration de la clinique et de la psychopathologie de la position érotomaniaque.

L'étude des cas cliniques ci-après va permettre de nous montrer à quel point les concepts théoriques sont essentiels dans la pratique du clinicien face à un patient présentant une passion érotomaniaque. Néanmoins ceux-ci ont parfois des limites, ainsi avons-nous émis d'autres hypothèses permettant peut-être une meilleure compréhension de ou des érotomanie(s).

Cas cliniques

Premier cas : prise en charge institutionnelle d'une érotomanie

Melle A. est hospitalisée à la demande d'un tiers en provenance de l'Unité d'Accueil et d'Urgence Psychiatrique du Centre Hospitalier X pour des troubles du comportement à type d'hétéro-agressivité sur le père.

Concernant sa biographie, Melle A. a 28 ans, elle a habité avec ses parents jusqu'à l'âge de 4 ans à S., l'anamnèse restitue la notion de violences verbales et physiques entre son père et sa mère. Son père travaillait à l'époque dans une usine et sa mère dans une entreprise d'expédition sur S.

En 1980, ses parents divorcent. Le père se met en ménage après le divorce. Il obtient la garde de sa fille mais il ne la prend pas avec lui car sa concubine ne veut pas que Melle A. vienne vivre chez eux. Melle A. habite chez ses grands-parents paternels jusqu'à l'âge de 13 ans. La mère est déchue de son droit de garde, elle aurait refusé son droit de garde par rapport aux menaces du père. On explique à l'époque à Melle A. que sa mère l'a abandonnée.

Durant cette période, Melle A. n'a plus de contact avec sa mère, cependant les grands-parents paternels tentent de maintenir des liens avec les grands-parents maternels. Elle voit son père de manière irrégulière, le week-end. Elle est scolarisée sur S.

À l'âge de 13 ans, Melle A. part vivre chez son père (à la demande du père). Les relations avec son père, sa belle-mère et la fille de sa belle-mère sont difficiles : « *je ne me laissais pas faire par rapport à des reproches qui étaient à la base émis par ma belle-mère et que mon père ressortait dès qu'il était sous l'emprise de l'alcool.* » Elle explique qu'elle supporte mal le fait que son père s'alcoolise et qu'il soit violent physiquement avec elle. Pour elle, sa belle-mère fait une grande différence entre sa propre fille et elle. Melle A. n'accepte pas que son père l'ait « abandonnée chez ses grands-parents jusqu'à l'âge de 13 ans ».

40. Ce que l'on retrouve dans les perspectives analytiques de l'érotomanie.

41. E. Kant, *Critique de la faculté de juger* (*Kritik der Urteilskraft*, 1790), trad. A. Philonenko, Vrin, 1968.

En 1989, elle revoit par hasard sa grand-mère maternelle à S, qui lui propose alors de voir sa mère : « *J'ai accepté par curiosité et pour avoir la certitude qu'elle m'avait abandonnée.* » Elle décrit cette rencontre avec un apparent détachement : « *un bon contact mais sans grande émotion. Elle représentait un personnage que je ne connaissais pas et que je découvrais et je fus déçue.* ». Sa mère lui propose, lors de ce week-end, de l'amener à son domicile à Marseille. Se rendant à cette invitation, Melle A. s'aperçoit que sa mère vit avec deux amants, ce qui la trouble profondément, ce qu'elle traduit par le terme de déception. Elle repart sans aucune envie de la revoir. Elle n'aura plus de contact avec sa mère jusqu'en 1994 (pendant 5 ans).

Sur le plan scolaire : Melle A. poursuivi une scolarité jusqu'en 5^e, puis fait une classe de transition et finalement elle intègre un Centre de Formation des Apprentis pour faire une école de coiffure. Elle obtient son diplôme en 1992.

En 1994, alors qu'elle à 18 ans, elle rencontre son ami, D. Elle quitte le foyer familial pour s'installer avec lui. Ce dernier est âgé de 9 ans de plus qu'elle. En même temps, elle tombe amoureuse de son patron, elle décrit la relation comme impossible en raison des problèmes de toxicomanie de ce dernier et de l'opposition de son père⁴² quant à cette relation : « *J'ai dû faire le choix de partir avec D. par obligation.* »

Ils déménagent en décembre 1994 dans une ville voisine. Elle se retrouve au chômage pour cause de licenciement économique. Elle reprend alors contact avec sa mère : « *je me sentais seule.* ». Mais encore, très rapidement, elle met terme à cette relation car elle ressent sa mère comme jalouse de son bonheur : « *comme je suis en couple, elle est jalouse d'être maintenant seule.* »

À cette époque, cependant, la relation avec son ami D. commence à se dégrader : « *Je ressens toujours des sentiments pour mon ancien patron.* »

En 1995, elle reprend le travail dans une société de nettoyage et décide de se séparer de D. Elle part vivre chez son père, mais ce dernier est hostile à son retour : « *Je retourne vivre avec D. contre ma volonté, par dépit.* »

La même année son ancien patron décède d'une overdose (ou d'un suicide) : « *je me reproche cette mort car il avait essayé de me contacter la veille.* »

En 1996, elle se sépare de nouveau de D. car elle a « le coup de foudre » pour un autre homme. Elle s'installe seule dans un appartement et retrouve un emploi de coiffeuse.

Melle A. décide à ce moment de reprendre contact avec sa mère, car elle pense que leur relation sera meilleure : « *je me sentais plus sereine par rapport à mon histoire avec D.* »

En 1997, elle se retrouve une nouvelle fois au chômage par licenciement économique. Elle dit vivre à cette période, sa première déprime : « *Je me mets à consulter les voyants et à envisager ma vie seulement par l'astrologie.* » « *À cette époque, je sombre dans un délire où je vois ma main bouger toute seule et à penser que je suis capable de faire de l'écriture automatique.* » Malgré cela, elle n'envisagera aucune prise en charge médicale, mais elle dit avoir « *été effrayée par ses comportements bizarres.* »

Finalement, elle se remet pour la énième fois avec D. Elle évoque une rencontre avec un autre homme lors d'une mission d'intérim en tant que femme de ménage à la Faculté de la ville. Pour elle, cette relation était seulement amicale, mais c'est lui qui en voulait beaucoup plus.

Et encore une fois, elle quitte D. pour retourner vivre chez son père. Elle réussit un concours pour être employée de l'Education nationale et se retrouve affectée dans un collège à C. comme agent d'entretien.

Elle quitte le domicile familial et s'installe une nouvelle fois sur A. Et, elle rencontre un nouvel homme de quinze ans de plus qu'elle. Pour Melle A., cette relation avec cet homme va plus loin que ce qu'elle avait prévue (elle a des relations sexuelles avec lui) et qu'elle se retrouve plongée dans une situation qui va à l'encontre de sa volonté.

À partir de cette histoire, Melle A. décrit une deuxième dépression, où elle ne mange plus, et reste enfermée chez elle dans le noir : « *Je voulais oublier l'acte.* » (Cf. *supra.*)

Ne peut-on pas considérer son parcours chaotique avec les hommes comme un équivalent dépressif par carence narcissique ? Si les hommes sont interchangeables, c'est qu'elle ne les conçoit pas comme sujet⁴³.

En 1999, elle recontacte D. et s'installe à nouveau avec lui jusqu'en 2002.

Entre temps, elle rencontre un professeur de mathématiques (de 10 ans de plus) dans le collège où elle travaille. Elle essaie de correspondre avec lui, mais il ne répond à aucune avance : « *J'avais l'impression que ça pouvait marcher.* »

En septembre 2001, « *Je vis le coup de foudre et cela dure depuis 2 ans.* »

Jusque là, on retrouve dans la description biographique, une jeune femme seule déprimée, ayant un parcours évocateur d'abandonnisme. Il n'y a rien pour l'instant d'érotomaniaque. C'est dans le contexte institutionnel que le problème érotomaniaque va éclore⁴⁴.

Au début de l'hospitalisation Melle A. est très méfiante, tient des propos très ironiques et laconiques : « *Je n'ai rien à faire ici... je ne suis pas folle... je suis un peu déprimée...* »

42. Pour le père cet homme est beaucoup trop âgé pour sa fille.

43. Dans son parcours elle oscille... C'est dans le jeu du fort-da décrit par Freud dans *Au-delà du Principe de plaisir* (1920), que l'absence crée la perception d'une présence (L'observation de Freud est succincte : l'un de ses petits fils avait l'habitude d'envoyer loin de lui les petits objets qui lui tombaient sous la main en prononçant le son prolongé o-o-o-o qui constituait l'ébauche du mot *fort* (« loin » en allemand). Freud observe également chez le même enfant un jeu plus complet : tenant en main un fil attaché à une bobine, l'enfant envoie celle-ci dans son berceau en prononçant le même son o-o-o-o puis le ramène à lui en s'exclamant « *Da !* » (« là »). Freud relie ces jeux à la situation de l'enfant à cette période : une période où sa mère s'absentait pendant de longues heures. Le jeu symboliserait ainsi la disparition et la réapparition de la mère. Donc, dans l'expérience de Melle A. son parcours chaotique ne lui permet pas de figurer une image du manque. Elle n'est pas dans la dichotomie absence/présence, elle est dans le manque.

44. Il faut savoir que Melle A. est initialement hospitalisé pour un syndrome dépressif avec des troubles du comportement avec hétéro-agressivité.

Quand on essaie de parler des difficultés au collège, elle rétorque : « Au collège, tout le monde était contre moi... ils étaient tous jaloux car j'avais des responsabilités... ils ont eu peur de moi car j'ai trouvé dans les comptes du collège une escroquerie avec des faux en écriture... la direction était complice... et comme ils avaient peur que je parle, ils ont tout fait pour me faire craquer. »

Lorsqu'il a fallu évoquer sa relation avec le professeur de mathématiques, ce fut plus délicat. Au début de l'hospitalisation elle disait logiquement : « Cela me regarde, c'est mon jardin secret, je n'ai pas à exposer mes relations amoureuses. »

Au fil des jours, Melle A. commença à parler de façon moins conventionnelle de sa relation amoureuse : « Vous savez, j'ai compris tout de suite qu'il était amoureux de moi, quand il venait dans les cuisines, il me faisait toujours des sourires... il me parlait très gentiment avec une voix douce... ; vous comprenez, une femme sait très vite quand un homme vous aime⁴⁵... »

Melle A. continu ses dires : « avec sa femme, ça ne va plus du tout... je le sais car il me regarde très tendrement, il va même divorcer pour être avec moi... je lui apporterais tout le bonheur qu'il n'a pas avec sa femme... » À la question : « il vous l'a dit comment ? », elle rétorque : « On n'a pas besoin de se parler, je le lis dans ses yeux⁴⁶. »

Puis un jour, le chef de service reçoit une lettre du professeur de mathématique. Celle-ci contient tous les écrits de Melle A. – adressés à lui-même – produits au cours de son hospitalisation. Par sa verve enflammée cocasse et éloquente, elle déclare son amour pour lui⁴⁷ : « Bonjour. Sais-tu vraiment que je voulais tout simplement te dire ? J'en sais rien. T'a présence me manque et tout se que tu représente pour moi, un homme droit. Je n'ai jamais trouvé le mot pour te dire que je t'aime et que je ne pense qu'à toi. Je vais revenir et tu seras où toi ? Sans toi, je ne serais rien, je te jure que tu m'as et tu m'auras toujours où que je me trouve. A la vie, A la mort oui je resterais toujours je et tu resteras toujours tu ça sera comme ça. Je t'aime. Joyeux anniversaire. Melle A. Tu me remettras la chaîne, j'attends que tu me la repasse, car oui, je pense à toi, oui tu resteras toujours toi, alors ne change pas car se seras toi ou rien où que je me trouve je te jure. Quand j'attends « TU » je me retourne E. j'ai vraiment la trouille, accepte que je me retrouve à la plonge et je reviens vers toi (j'aime les poilu ça te va, alors pense à moi. »

Quand nous lui annonçons que nous sommes en possession de ces lettres, elle évoque l'oubli et joue la surprise. Néanmoins c'est avec véhémence qu'elle évoque son souhait de récupérer ces lettres et nous souligne ce qu'elle appelle la lâcheté du professeur de mathématiques à qui elle reproche de nous avoir communiqué ce courrier plutôt qu'à elle : « il aurait pu me dire par écrit que c'était fini entre nous, mais je pouvais m'en douter car c'est un grand timide, il n'a jamais

osé me répondre... »

À l'interrogation suivante : « mais est-ce que votre relation a débuté un jour ? », elle répond : « évidemment, qu'elle a débuté puisque je l'ai ressenti... »

En dépit de nos craintes de passage à l'acte hétéro-agressif de Melle A., nous décidons d'une sortie en congé d'essai d'H.D.T. (ce qui constitue un cadre) avec une thérapie sédative et une prise en charge tous les jours de la semaine à l'hôpital de jour et le week-end au Centre Hospitalier.

Après quatre mois d'hospitalisation temps-plein, Melle A., dit que sa relation est bien terminée et que c'est la vie, mais parle tout de même du professeur de mathématiques comme quelqu'un de lâche.

Au total, nous sommes en présence d'une jeune femme ayant développé insidieusement un délire persistant de mécanisme interprétatif avec une thématique érotomaniaque et un vécu passionnel, centré sur un homme (plus âgé qu'elle) investit des attributs de l'autorité et du prestige par rapport à sa position professionnelle.

Si la thématique passionnelle plus qu'amoureuse est non pathognomonique, c'est la construction du monde dans lequel évolue ce « néo-couple » qui est évocatrice.

Le diagnostic de **Bouffée Délirante Aiguë** peut être écarté devant l'installation progressive des thèmes délirants, leur caractère structuré envahissant l'existence de la patiente, leur contenu réduit focalisé sur l'objet.

On pourrait postuler l'existence d'une **personnalité prémorbide présentant des traits histrioniques**, ceci pouvant faire évoquer le diagnostic de **névrose hystérique** (en se référant à la clinique traditionnelle) car Melle A. pendant les entretiens présente une attitude très égocentrique : « vous savez docteur, mon entourage au sens large est jaloux de moi car je réussis tout ce que j'entreprends... », théâtrale (elle s'assoit toujours sur le côté de la chaise ; elle claque constamment la langue sur son palais), se voulant séductrice en passant constamment les mains dans ses cheveux et portant un maquillage réalisé à outrance...

Nous retrouvons donc, dans ce tableau certains des éléments appartenant au **syndrome passionnel** décrit par G. Gatian de Clerambault. L'objet est unique et représente pour la patiente son idéal masculin. On perçoit des thèmes dérivés, comme les tentatives d'approche de la part de l'objet : « vous savez, j'ai compris tout de suite qu'il était amoureux de moi, quand il venait dans les cuisines, il me faisait toujours des sourires... il me parlait très gentiment avec une voix douce... ; vous comprenez, une femme sait très vite quand un homme vous aime... ». On retrouve également des conduites paradoxales comme l'absence de réponse à ses lettres qu'elle interprète comme preuve supplémentaire de leur liaison⁴⁸.

45. Cette affirmation péremptoire s'inscrit en contradiction avec son processus affectif oscillant.

46. Ses propos peuvent être lus comme un mécanisme interprétatif.

47. Retranscription exacte sans correction des fautes d'orthographe.

48. Ils sont liés par l'absence de liens concrets.



On peut décrire deux stades évolutifs :

- à la phase initiale d'**espoir** et de démarche ambitieuse : attente de ses réponses...
- succède la phase de **dépît** : « *il aurait pu me dire par écrit que c'était fini entre nous, mais je pouvais m'en douter car c'est un grand timide, il n'a jamais osé me répondre...* ». Pour elle c'est « *un lâche* ».

Même si ce moment fécond délirant, de nature érotomaniacale, semble ce jour avoir avorté, rien ne dit que le délire ne couve pas chez elle, prêt à renaître, sous une forme ou sous une autre, au premier « signe » envoyé par l'objet du délire (le professeur) ou interprété comme tel, ou par le contexte (par exemple, une rencontre fortuite). Apparemment chez Melle A., il n'existe pas d'hallucination ou d'éléments « psychoconstruits » renforçant la conviction d'être aimé.

Il est à noter que c'est au moment de l'enfermement qu'il y a éclosion du délire.

Il s'agit pour nous d'une **conduite érotomaniacale**, mais peut-on parler de psychose ? On retrouve un délire dont le thème est érotomaniacal : « Il m'aime, je le sais », donc une conviction délirante d'être aimée.

On retrouve également avec ce postulat de base, des thèmes dérivés :

- l'objet (le professeur de mathématiques) à une situation professionnelle supérieure à Melle A.,
- l'objet à ses yeux va être libre, car il demande le divorce pour rester avec elle,
- l'objet à de bonnes intentions envers elle. L'objet était gentil et lui faisait des sourires,
- l'objet ne peut avoir de bonheur sans le sujet.

On retrouve dans la biographie de la patiente une problématique conflictuelle avec sa mère qui pourrait faire le berceau de la construction érotomaniacale de Melle A. Probablement, il y a un choix homosexuel de l'objet (la mère) qu'elle considère comme dangereuse et abandonnante. Donc, la seule façon de l'égaliser, de s'identifier à elle, est de posséder un homme imaginaire (renvoyant au père) inaccessible qui ne pourra la séparer d'elle.

Avec cet objet né d'une projection puis introjecté, la patiente dispose d'un objet intériorisé non dangereux qui comble le vide sous-jacent.

Ce vide provient de la mauvaise

qualité des relations précoces mère-enfant.

Sur le plan clinique, à ce jour, la patiente est dans le début de la phase de **dépît** : il m'a aimé, il ne m'aime plus, tant pis...

Bien qu'il y ait un délire bien systématisé, comprenant des mécanismes interprétatifs et intuitifs avec une thématique passionnelle, on peut envisager plutôt l'hypothèse d'une **Organisation Limite de la Personnalité** selon J. Bergeret⁴⁹ (narcissique abandonnique⁵⁰)...

C'est l'anamnèse qui rapporte les éléments pouvant faire évoquer ce type d'organisation.

En effet on remarque des **Traumatismes Désorganiseurs Précoces**⁵¹ : violences des parents, l'alcoolisme du père, la séparation des parents, la rupture forcée de la mère... Ceci occasionne un abord gauchi de l'œdipe et de sa résolution.

Ce traumatisme joue en quelque sorte le rôle de « **Premier Désorganisateur** » pour Melle A.

Puis on retrouve pendant quelques années (une dizaine d'année) une période dite de « **Pseudo-latence** ».

Ensuite, il y a une réactivation à l'adolescence vers l'âge de 15 ans de **Traumatismes Désorganiseurs Tardifs** : déception de la mère, échec scolaire

Cette cascade Traumatismes Désorganiseurs Précoces, Pseudo-latence et Traumatismes Désorganiseurs Tardifs engage Melle A. dans un aménagement économique d'une Organisation Limite de la Personnalité.

C'est à l'occasion de ce deuxième traumatisme désorganisateur que survient la grande crise d'angoisse appelée « **Névrose d'angoisse** »⁵² par J.A. Gendrot et P.C. Racamier

49. J. Bergeret, *Psychologie pathologique théorique et clinique*, Paris, Abrégés Masson, 8^e édition, 2000, p. 218-235.

50. Sentiment grandiose de soi, conduites arrogantes, hautaines, besoin d'attirer l'attention et l'admiration, susceptibilité exagérée, avec comme complication la dépression.

51. Traumatismes importants de l'enfance au moment de l'évolution normale de l'œdipe. Ce traumatisme correspond à un émoi pulsionnel dans un état du Moi inorganisé et immature. Chez l'enfant le Moi assure l'unité, la cohésion et l'intégrité de la personnalité. Sa grande partie est inconsciente, elle régule et permet l'intégration des représentations pulsionnelles inconciliables à l'aide de ses mécanismes de défenses. Donc le Moi génère à partir des pulsions, un désir objectal car, à l'âge adulte, le Moi devient réservoir principal de la libido. Sa partie consciente est la seule de toutes les instances (Ça, Surmoi et Moi), à être en contact avec le système de perception du monde extérieur.

52. J.A. Gendrot et P.C. Racamier, « La névrose d'angoisse », *Encycl. Méd.-Chir., Psychiatrie*, 37330 A 10, 1967.

comme un état paroxystique et transitoire prépsychotique, prénévrotique et prépsychosomatique. Ces deuxièmes traumatismes correspondent à une surcharge pulsionnelle, dans une situation rappelant le premier traumatisme. De ce fait l'aménagement imparfait du Moi se trouve complètement bouleversé et les défenses deviennent totalement inefficaces.

Ce deuxième traumatisme devient un point de non-retour et il n'y a plus possibilité aménagement médian. En conséquence le système défensif n'est plus efficace laissant libre court aux trois voies psychopathologiques possibles : névrotique, psychotique ou psychosomatique.

Il semblerait que pour Melle A. la voie psychopathologique emprunté serait plutôt sur le versant de la **psychose passionnelle** avec une thématique érotomaniacale.

Le schéma de la page suivante (d'après J. Bergeret)⁵³, résume les éléments biographiques qui nous ont permis d'élaborer l'hypothèse d'une Organisation Limite de la Personnalité chez Melle A. (Schéma 1).

La prise en charge psychothérapeutique est relativement difficile. Elle doit s'appuyer sur l'espace thérapeutique créé par le rappel à la loi (HDT) et sur l'ouverture au monde du drame qui jusqu'alors se jouait dans un duel (objet/sujet) morbide. Elle doit s'axer sur plusieurs perspectives non contradictoires :

- provoquer l'enkystement du délire en secteur, favorisé par l'éloignement ou par la mise en parenthèses institutionnelle,
- consolider l'ébauche de la mise à distance de l'objet, qui s'exprime le plus souvent sur le mode d'une lassitude résignée : « tout ça c'est du passé » ;
- soutenir l'ébauche d'autocritique ou de critiques par lesquelles le sujet parvient, soit à se remettre en question partiellement, soit à reconnaître le caractère délirant de l'épisode aigu qui l'a amenée à être en HDT
- proposer traitement psychopharmacologique adjuvant avec des antipsychotiques, dont on connaît les limites sur les psychoses passionnelles, mais aussi les antidépresseurs⁵⁴.

Sur le plan institutionnel, la prise en charge de sujet érotomane est très difficile car il y a rarement une demande de soin. La souffrance ne peut être exprimée que sous forme de dépit... Il ne faut pas l'attendre... Pour cette patiente nous avons essayé d'axer notre adhésion thérapeutique sur le côté dépressif.

Donc, nous nous sommes en premier lieu fixé un cadre thérapeutique clair. Il faut s'astreindre à dire tout ce que l'on va faire et ne pas faire afin de garder le moyen de toujours situer comme telles les inévitables interprétations.

Afin d'exclure la dimension de la toute puissance dans la relation thérapeutique, nous avons introduit la loi comme référence : l'équipe soignante ne fait pas la loi, elle l'applique et elle lui est soumise comme tout un chacun. (Application de la Loi du 27 juin 1990 et du 4 mars 2002).

Le contrat passé avec la patiente s'appuie donc sur l'obligation légale qui lui est faite de se soigner et sur l'obligation déontologique qu'a l'équipe de la soigner conformément aux usages.

Nous avons évité de piéger le médecin-chef, qui est l'interlocuteur souvent exigé par les patients érotomanes. Car lorsqu'il les prend en charge, il doit mesurer l'impact de la toute-puissance qui est prêtée et se borner soigneusement à n'être et agir que pour soulager un sujet en situation de souffrance. Faute de quoi, le piège narcissique de la relation érotomaniacale se referme sur lui, sans possibilité de recours, à la différence de ses collaborateurs, car il constitue le garant hiérarchique et symbolique de l'équipe. Ses collaborateurs, en effet, s'ils sont dans la même nécessité d'être vigilants à l'égard de leurs failles narcissiques, ont, eux, la possibilité de faire appel à lui, qui joue alors le rôle de fusible.

Si le médecin-chef doit intervenir, lui plus que tout autre doit se référer (triangulation) à la loi et veiller à diluer les prises de décision.

Ce n'est pas tel ou tel médecin qui prend la décision, c'est l'équipe, en réunion d'équipe et sous la tutelle de la loi (schéma 2).

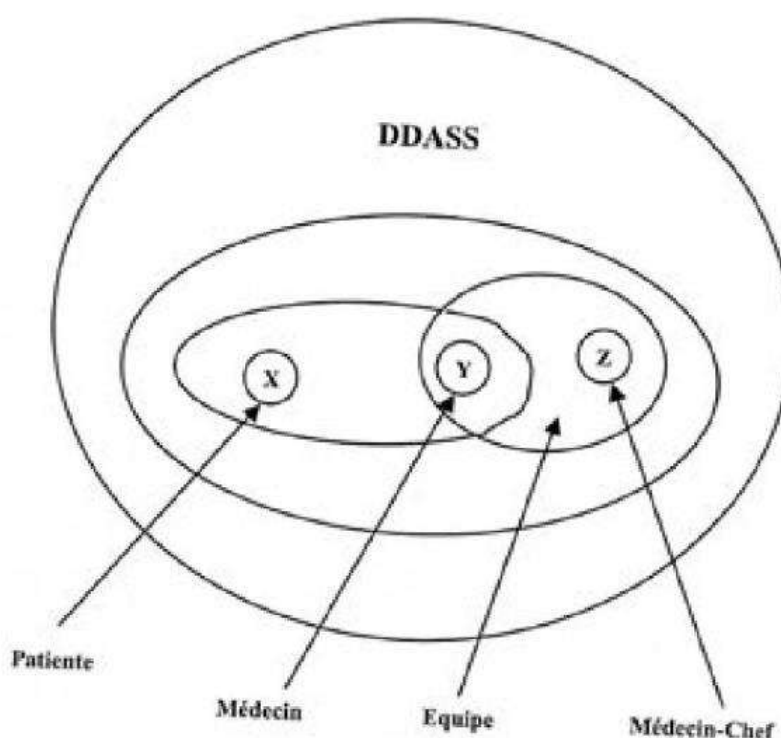


Schéma 2 : Représentation synthétique de la prise en charge institutionnelle de Melle A.

53. J. Bergeret, *Psychologie pathologique théorique et clinique*, Paris, Abrégés Masson, 8^e édition, 2000, p. 218-235.

54. Il est paradoxal de penser que le traitement des psychoses passionnelles nécessite plus d'antidépresseur que d'antipsychotique.

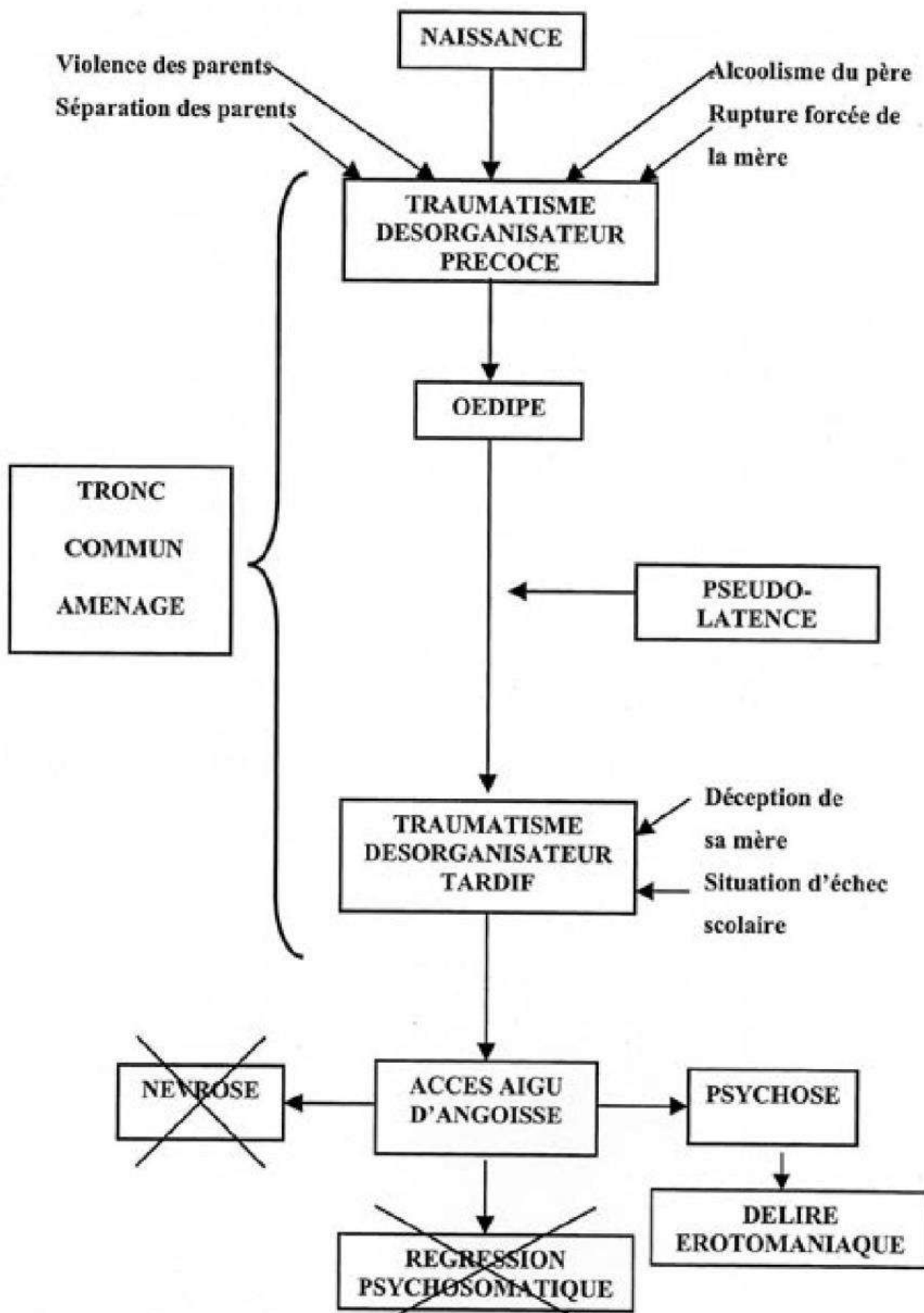


Schéma 1 : Hypothèse de l'Organisation Limite de la Personnalité chez Melle A.

Deuxième cas : érotomanie masculine, mythe ou réalité ?

Nous allons exposer cette observation à partir du dossier archive d'un patient qui fut hospitalisé à l'Unité des Malades Difficiles de Montfavet.

Mr. P. a été incarcéré en 197. à la suite d'un vol d'automobile puis d'un cambriolage. Durant sa détention, il a été placé, sous le mode du Placement d'Office, dans le service de sûreté de Sarreguemines 5 ans plus tard à celui de Montfavet pour des troubles mentaux.

L'observation fait ressortir, un homme de grande taille, robuste, s'exprimant avec facilité et aisance sur un ton cordial, presque désinvolte et familier avec ses interlocuteurs.

Il dénonce le caractère injustifié de son « internement » : « j'ai assez payé, ça fait dix ans que je suis enfermé pour une brouille, pour une bagarre avec un détenu homosexuel. »

Sur le plan biographique, Mr P. est né en 1940, il est l'aîné d'une famille de quatre enfants : un frère est restaurateur, une est sœur institutrice, une autre sœur est infirmière avec laquelle il entretient de bonnes relations.

Son père était charron puis ouvrier d'usine, le patient est né alors que son père était prisonnier de guerre. Il n'a pu le connaître qu'à l'âge de 5 ans au retour de captivité de ce dernier.

Il le décrit comme un éthylique violent, provoquant des scènes de ménage terribles. Son père le battait lui aussi. Mr P. évoque le désir de mort de son père vers l'âge de 7 ans. Par contre il ressort de l'observation le témoignage d'un amour profond pour sa mère.

Lorsque le médecin veut l'interroger sur son enfance, le patient se montre peu prolixe à la limite de la réticence.

Mr P. est âgé de 10 ans lorsque ses parents divorcent. Il s'installe avec sa mère chez la grand-mère maternelle avec ses frères et sœurs.

Il est scolarisé très tardivement pour raison de santé. Il aurait présenté dans son enfance une paraplégie complète durant plusieurs années : « je suis né paralytique, c'est-à-dire bloqué des glandes... par amour maternel, j'ai refais surface. » « J'étais immobile dans une poussette jusqu'à neuf ans. J'étais un mystère pour la science. »

Les arguments sur cette paralysie donnés au médecin sont très variables d'un jour à l'autre. Celle-ci est tantôt située à la naissance, d'autres fois vers l'âge de quatre ou sept ans, et le handicap a duré jusqu'à neuf ans ou jusqu'à l'adolescence.

Se pose déjà la question de l'origine : neurologique ? une hystérie infantile ? un syndrome de Münchhausen par procuration⁵⁵ ?

Le patient a priori ignore l'origine de cette paralysie.

Vers l'âge de quatorze ans, il quitte « par besoin d'indépendance », la maison maternelle et se fait embaucher comme

manœuvre dans une usine jusqu'à seize ans : « les conditions de travail y étaient effroyables. » « J'avais des dons en soudure. Mon patron était un grand maître, il voulait me donner tout et me marier avec sa fille parce qu'il avait un cancer. J'ai dit non. Interdit⁵⁶ ! »

Mr. P. obtient le CAP de chaudronnier. Il rencontre alors celle qui restera pour toujours sa maîtresse : « une dame de la haute société qui m'a dit deux solutions, l'amour ou la porte, j'ai dit l'amour. »

Il fait un récit très puéril, idéalisé comme un scénario hallucinatoire et extravagant de cette rencontre. Un accident de circulation est à l'origine de cette liaison : « elle roulait en Rolls et a tamponné mon vélomoteur ; lorsque je me suis réveillé à l'hôpital, elle était à mes côtés. » Elle l'a installé par la suite dans un studio ; elle était propriétaire d'un hôtel de luxe dans une grande station balnéaire, s'occupait de nombreuses industries et de commerce ; il aurait voyagé avec elle dans toute l'Europe jusqu'à l'âge de dix-huit ans (seconde mère ou maîtresse ?).

Après une dispute, il s'engage par devancement d'appel dans l'armée, sur un coup de tête. Il fait seize mois dans les parachutistes. Il buvait énormément, ne respectait pas le règlement. Il est alors réformé pour « déséquilibre psychique » et rapatrié sanitaire d'Algérie où la guerre bat alors son plein.

Des blessures aux membres inférieurs (on peut retenir une dimension symbolique de cette localisation par rapport à sa paralysie de l'enfance ?) lui auraient permis de rester en dehors des combats, à l'arrière « ou par le biais politique de ma maîtresse et du général, j'ai pu liquider nos capitaux. » Revenu en France, tout en maintenant des « liens secrets » avec cette femme aussi providentielle que mystérieuse, il rencontre une jeune fille avec laquelle il se marie « sur un coup de tête, en quelques jours ». « Ma femme était très belle mais peu intelligente et volage. » (Stéréotype de la femme « objet » ?)

De cette union « par défaut » naîtront quatre enfants. Il divorcera huit ans plus tard prenant avec une magnanimité surprenante « tous les torts à ma charge, pour en finir rapidement ». Il versera alors à son ex-femme, selon lui, une pension alimentaire plus importante que celle à laquelle il est condamné.

Son existence va être ensuite bouleversée. À 28 ans, il abandonne son métier de soudeur et trouve un emploi dans le restaurant de son frère⁵⁷. C'est alors qu'il va commettre son premier vol. Il monte une entreprise de démolition de voiture, fréquente un groupe de jeunes gens qui l'entraîneront dans d'autres histoires délictuelles. On peut remarquer que c'est au moment précis où il pourrait sortir la tête de l'eau qu'il va « plonger ». On retrouve donc, la dimension de « conduite d'échec ».

Il sera incarcéré plusieurs fois pour vols de voitures à sa sortie de prison. Il s'installera à X, trouvant rapidement un

55. Sa mère n'aurait-elle pas fait croire à Mr P. qu'il était bien paralysé ?

56. Prémisses d'une érotomanie par procuration ? Le père serait substitué à la place de sa fille ?

57. C'est au moment où il renoue avec sa famille qu'il sombre dans la délinquance.

emploi de serveur dans un café ; y rencontrant à l'occasion ses anciens acolytes, il sera impliqué dans un cambriolage avec recel de bijoux et sera incarcéré à nouveau. Il est condamné à cinq ans de prison et tentera en vain deux évasions.

Ainsi, il passera presque dix ans en milieu carcéral. Il explique ses tentatives d'évasion par son désir de rejoindre sa maîtresse à laquelle il était « *passionnément attaché* », qu'il avait épousé par un « *mariage secret sous le mode sabéiste*⁵⁸. »

Il raconte qu'elle a été assassinée par « des voyous raquet-teurs », son corps embaumé est inhumé en un lieu caché ; il est convaincu d'être l'héritier de son testament concernant une fortune colossale, et comprenant la gestion de capitaux de sociétés internationales, dans cette évolution « échappée belle ». On passe probablement du paranoïaque au paranoïde. Ce n'est donc a priori plus de l'érotomanie simple, mais un délire associant des thématiques mégalomaniaques et érotomaniaques.

Il est alors transféré dans le service de sécurité de Sarreguemines (Unités de Malades Difficiles) devant l'importance de son délire mégalomane et des conséquences psycho-comportementales de celui-ci. Une thérapeutique neuroleptique permet alors une sédation rapide des éléments délirants ayant pour conséquence un retour en milieu pénitentiaire après neuf mois d'internement⁵⁹. Devant une recrudescence délirante avec thématique érotomaniaque prenant comme objet sa juge d'instruction et son refus de poursuivre le traitement, il est admis au service de sûreté de Montfavet en 1971 (il a près de 40 ans), à ce qui correspond aujourd'hui à l'Hospitalisation d'Office en D. 398 du Code de Procédure Pénale. On assiste encore une fois en milieu contenant à une amélioration rapidement favorable, mais sans critique des thèmes délirants. L'objet que représente la juge d'instruction renvoie à l'imaginaire et au symbolique, à une certaine autorité, à un repère ambigu issu de la loi donc, à un équivalent paternel, même si l'objet en question est une femme.

« *Je l'ai connu dans un dancing (la juge), c'est une vieille histoire. Elle me regardait, on a dansé ensemble douze soirs de suite. J'ai bien compris à sa façon de se coller contre moi que je lui plaisais. J'aurais dû coucher avec elle. Les choses auraient été claires*⁶⁰. »

Ce récit a-t-il été réellement vécu par le patient ? Ou cela correspond-t-il à des hallucinations ou à des fausses recon-naissances ?

Quelques temps après, il la retrouve, lui en tant qu'inculpé, elle comme juge d'instruction. Selon lui, elle le reconnaît

lors des comparutions dans son cabinet. Elle en est toujours amoureuse, s'arrange pour rester seule avec lui, multiplie les entrevues, tente à nouveau de le séduire : « *en portant des dossiers elle a fait exprès de soulever sa jupe, excusez-moi docteur, mais c'est une chaude lapine*. » Il lui adresse aussitôt un courrier abondant auquel elle ne répond pas⁶¹, la nommant sa déesse, signant par « cœur d'or ». Il est dans l'attente d'un mariage.

« *J'ai envoyé 177 poésies, j'ai quelques 57 lettres d'amour écrites de la main de cette jeune fille. Je ne pense pas être amoureux plus que n'importe quel autre être humain. J'ai gardé toutes ses lettres. Quand je sortirai, j'irai la voir, je veux en avoir le cœur net. Maintenant, je sais qu'elle est mariée*⁶². »

D'autres thèmes s'intriquent à son érotomanie. « *Je suis en train d'écrire un livre sur ma vie, j'ai des projets, beaucoup d'argent en banque... Je ferais peut-être un film à ma sortie où je raconterai toute la vérité*⁶³. »

Les éléments délirants exprimés peu à peu pendant son hospitalisation aux Unités de Malades Difficiles se font de manière plus réticente, moins expansif et moins luxuriante.

À ce moment, le patient a adopté une position revendicatrice sthénique, menaçante, dans ses écrits envers les médecins du service. Il fait de nombreuses démarches pour obtenir sa sortie, écrivant à toutes les instances compétentes : avocats, médecins, Procureur de la République, Presse, Ministre de la Santé.

Au total, d'après le dossier, il est difficile de situer chez ce patient le début des troubles. Toute sa biographie est infiltrée de propos mythomaniaques (propos d'un médecin dans le dossier).

Un enjolivement mégalomane (de mécanisme imagi-natif) de son existence apparaît dès l'adolescence, avec un besoin constant de valorisation. Selon lui, il a des dons professionnels. Son patron veut lui donner sa fille et lui léguer sa fortune. Une femme très riche est amoureuse de lui. On est bien dans une dynamique **psychopathique narcissique** compensatoire ou comblante.

C'est sur un ton amusé qu'il relate les péripéties de sa vie à son interlocuteur, donnant l'impression de composer un personnage, de n'adhérer que partiellement à la réalité de ses récits inconsistants (dixit l'expertise). Lors de l'expertise, faite à sa demande, le diagnostic de **mythomanie hystérique** est évoqué par le spécialiste, excluant toute irresponsabilité du sujet dans ses actes de délinquances. Toutefois, en cours de détention, on assiste à une explosion imaginative-fabulatoire comprenant des thèmes de grandeur. Nous pouvons lire dans les observations médicales faites à Sarreguemines les propos du patient : « *Nous sommes une peuplade inter-nationale dans le monde capitaliste et socialiste. C'est le*

58. Néologisme □

59. Il n'aurait donc pas été pénalement irresponsable !

60. Phrase délirante à mécanisme interprétatif.

61. Cela pose la question de savoir si ce courrier a effectivement existé, et si oui, comment il a été perçu par la Juge.

62. Nous n'avons □

63. Thématique mégalomane.

sabéisme. Nous sommes liés par des capitaux. On a rien à voir avec le sabbat des Juifs. Nous avons des déesses, mais réelles, nous avons des vierges... qui sont une dignité. Il y a un respect inébranlable. » « Je suis suivi en permanence par un professeur. Nous avons des heures de communication. C'est comme une voix intérieure, il me pose quelque chose, je réfléchis 2 à 3 heures et j'agis⁶⁴. »

Il affirme qu'il appartient à une société secrète aux influences étendues, qu'il a des pouvoirs télépathiques, des relations influentes. On sait que la thématique érotomaniaque n'est qu'une partie d'une thématique centrifuge mégalomaniaque en l'occurrence, chez ce sujet, quasi-paraphrénique.

Plus tard, une attitude revendicative apparaît et semble focaliser son activité. Il dresse une liste de doléances, se donnant le rôle de défenseur des malades. Il dénonce l'exiguïté de la salle commune, la mauvaise hygiène, le surdosage médicamenteux. Il fait des menaces de procès aux médecins du service.

Le diagnostic de **délire mégalomaniaque sur une personnalité psychorigide** et revendicative est posé. Un traitement par neuroleptique à action prolongé est instauré tous les quinze jours, améliorant les symptômes du patient et permettant, ainsi son retour en maison d'arrêt.

Quelques mois après le tarissement de cette efflorescence délirante, apparaît une nouvelle **bouffée érotomaniaque** avec des répercussions comportementales : lettres multiples, nouvelles tentatives d'évasion pour rejoindre et épouser sa juge d'instruction. Ce délire se développe en secteur, ne s'accompagnant d'aucune autre altération du jugement ou de l'adaptation à la réalité extérieure. Parfois le délire se limite à ce thème passionnel. Il sera au cours d'une autre phase évolutive, intriqué dans sa riche thématique mégalomaniaque. L'exubérance idéique et l'exaltation comportementale associée à un délire de mécanisme principalement imaginatif sur une thématique mégalomaniaque feront évoquer une **paraphrénie confabulante**. Mais les variations dans le temps de la symptomatologie clinique font évoquer également le diagnostic de **délire de mécanisme paranoïaque**. En effet, le patient présente des traits caractéristiques de la personnalité paranoïaque : méfiance, fausseté du jugement, hypertrophie du moi (orgueil) et l'inadaptation sociale. Celle-ci évoluant déjà depuis son adolescence (on a parlé de psychopathie) peut aussi faire évoquer l'**héboïdophrénie**.

Il n'y a aucune critique des ses idées délirantes.

Ce qui paraît notable, c'est l'alternance mégalomanie/érotomanie perceptible selon les lieux de prise en charge (détention ou Unités de Malades Difficiles). Y aurait-il une relation entre la nature plus ou moins contraignante du milieu carcéral et la nature des troubles présentés, la structure psychique du père et de la mère ?

Dans cette vignette clinique, la composante érotomaniaque est tantôt analysée comme un syndrome, apparaissant dans

des registres diagnostiques différents, tantôt comme une entité autonome et co-morbide. De ces hypothèses, il en découle deux réflexions :

- une réflexion sur son appartenance nosographique (névrose, psychose, état-limite) ;
- puis celle, plus générale, posant le problème de la variabilité sémiologique du délire chronique présenté en fonction du moment évolutif et du contexte.

En effet, le délire de ce patient prend des allures tantôt paraphréniques dans les moments florides, tantôt plus systématisées de mécanisme interprétatif paranoïaque dans les périodes d'appauvrissement thématique.

Que pouvons-nous émettre comme hypothèse concernant la psychopathologie de ces tableaux cliniques fluctuants ?

En conclusion, nous sommes en présence d'un homme ayant présenté un tableau clinique fluctuant, commencé précocement et amenant progressivement sa désadaptation sociale (école, armée, travail...)

Nous avons vu que, tour à tour, beaucoup d'hypothèses peuvent être abordées : dysharmonie évolutive de l'adolescent, psychopathie, érotomanie, délire paranoïde, délire paranoïaque, héboïdophrénie, paraphrénie, mythomanie, délinquance.

Ce qui apparaît constant, au-delà de la dimension psychotique chronique, c'est que la séméiologie prend sens et s'articule à l'existence du sujet à travers la notion de narcissisme dans une **Organisation Limite de la Personnalité**, tout comme chez Melle A.

Toutes les approches référencées à la psychose ne suffisent pas, excepté la dimension amour/haine du registre homosexuel vis-à-vis de la juge, dans laquelle se joue « elle me poursuit, donc elle m'aime », ce qui rejoue la relation au père et à la recherche de sanctions comme limites extrêmes à sa mégalomanie et comme sanctions structurantes à son narcissisme :

- on me bat donc je suis,
- on me sanctionne donc je suis,
- on me persécute donc je suis important.

Au besoin, il se met en première à travers le non-respect du règlement, ou il provoque des sanctions : c'est sa tentative d'évasion comme occasion d'être à nouveau sanctionné et ainsi comparaître devant la juge et mettre à l'épreuve son fanatisme relationnel. Ceci peut également correspondre à une position masochiste de Mr. P. mise en scène évocatrice de Pagisme⁶⁵.

On peut supposer également, que l'érotomanie s'inscrit ici dans une expansion mégalomaniaque constante du moi (hypertrophie du moi) où cohabitent des thèmes de richesse et de pouvoir.

Cette recherche projective de la toute puissance (chez le ou (la) partenaire) trouve probablement ses racines dans un

64. On passe de paranoïaque à paranoïde.

65. Pagisme : fait qu'un homme se plaît à fantasmer d'être « au main » d'une femme puissante (femme phallique). Comme un page (au Moyen Âge) était l'objet de sa maîtresse.

besoin de réparation narcissique de l'enfance (enfant battu, père violent alcoolique) contribuant à une insuffisance de l'estime de soi.

Cette faille narcissique peut également parvenir du vécu lié à son handicap moteur, même si celui-ci à distance apparaît « fonctionnel » en exprimant à sa manière sa souffrance d'enfant « impuissant » dans la violence parentale, mais aussi à la haine paternelle, l'ensemble pouvant correspondre à des **Traumatismes Désorganiseurs Précoces**.

Il se sent haï par son père : « il pensait que j'étais anormal et que je n'aurai pas dû vivre », donc il va se raccrocher à une image maternelle rassurante et aimante. Ces deux fonctions se retrouvent intriquées dans le statut de la « Juge » (véritable statue du Commandeur « surmoi femelle »).

La protection et l'amour qu'il attend des femmes, illusoire ou réels, mêlée de la recherche de sanction voire de violence, rappellent cette image trouble, dispensatrice d'affection et de limite structurante.

On peut également supposer que les constructions mythomaniaques de ce patient (variation de mécanisme imaginatif de son existence), constituent un rempart contre une éventuelle décompensation dépressive. Celle-ci serait de nature anaclitique, profonde et irrémédiable. Ce ne serait pas une dépression par perte d'objet mais une expérience le mettant face à l'innocuité de son existence.

Discussion des cas

À notre sens, l'intérêt de ces observations réside, en un premier lieu dans le fait qu'elles concernent aussi bien les femmes que les hommes, ce qui apporte un décalage par rapport aux conceptualisations habituelles.

En effet, l'érotomanie est plus souvent décrite chez la femme. Dans son étude sur l'érotomanie, F. Perrier dit que : « *l'érotomanie pure est un état passionnel de la femme. Chez l'homme, il nous semble qu'elle ne figure en général que comme syndrome partiel dans un tableau clinique où la paranoïdie, la débilité ou le déséquilibre psychopathique font plus question que le thème érotomane qui éclôt sur ces terrains avec plus ou moins de consistance*⁶⁶. »

Comme « passion » (et positionnement passif), évoqué plus haut, et en admettant l'intuition freudienne du « masochisme moral⁶⁷ » (féminin), on pourrait faire l'hypothèse que l'érotomanie serait une expression du « masochisme féminin » potentiellement présent dans chacun (femme ou homme).

Dans ces deux cas, on retrouve en tout point comparable, la sémiologie classique décrite par G. Gatien de Clérambault. Ce qui valide, plus de 80 ans après persistance sémiologique de l'école Française.

Le diagnostic de délire paranoïaque passionnel a été posé dans les deux cas à un moment donné de l'évaluation des patients.

Des points communs sont présents dans ces deux histoires avec la notion de changement et de rupture dans la continuité du sujet (divorce des parents, alcoolisme du père...). Une analyse classique de l'érotomanie la réduisant comme psychose n'est pas satisfaisante dans ces deux cas, même si nous ne remettons pas en question le concept d'érotomanie comme un positionnement psychotique passionnel paranoïaque.

En effet, même à l'époque de De Clérambault, l'érotomanie pure restait une entité rare, un cas d'école.

Ainsi en utilisant des moyens plus modernes et plus pertinents pour notre époque (social, carences éducatives sévères, traumatismes sexuels...). Et en confrontant ces approches à la grille de lecture apportée par la conceptualisation ultérieure des **états-limites** selon J. Bergeret, nous nous sommes portés à nous interroger sur la clinique psychiatrique classique.

Le positionnement érotomane pourrait être considéré comme l'un des arrangements économiques (solide) pseudo-psychotique des troncs communs borderline. Cet arrangement fait appel à la « part féminine » du sujet, le plaçant dans un fonctionnement à la fois quérulent (et victime) même s'il se comporte comme un persécuté/persécuteur.

Si on décrypte la sémiologie en y cherchant les éléments en faveur d'une « carencisation » narcissique, cela permet de donner un sens différent aux symptômes proposés. Ce recadrage conceptuel serait de nature à, pour partie, considérer l'érotomanie comme une carence narcissique, et ainsi aborder le dispositif de soin par des approches thérapeutiques susceptibles d'alimenter le processus de renarcissisation.

Ces techniques pourraient être associées aux autres approches de l'érotomanie.

Si nous prenons l'exemple de la thérapeutique, l'utilisation des neuroleptiques n'est pas suffisante. Il est même intéressant à ce point de la discussion de rappeler qu'ils ne représentent pas le traitement de « choix » (traitement des psychoses schizophréniques dans toutes ses déclinaisons actuellement). L'association des antidépresseurs améliore de manière importante la dépression anaclitique, ils sont donc les plus recommandés (Cf. Motifs d'hospitalisation de Melle A.).

L'approche psychothérapeutique garde toute sa place :

- institutionnelle : maintenir le cadre, notamment pour Melle A., le rappel à la loi par l'Hospitalisation à la Demande d'un Tiers, la position du médecin chef...
- thérapeutique de renarcissisation : par une phrase métaphorique : « il faut remplir mais aussi éviter les fuites ».

66. Perrier F., « De l'érotomanie », dans *Le désir et la perversion*, Paris, Seuil, 1967, p. 129-162.

67. Le masochisme moral, dit féminin (au sens de Freud), est une dimension caractérielle relationnelle retrouvée en dynamique des microgroupes ou en dans la dynamique de couple. Dans la conjugalité quotidienne qu'il cimente, il fait des ravages.

Comme méthode renarcissisante, on peut proposer des techniques psychocorporelles : PAC, Sport, Art, Kinésithérapie psychiatrique individuelle ou collective⁶⁸ ;

- psychopharmacologique : antipsychotique et antidépresseurs ;
- en cas d'amélioration nette de la symptomatologie et selon le désir du patient, on peut lui proposer des thérapies d'inspiration analytique.

Conclusion

Nous avons abordé une relation passionnelle pathologique, l'érotomanie, conviction délirante d'être aimé. Cette relation objectale illusoire a une parenté psychologique avec l'état passionnel normal. L'idéation de l'objet élu, l'aspect quasi obsédant de sa représentation, la dépendance, la convergence des intérêts du sujet sur un but unique avec comme corollaire le désinvestissement du monde environnant, le rétrécissement relationnel, en sont souvent des caractères communs.

Pour S. Freud, deux voies conduisent à la passion pathologique : la quête narcissique et le besoin d'étayage que l'on rencontre dans l'érotomanie.

Certaines entités de la passion amoureuse « normale », le besoin insatisfait de l'objet, la nécessité d'un obstacle interdisant la réalisation de l'amour, l'espoir d'une satisfaction possible, se rencontre aussi dans cet état passionnel pathologique.

Dans l'érotomanie, le sujet place une relation imaginaire et projective à l'autre (l'objet). Le sujet forge un délire marqué de la réalité extérieure.

Le concept historique initial de l'érotomanie nous introduit progressivement à l'individualisation du tableau clinique par G. Gatién de Clerambault dans les psychoses passionnelles paranoïaques.

C'est par l'approche psychodynamique que S. Freud et J. Fretet vont analyser l'érotomanie. Pour S. Freud, l'érotomanie est une défense contre l'homosexualité inconsciente. Il résume la relation paranoïaque à : moi (un homme) je l'aime (lui un homme) et l'érotomane y contredit l'objet : je l'aime, elle, une femme.



Kestemberg souligne que l'érotomanie apparaît comme un besoin de **réassurance narcissique**.

Par l'approche clinique classique, l'érotomanie est un processus psychotique qui intervient comme un processus ultime à la tentative de restauration de la personne, comme un évitement du retrait autistique.

Il devient donc possible grâce à la séméiologie, la psychopathologie et la phénoménologie d'aborder la relecture de l'érotomanie d'une manière plus « moderne » par la grille état-limite grâce aux cas cliniques.

En effet, comme S. Freud, J. Bergeret montre que l'Organisation Limite de la Personnalité est liée à une carence de l'objet primaire par insuffisance ou par excès signant la pathologie narcissique.

Nous rencontrons, donc, certains points communs, comme les traumatismes narcissiques, dans les deux observations cliniques : violence des parents, alcoolisme du père... qui pourrait correspondre à des Traumatismes Désorganisateurs Précoces.

68. En individuel : selon certaines règles, le kinésithérapeute avec l'aide d'un infirmier touche certaines zones du corps du patient. En collectif il y a aussi des règles, l'approche corporelle peut passer par la danse.

En conséquence, tout en tenant compte de la sémiologie classique de l'école Française, nous pouvons émettre l'hypothèse que toutes les érotomanies ne sont pas des psychoses⁶⁹, mais pourraient être considérées comme des aménagements économiques pseudo-psychotiques des troncs communs borderline.

D'ailleurs, on constate que les neuroleptiques sont peu efficaces dans les psychoses passionnelles par rapport au bénéfice qu'apportent les antidépresseurs⁷⁰. Il faut donc privilégier le cadre institutionnel en fixant un cadre thérapeutique clair (avec rappel à la loi) et surtout en favorisant une thérapeutique de renarcissisation.

Bibliographie

BAILLAGER J.G.F., « Érotomanie, illusions et hallucinations chez une jeune fille chlorotique », *Annales Médico-Psychologiques*, 5 (1845), p. 147-150.

BALL C., *La Folie érotique*, Paris, 1883.

BERGERET J., « Les états-limites et leurs aménagements », dans *Psychologie pathologique théorique et clinique*, 8^e édition, Masson, 2000, p. 218-235.

CLÉRAMBAULT G. G. (de), « Les délires passionnels : érotomanie, revendication, jalousie (présentation de malades) », *Bull. Soc. Cl. Ment.*, février 1921, p. 61 et dans *Œuvres Psychiatriques*, Paris, Frénésie Édition, 1987, p. 315-322.

CLÉRAMBAULT G. G. (de), « Érotomanie pure, érotomanie associé (présentation de malade) », *Bull. Soc. Cl. Ment.*, juillet 1921, p. 230, et dans *Œuvres Psychiatriques*, Paris, Frénésie Édition, 1987, p. 352-355.

DALE B., EDEL Y. et FERNANDEZ A., *Bien que mon amour soit fou, érotomanies : du regard à une écoute*, Collection Les Empêcheurs de Penser en Rond, 1998, 368 p.

DELAY J., DENICKER J., GALIBERT J., « L'illusion des métamorphoses de l'objet dans l'érotomanie », *Annales Médico-Psychologiques*, Séance du 9 juin 1952.

DIDE M., *Les idéalistes passionnés*, Paris, Alcan, 1913.

DIDE M., « Quelle est la place des idéalistes passionnés en nosologie », *J. Psychol. Norm. Path.*, 1913.

DIDE M., « À propos des psychoses passionnelles », *Soc. Cl. Med. Ment.*, 1923.

ELLIS P. et Mellsop G., « De Clerambault's syndrome, a nosological entity », *British Journal of Psychiatry*, 1985, 146, p. 90-95.

ESQUIROL J., *Traité des maladies mentales*, Paris, Baillière, 3 volumes, 1838.

FREUD S., « Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa (dementia paranoïdes). Le président Schrber », 1911, G. W. VIII, dans *Cinq psychanalyses*, Paris, PUF, 20^e édition, 1997, p. 263-324.

FREUD S., « Communication d'un cas de paranoïa en contradiction avec la théorie psychanalytique (1915) », traduit par D. Guérineau, dans S. Freud, *Névrose, Psychose et perversion*, PUF, 12^e édition 2002, p. 209-218.

FREUD S., « Au-delà du principe de plaisir (1920) », dans *Œuvres complètes Tome XV / 1916-1920*, 2^e édition 2002, PUF, 400 p.

FRETET J., *Les causes affectives de l'érotomanie principalement chez l'homme*, Paris, Alcan, 1937.

FRETET J., « Définition de l'érotomanie », *Soc. Méd. Psy.*, séance 27, 1939, *Ann. Méd. Psy.*, 1939, t. II, p. 517-523.

GENDROT J.A. et RACAMIER P.C., « La névrose d'angoisse », *Encycl. Méd.-Chir., Psychiatrie*, 37330 a 10, 1967.

HOLLENDER M. et al., « Erotomania or De Clérambault syndrome », *Arc. Gen. Psychiatry.*, vol. 32, dec. 1975.

KANT E., *Critique de la faculté de juger (Kritik der Urteils-kraft, 1790)*, trad. A. Philonenko, Vrin, 1968, 528 p.

KESTEMBERG J., « À propos de la relation érotomaniaque », *Revue Française de Psychanalyse*, 1962, 5, p. 533-589.

KRESCHMER E., *Paranoïa et sensibilité*, Imago Mundi, G. Monfort éditeur, 1918, 293 p.

KUNADUS T., *Erotomaniae seu amoris insani*, 1681.

LAGACHE D., *Les Hallucinations verbales et travaux clinique, Œuvre I (1932-1946)*, PUF, 1977, 552 p.

LEVY-VALENSI J., *Syndromes érotomaniaques*, Provence médicale, 1934.

MENZIES R. et coll., « Prédiction of dangerous behaviour in male erotomania », *Br. J. Psychiatry*, 1995, 166, p. 526-536.

PETITJEAN F. et CORDIER B., « L'érotomanie », *Revue du Praticien*, 1984.

PERRIER F., « De l'érotomanie », dans *Le désir et la perversion*, Paris, Seuil, 1967, p. 129-151.

PINEL Ph., *Traité Médico-Philosophique sur l'aliénation mentale ou la Manie*, 1800, réédition Lilly France, 1996, 318 p.

PORTEMER A., *De l'érotomanie au point de vue médico-légal*, thèse, Paris, 1902.

ROUSSEAU J.J., *Les confessions*, Livre I à IV, Gallimard, Folio Classique, 272 p.

SCHACHTER M., « Érotomanie ou conviction délirante d'être aimé. Contribution à la psychopathologie de la vie amoureuse », *Annales Médico-Psychologiques, Soc. Cl. Med. Ment.*, 1923.

SERIEUX P. et CAPGRAS J., *Les folies raisonnantes. Les délires d'interprétations*, Paris, Alcan, 1902.

SERIEUX P. et CAPGRAS J., *Délires systématisés chroniques. Traité de Sergent. Psychiatrie*, t. 1, Paris, Maloine, 1926.

SIMS A. et WHITE A., « Coexistence of the Capgras and De Clerambault syndromes a case report », *British Journal of Psychiatry*, 1973, 123, p. 653- 657.

69. D'ailleurs G. G. de Clérambault disait lui-même que l'érotomanie pure est une entité très rare.

70. Cf. Délire de relation des sensitifs de Kreschmer.

Actualité scientifique

méditerranéenne et occitane

La Cigalière-Sérignan (Hérault) les 9 et 10 juin 2004*

Avez-vous dit... adolescence ?

Avez-vous dit... violence ?

Mais... violence agie ?

violence subie ?

ou les deux ?

Il n'est pas de mon propos ni de ma compétence de transcrire ici l'intégralité des textes qui furent débattus pendant ce colloque par des intervenants éminents provenant de Béziers, Montpellier, Paris, Uzès... parmi lesquels des soignants, des enseignants, des intervenants sociaux, des magistrats, des membres d'association pour enfants, nous proposant d'observer cette toxicomanie endogène qui résulte du besoin acquis d'affaiblir autrui pour se sentir plus fort et se rassurer.



Nous sommes tous concernés par cet événement social qu'est la violence verbale et physique chez l'adolescent, aggravée par la crainte d'entrer dans ce monde des adultes qu'ils ne comprennent pas et ne leur propose souvent que l'incertitude sur leur avenir ainsi qu'une maltraitance socio-économique très difficile à maîtriser.

Hyper exploitée par les médias au moyen d'images choc, la violence n'est pas récente : les conflits entre générations, l'indiscipline ont toujours existé ! Mais l'image de l'autorité et des barrières à ne pas franchir se dégrade jour après jour,

et l'appui familial manque souvent. Même au niveau des enfants, quelle n'était pas la violence montrée au niveau des dessins animés, par exemple : Bambi, Pinocchio, Blanche Neige...

Et puisque nous parlons d'enfants, si nous penchions notre réflexion sur les violences sexuelles ? Le terme abus sexuel est utilisé de façon impropre → abus : en faire trop.

En fait, il ne faut pas en faire du tout : l'enfant n'est pas un objet de consommation. C'est donc le terme d'agression sexuelle qui cerne le mieux ces actes odieux.

L'association « ENFANCE ET SOUTIEN », en collaboration avec le Centre Hospitalier de Béziers, les Services Sociaux, la Justice, la Police, l'Association « LA VOIX DE L'ENFANT » ont créé un « Site pilote d'accueil des enfants victimes » parmi les premiers établissements de France.

L'enfant est écouté dans une salle spécialement aménagée au sein du service de Pédiatrie, car l'écoute est un soin et peut être suivi d'une hospitalisation.

L'équipe d'enquêteurs et magistrats est complétée par la présence rassurante d'une psychologue qui veille au confort de l'enfant.

Les conversations sont enregistrées, pour éviter les répétitions douloureuses car, si la guérison passe par la révélation, l'enfant souhaite ensuite retrouver sa paix.

Deux soignantes (E.G., psychologue et M.H., infirmière en pédopsychiatrie, nous ont fait vibrer d'émotion en nous parlant de leur travail au sein de cette équipe spécialisée.

Car long est le cheminement entre le début des temps de parole et la recherche de moyens de reconstruction, où l'accompagnement au quotidien des enfants victimes est haché de périodes de doute, de mise en danger (TDS, automutilation), de profonde détresse psychologique, recherche des limites de l'entourage où l'adolescent hurle sa douleur, jusqu'à pouvoir parler de son traumatisme sexuel et moral, des conduites à risque et de l'avenir.

« Cela va mieux, lorsque l'on peut y mettre des mots, ces mots de l'effroi, ces maux qui laissent sans voix ».

Heureusement, les soignants ne rencontrent pas uniquement des enfants traumatisés, mais parfois des enfants « rieurs ».

* Compte-rendu de Mila Ramon.

Terminons enfin par une note positive et optimiste : les organisateurs de ce colloque ont tourné un film dans les collèges et lycées de Béziers, projeté séquentiellement au cours de ces deux jours, dans lequel des adolescents d'origines diverses porteurs de projets variés ont pu s'exprimer

face à la caméra, en présence de psychologues, dans une « causerie » sur leurs convictions et préoccupations souvent étonnantes de clairvoyance et d'espoir.

Allons, Allons, y aurait-il encore des adolescents heureux ?

Béziers le 13 décembre 2004 : L'art-thérapie dans la cité – Île était une fois*

L'atelier théâtre est reconnu comme étant un soin extrêmement efficace ; mais réaliser cette activité dans une véritable salle de spectacle, sentir craquer sous ses pieds les planches d'une scène réelle, vivre en direct les réactions du public et, enfin, saluer sous les applaudissements nourris d'une salle comble, voilà l'originalité que l'équipe du Centre de Jour Victor Hugo a fait vivre aux « comédiens », dans le cadre de la Colonie Espagnole de Béziers, lieu culturel par excellence.

Le théâtre d'improvisation fait appel à l'esprit de répartie, à la maîtrise de soi, et là, les acteurs se montrèrent particulièrement à l'aise :

- La cascade d'émotions (surprise, amour, peur...)
- Perroquet façon absurde
- L'île au trésor
- Soap sauce américaine
- Crash aérien (horreur, turbulences, savant fou... penserait-on au film sur l'île expérimentale, avec Marlo Brando ?...)
- Le pêcheur (monde parallèle)
- L'œil du cyclone (façon « arrêt sur image »)



Equipe de l'atelier théâtre du CDJ Victor Hugo.

Pour terminer, l'assistance fut invitée à proposer un thème de bande dessinée : **Tintin et Milou** enlevèrent le choix, et l'on peut applaudir de bonheur en reconnaissant (oh combien !) les divers personnages représentés.

Bravo à Mesdames Magali Lafont (ISP), Pascale Bajard (IDE), Christel Gervais (psychomotricienne), et à tous les participants, pour cette intégration au sein même de la ville.

Béziers le 7 janvier 2005 : Lieux psychiatriques : « Regards et paroles en Mouvement »*

La photographie au service de la mémoire des lieux psychiatriques, pour sortir la psychiatrie de ses murs, en exposant des clichés qui sont des symboles forts de l'enfermement, lors de l'exposition tenue en janvier 2005 au MAIL PLEIN SUD (Espace Chapat, lieu mythique de l'Histoire et de l'économie de Béziers).

Si l'évolution des soins psychiatriques entraîne des changements au niveau médical, l'évolution de la société peut entraîner des changements dans le cadre où sont accueillis les patients.

Lorsque se profila à l'horizon la réhabilitation de l'Unité Banalisée de Psychiatrie (UBP), afin de devenir en janvier 2004 le Centre Camille Claudel, l'évidence d'un devoir de mémoire des anciens lieux, accompagné d'un projet de re-

portage associant les regards et les paroles s'insinua dans la pensée de deux collègues du Centre de Jour Victor Hugo. Avec l'accord de la DGRH du Centre Hospitalier, Mesdames Corinne Calvet-Cubaille psychologue, et Sandrine Gautrand, infirmière DE, contactent un artiste photographe extérieur à la structure, Monsieur Bernard Rivière, qui assurera des prises de vue de l'avant, pendant et après restauration des locaux (son travail sera financé par la DRAC).

Pendant trois ans, des groupes de paroles se sont tenus dans les services ; les patients et les soignants ont pu choisir les clichés, et des ateliers d'ergothérapie ont été créés (avec Sabine Rigot-Lacroix et Jean-Louis Aguilar), afin de permettre le passage à l'écriture des mots devenant des légendes sous les photos.

* Compte-rendu de Mila Ramon.



Exemples :

- « Il fallait montrer qu'il y a une place pour la folie dans la cité et qu'il faut s'en préoccuper, sinon c'est elle qui s'occupera de nous ».
- « Cette réhabilitation annonçait un mouvement différent, il fallait montrer cette chronologie du changement ».



- « Il y avait l'USURE dans l'ancien Centre. C'est un lieu de passage, et soigner des malades, ça USE ».
- Et cette réflexion d'une patiente sur sa chambre de contention : « je n'étais pas seule, j'étais enfermée avec une mouche ».

L'exposition met en scène « la parole, l'échange, la subjectivité, l'idéal de la psychiatrie, le lien thérapeutique, la relation humaine, l'accompagnement... ».

Monsieur Rivière chercha surtout à préserver la dignité des patients, tout en montrant « l'humain » et le quotidien des équipes.

L'exposition sera itinérante en divers lieux de Béziers et de sa région.

Un témoignage vivant sera transmis lors des journées « VIDEO-PSY » à Montpellier (rencontres annuelles et pluridisciplinaires mettant en exergue le travail réalisé en psychiatrie par le biais de la diffusion d'image filmée).

Béziers les 7 et 8 avril 2005
XVI^e rencontres nationales de périnatalité
**« Les émotions et ses incidences sur le fœtus,
le bébé, les parents et les soignants »¹**

Un jour, il y eut la vie...
Un jour, il y eut l'humain...
Et puis, il y eut les émotions...

Oui, les émotions, le langage de l'existence !

Voulez-vous que nous en parlions ?

Alors, venez, entrez dans ce Palais des Congrès de Béziers, où nous attendent des intervenants impliqués et enthousiastes.

Installez-vous donc, mais chut ! ... Doucement, car l'on peut écouter et entendre la manifestation d'émotion chez le fœtus ... Mais quoi, déjà ? Et oui, ce petit être en formation réagit ou se montre indifférent, à sa guise, selon sa curiosité du moment, du déjà entendu ou non, déjà senti ou non, déjà goûté ou non.

Pour établir l'origine des émotions, Messieurs Jean Didier Vincent, de l'Académie des Sciences de Paris et Boris Cyrulnik, neuropsychiatre et éthologue à Toulon, nous prirent à témoin face à l'opposition de leurs théories :

- Biologie et Philosophie ?
- Biologie et Empathie ?
- Philosophie et Sentiments ?

Quant aux moyens d'expression des émotions, il est reconnu que le langage est « la demeure de l'être », la parole une « caresse verbale » pour le fœtus et le bébé à travers la voix maternelle, un instrument de communication et, en même temps, une « violente contrainte pour l'enfant, sous peine de rejet de la société s'il ne peut l'acquiescer ».

Monsieur Patrick Ben Soussan, pédopsychiatre à Marseille, nous parle avec poésie de ce lien mystérieux qui va de soi à soi et de soi aux autres, de ces émotions qui mettent notre vie en couleur, qui seraient la « langue natale » de l'enfant... Le bébé a la capacité de « tendre vers l'autre », même « pointer du doigt » l'objet de l'émotion.

Monsieur Hagege, professeur linguiste au Collège de France, nous démontre la capacité des mots à exprimer un affect, si tant est que celui-ci soit à peine exprimable, accompagné du ton et des mimiques, bien que certaines langues manquent de mots spécifiques : une mère qui perd son enfant n'est ni orpheline, ni veuve : elle n'est rien que douleur...

Et qu'en est-il des émotions du père ? Ne dit-il pas après l'accouchement de sa femme « je suis vidé ! ». Le père le devient dans la solitude du temps « après », et Monsieur Alain Benoît (pédiatre en Belgique) nous rappelle le rôle difficile à jouer pour les soignants auprès de lui.

À propos de ces soignants, Messieurs Michel Dugnat (pédopsychiatre en Avignon), Sylvain Missonnier (maître de conférence à Versailles), Pierre Bouleau (professeur de gynécologie obstétrique à Montpellier), nous entretiennent de la

prise en compte de leur épuisement émotionnel, de la création du « Réseau » et la complémentarité des compétences dans le « Plan périnatalité 2004 », car si la naissance est un moment merveilleux, ce dernier peut être aussi douloureux, lorsque « la nature se prend les pieds, trébuche et aboutit à un déroulement compliqué ou dramatique ».

Les soignants ont là besoin de régulation, d'un temps pour s'asseoir et penser ensemble, accepter d'être faible, écrire pour construire.

Monsieur Paul Marciano (pédopsychiatre, président de l'association Béziers périnatalité) évoque « l'humanité, la poésie, l'admiration et la reconquête d'une certaine unité chez la mère avec son fœtus ».

Madame Catherine Dolto nous apprend l'haptonomie, science de l'affectivité : sentir et éprouver pour nouer et dénouer les émotions.

Il s'agit de la grammaire de la rencontre, dans le ralenti du geste à peine esquissé, du contact tactile tout dans la subjectivité, le retrait de soi, le temps de l'autre, la confiance qui s'installe et permet les phénomènes observables et reproductibles du corps de l'être humain en donnant un sentiment de complétude. Les mains de Madame Dolto sont comme des papillons...

Ces Rencontres de périnatalité s'achèvent dans une ambiance de douceur, de sérénité, comme un baume pour l'esprit, qui manifeste le désir de sentir le tressaillement que débute le souffle de la vie.

L'humour ne fut pas absent, ni la discussion, non plus le charme des accents étrangers : anglais chez Madame Lucy Vincent, espagnol chez madame Margarita Ibañez, de Barcelone.

Rendez-vous est donné pour les 6 et 7 avril 2006.

Thème : Promotion de la santé en périnatalité

Renseignements : Madame Badiola – tél. 04 67 49 87 05.



1. Compte-rendu de Mila Ramon, 9 rue Ernest Renan, 34500 Béziers.

Centre Psychothérapique de Bédarieux (Hérault) le 11 avril 2005 : « Des fondations à la finition »*

Nous sommes au cœur des Hauts Cantons de l'Hérault ; les montagnes verdoyantes et les couleurs vives des fleurs de printemps contrastent avec l'ambiance africaine qui nous est proposée au Centre de Jour de Bédarieux, où se sont rejoints les patients et les soignants des Hôpitaux de Jour de Pézenas, Agde, Béziers – rue Victor Hugo et de l'hospitalisation en intra « Camille Claudel » à Béziers.

Au milieu du jardin se dresse « la case africaine » ; non loin de là crépite le feu allumé sous le « four à poteries ». La construction de ces ouvrages a donné lieu à un travail considérable : réflexion pour développer les idées des participants, recherche de matériel et création d'objets pour concrétiser les projets, réalisés sous l'impulsion des ergothérapeutes Annie Redoulou-Jouaud, Sabine Rigot-Lacroix, Régine Samuel et Nicole Vidal.

L'élaboration de « *la case africaine* » démarre en septembre 2004, et les différentes étapes ont été photographiées pour témoigner de l'évolution :

- Terrassement et préparation des fondations
- Installation des poteaux qui constitueront la structure de la case
- Creusage des fondations des murs
- Installation des murs-palissades et clouage des appuis
- Assemblage de la charpente et pose du capuchon
- Installation des murs, crépis, clouage des ceintures et préparation des roseaux
- La couverture (essayage et habillage)
- Finitions (ligaturage, touillage, barbouillage).

La préparation du matériel nécessita du sens pratique et l'art de la récupération chez les divers « ouvriers » : la « barbotine » (terre rougie par l'oxyde de fer, mélangée à l'eau), la « canisse » pour le toit et les parois, le bois, les poteries à cuire à l'intérieur du four (structure en forme de cône avec cheminée, entourée de papier glacé et barbotine).



Les invités s'essayèrent au barbouillage de la case, travail toujours renouvelé, en raison de la nécessité de colmater après les pluies et le vent.

La surprise vint avec la « cérémonie de remise des prix » (décernés aux divers participants), symbolisés par de véritables « *Césars* » créés à l'aide d'objets métalliques du quotidien (pots, canettes...) façonnés et peints à l'image de la célèbre sculpture :

- **Atelier Poterie**
 - Agde
 - « Camille Claudel »
 - Pézenas
- « **Arpenteurs Chemins de Terre** »
 - Béziers Victor Hugo
- « **Travailleurs de la terre** »
 - Grand prix Bédarieux

La réunion se termina autour d'un convivial goûter, pendant lequel tous purent exprimer leur satisfaction à la vue de la tâche accomplie, et réfléchir à ce que chacun avait retiré de cette réalisation.

Saint Martin de Vignogoul le 21 mai 2005 : Malaise dans la transmission**

La clinique de Saint Martin de Vignogoul et l'association ISADORA ont organisé leur 4^e Journée de Printemps le 21 Mai 2005. Le thème fut celui du Malaise dans la Transmission.

Ce colloque fut ouvert la veille par une conférence de Dany-Robert Dufour, professeur de philosophie. Il nous développa son relevé des mutations en cours induisant l'émergence d'un « sujet post-moderne ».

1 – Changement du rapport à soi : la conquête de l'autonomie, s'affranchissant en partie du sur-moi, entraîne un « égoïsme de défense du petit moi ». Cette montée des égoïsmes est cependant encadrée par un processus de « massification » délivrant chacun du « trouble de penser ».

Cet encadrement de « troupeaux » engendre de nouveaux agrégats sociaux qu'il désigne sous le terme « **d'ensembles égo-grégaires** ».

* Compte-rendu de Mila Ramon

** Compte-rendu de Pierre Evrard.



2 – Les différences entre les sexes d'une part et les générations d'autre part sont de plus en plus bousculées.

3 – Le rapport à l'Autre est affecté par ce qu'il appelle un « emmêlement intérieur » où le sujet se fonde lui-même sans appui extérieur, dans une illusion de toute puissance, une fuite en avant vers les objets offerts par le marché. D'où l'importance accrue des addictions, des dépressions narcissiques, et le déclin des névroses de transfert. Il constate combien la perversion est adaptée à la société actuelle.

4 – La transformation du rapport au transcendantal rend désuet le sujet critique : s'agissant « d'adhérer à soi-même » le succès de techniques de « développement personnel » pour des sujets d'emblée autonomes, fait l'économie des exigences d'une conquête longue et difficile de cette autonomie.

5 – Le rapport au politique occupé par le primat de la « gouvernance », de la « gestion », s'accompagne d'une tendance à la liquidation des « institutions ». « Tyrannie sans tyran ». La promotion de l'anomie associée à une montée de l'intolérance au nom de la morale font selon lui **système**.

6 – Le rapport à la langue change aussi. L'usage pragmatique d'une langue essentiellement référentielle prend le pas sur sa fonction poétique. Les valeurs sémiotiques deviennent computationnelles et marchandes. La « part maudite » de la langue, reflet du « mystère qui nous tient », de cette vérité qui ne peut que se mi-dire est en passe d'exclusion.

7 – Le rapport au savoir modifie la culture de sa transmission.

Il s'agissait d'« instituer », de transmettre toute une culture, indispensable à un être humain « né prématurément ». Désormais on a des « accompagnateurs de savoir » des « coach ».

8 – Le rapport à la Loi est lui aussi en mutation. Le « contrat », un réseau de « décrets » et de « procédures » tendent à s'y substituer. Il prend comme exemple le « plaider coupable » qui implique une négociation contractuelle de la peine.

9 – Dans le domaine de l'Art, l'authenticité immédiate de l'expression du moi tend à remplacer toute considération sur le beau ou le sublime.

10 – D-RD rattache ces mutations au passage d'un capitalisme industriel à un capitalisme financier néo-libéral.

Le sujet a à s'adapter au flux mouvant de la marchandise. Il conclut qu'on est bien obligé de « faire avec » ces mutations, mais que l'on doit faire le travail de « penser » la situation actuelle.

C'est bien le moins qu'un philosophe invite à penser.

Après une présentation par Jean-François Bouix, la journée du 21 a débuté par l'exposé de Albert Le Dorze, psychiatre à Lorient.

Ses réflexions s'appuient sur l'œuvre de Marcel Gauchet. Le malaise dans la transmission, laquelle se déroule dans un sens unique selon un axe temporel, provient de l'importance prise par la **communication**, laquelle s'organise de façon spatiale et réciproque.

Il développe ce que Marcel Gauchet a distingué : les 3 âges de l'inscription psychique.

1 – Celui de la personnalité traditionnelle où toutes les normes préexistent à l'individu qui les incorpore, où les religions lient les parties et le tout, où chacun reçoit son assignation dans la société, où la dette aux Dieux s'impose, où l'art imite la nature : c'est un monde sans inconscient, les thérapeutiques sont cathartiques, magico-religieuses, hypnotiques. Elles procèdent d'une efficacité symbolique.

2 – A l'âge de l'individu moderne, bourgeois, depuis la révolution jusqu'aux années 60, on passe de l'hétéronomie à l'autonomie. Le monde devient « désenchanté ». La liberté de critique, celle des choix amoureux ou professionnels se conquièrent, la responsabilité individuelle devient la valeur suprême. L'identification post-oedipienne aux grands hommes exemplaires assure la transmission. Elle tisse un lien entre les vivants et les disparus. Cela s'accompagne d'un renforcement du sentiment de culpabilité (angoisse devant le sur-moi).

Le sujet moderne s'appuie sur l'histoire pour qu'elle change. De nouvelles lois se fabriquent. La subjectivité se fait citoyenne. La sortie de la religion engendre de nouvelles idéologies. L'art pour l'art devient une nouvelle religion laïque.



3 – Le 3ème âge est celui de l'individualisme qui voit l'effacement des traces du Père. De nouvelles combinaisons de socialité et d'asocialité voient le jour. La transmission est réversible. Être soi-même, en auto-référence, voué au droit de consommer. La recherche de la vérité du sujet n'est plus indispensable. Le trauma se substitue au fantasme. On assiste à de véritables « névroses de guerre économique ».

Le savoir est disponible de façon immédiate dans le « magasin » d'internet. La nouvelle économie psychique (Ch. Melman) rend compte du règne d'une subjectivité sans sujet appuyée par l'idéologie du développement personnel.

Le Dorze constate que psychose et perversion avec leurs mécanismes de clivage et de déni, prennent le pas sur les conflits intra-psychiques de la névrose.

L'évolution de nos sociétés, étudiée par des penseurs critiques comme M. Gauchet et J. Habermas rend compte des mutations de la clinique.

L'exposé de A. Le Dorze a été ponctué par ce qui a été pour nous tous un événement troublant, extraordinaire puis émouvant.

La voix de F. Tosquelles retentit dans les hauts parleurs. On crut tout d'abord qu'un enregistrement avait été lancé.

Puis sorti du fond de la salle apparut un homme en costume noir, un micro à la main. Il s'agissait de Christian Mazzuchini, comédien nous livrant la parole de Tosquelles et sa voix qu'on disait inimitable.

Le travail « d'imitation » est en tous points remarquable.

La truculence avec laquelle on entend qu'associer librement en psychanalyse est une invitation à déconner, et que personne ne déconne vraiment est jubilatoire.

Mazzuchini s'est fondu dans le personnage de Tosquelles. Il présente avec succès son spectacle « psychiatrie et déconnerie » qui tourne dans divers lieux psychiatriques.

L'entendre apporte cette part de rire nécessaire à la nostalgie.

Puis ce fut l'exposé de Dominique Rousseau, qui bien que professeur de Droit et membre du Conseil Supérieur de la Magistrature, ne manque ni d'humour ni de pouvoir séducteur. « De quel droit transmettre ? » – « Et quel droit transmettre ? ».

En effet il considère que les éléments du droit sont fragilisés.

Le Droit se dé-robe.

Les « foyers normatifs » se multiplient, et souvent rentrent en contradiction les uns avec les autres. Une sorte de « contractualisation généralisée » fait que le Droit n'est plus dans la Loi.

Le Droit se « fabrique » moins au Parlement. Ce sont de plus en plus les juges qui font le droit. Il n'y a plus que des cas concrets. Le droit est surtout jurisprudentiel. Le fondement des réponses juridiques manque de référent disponible pour les juristes. La « nature », l'« Etat » sont des référents chahutés. Le manque de transcendance profite à une vision horizontale du Droit. La « transcendance » se réfugie dans la « délibération publique ».

Sa conclusion semble receler des accents post-modernes : il faut s'émanciper du droit transmis par les générations précédentes. Ne pas transmettre pour sauvegarder la liberté d'invention.



Les juges selon lui n'échappent pas de toutes façons à cette contrainte : ils font de la politique en faisant du Droit. Le droit étant une interprétation c'est du politique.

Philippe André nous introduit au problème de la transmission dans la rencontre entre un patient et un psy dont les cultures sont différentes.

Toute transmission nécessite un processus de « traduction ». « Nous creusons la fosse de Babel » (Kafka).

Il présente ainsi :

- Soliane Zribi, psychiatre à Tunis qui exposera un cas clinique pour traiter les questions posées par le « soin aux étrangers ».

En effet, il rencontre un jour une femme française à la suite d'une TS par benzodiazépines + alcool. Elle est cadre dans une entreprise française délocalisée en Tunisie.

Elle demande un rapatriement car elle ne veut pas être soignée par un arabe. Elle pense que femme, libre sexuellement, buvant de l'alcool, occupant un poste où elle commande à des hommes, un psychiatre arabo-musulman ne pourra jamais la comprendre.

Zribi nous retrace avec détails les entretiens qu'il aura avec elle, démontant tour à tour ses arguments selon une méthode **cognitiviste**.

Puis ce fut la **phénoménologie** qui fut à l'honneur avec Brigitte Leroy-Viemon. Elle nous fit pénétrer dans le mystère de ce qu'est une transmission réussie. Elle évoque la climatique de la métatransmission où interviennent la force charismatique du transmetteur et le réveil du « goût pour l'existence » qu'il suscite.

La rencontre, le contact sont envisagés sur les plans :

1. Topique : une « instance originaire » (Piera Aulagner) préside au contact avec le réel – Espace thymique, pathique.
2. Dynamique : « l'éprouver », « le sentir » (E. Strauss).
3. Economique : l'hospitalité, le pacte d'alliance.

En fin de compte, la disposition à la transmission est non seulement une affaire de Psyché mais aussi une affaire de « cœur »...

Elie Winter et Noémie Lamarsalle nous permettent de ne pas désespérer des jeunes psychiatres. Ils refusent de se plier au « déni de la subjectivité » qu'un enseignement pseudo-scientifique introduit. Ils savent que la transmission naît d'une « rencontre », et qu'il s'agit là de **désir** et de « compagnonnage ».



Blandine Ponet, infirmière, envisage la transmission à travers le bouillon de culture d'un milieu de vie communautaire.

Guy Dona, psychiatre et psychanalyste à Lonjumeau, met en lumière les « négations contemporaines » à l'œuvre dans toute une rhétorique de « discours étatiques ». « Transparence », « fragmentation », « équivalence », « adéquation ». On vit une dissociation entre le travail qu'on fait avec les patients et « l'évaluation » exigée. C'est ainsi que les « enfants qui bougent » et que l'on met sous ritaline sont ceux qui dans l'Autre n'ont pas reçu de confirmation d'une fiabilité de la parole. Il énonce trois « **principes de transversalité** » pour guider une résistance à ces discours.

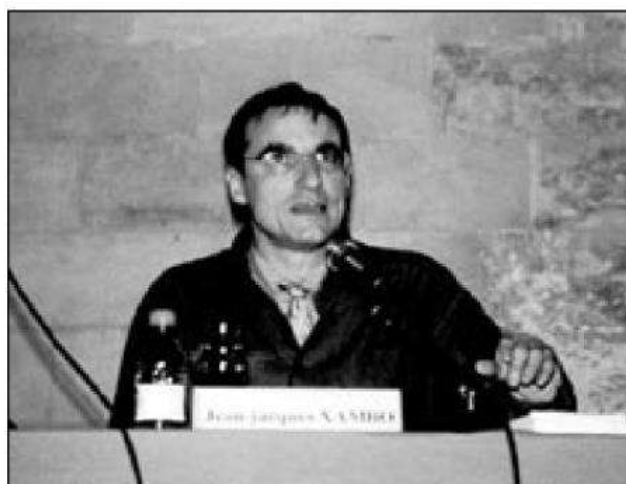
1 – Un principe de ternarité. En référence au je-tu-il de Serge LECLAIRE, il s'agit de dépasser le binaire qui nous envahit par la réintroduction d'un tiers. Manière de « refonder l'institutionnel ».

2 – Un principe de mémoire, au sens de la psychanalyse, où la « vérité » de l'origine se manifeste toujours dans un après-coup. Il s'agit de recommencer pour éviter de répéter.

3 – Un principe où la langue s'offre comme un dédale où l'on se perd dans l'oubli pour se retrouver dans l'énonciation. Il s'agit pour le psychotique de création d'un « lieu psychique » où s'appuyer.

Jean-Jacques Xambo, nouveau responsable du « Centre de Jour Gérard Bles » à Saint Martin, fit appel, pour évoquer la transmission, à la figure mythique de Mentor. C'est à lui qu'Ulysse avait confié l'éducation de Télémaque lorsqu'il partit pour la guerre de Troie.

C'est à travers la recherche de l'objet perdu que s'effectue toute véritable transmission.



Jean-Jacques Xambo.

C'est Hervé Bokobza qui clôturera cette journée par une intervention militante sur les enjeux de la transmission en psychiatrie.

S'appuyant sur l'histoire de la psychiatrie en rapport avec l'histoire tout court, il s'alarme que depuis les années 80 la transmission se soit adaptée aux lois du marché, se limitant à l'enseignement de **savoirs jetables**, voire à enseigner l'ignorance. On serait passé d'un « savoir d'excellence » à des « savoirs ordinaires ».

Les paradigmes de la psychiatrie ont été successivement

- l'aliénation,
- la maladie mentale,
- la structure psychopathologique.

Nous sommes en train de vivre une évolution où se combinent plusieurs niveaux

- on juxtapose des théories que l'on transforme en techniques,
- on affirme l'origine multifactorielle des troubles,
- on remplace le soin par les 3 R : Rééducation – Réadaptation – Réhabilitation.

Ces 3 niveaux ont en commun :

- une absence de hiérarchisation,
- un refus de réfléchir à ce qui prédomine,
- une absence d'articulation entre ces niveaux.

A s'en tenir à l'immanence des symptômes qui se suffit de sa propre épaisseur, on ne repère plus de processus à l'œuvre.



Hervé Bokobza.

H.B. s'appuie sur la critique des DSM par G. Lanteri-Laura pour mettre en cause :

- l'obsession statistique,
- le règne des signes,
- l'abus des questionnaires,
- la quantification à outrance,
- la protocolisation.

Il rappelle que rendre des comptes n'est pas rendre compte (de sa pratique).

Il dénonce un « **consensus du renoncement** » où se lient les 3 P : Peur – Prévention – Preuve

au service d'une volonté de maîtrise à l'aide de ces nouveaux « savoirs jetables ». Comment dès lors transmettre le fait que la psychiatrie n'est pas une discipline comme les autres ?

H.B. place l'enjeu sur un terrain politique danokos la me-

sure où l'ultra libéralisme et les technologies mettent à mal l'ordre symbolique lui-même. Il ne s'agit nullement chez lui de sectarisme, les neurosciences ont recueilli son intérêt, seule leur utilisation idéologique fait problème.

Cette journée fut donc celle d'un constat des mutations à l'œuvre conjointement dans la société et dans la psychiatrie. Avec le vent soufflait un esprit de « résistance ». La plupart se gardèrent de toute illusion rétrospective (du genre c'était mieux avant).

Il s'agit de « penser » nos pratiques et nos institutions en évitant que la critique du « post-moderne » ne soit qu'une autre « bien pensance ».

Hervé Bokobza et Patrice Charbit prévoient un séminaire poursuivant ce travail. La psychiatrie, au carrefour de multiples disciplines est selon eux à resituer dans le cadre de la République.



Notes *de lecture*

Un psychiatre dans le siècle « Rencontre avec Roger GENTIS » Patrick FAUGERAS

Cet ouvrage est une rencontre avec Roger GENTIS, un psychiatre qui ne se veut ni exemplaire, ni représentatif d'une génération, d'un courant, voire même de « La Psychiatrie ». Psychiatrie dont il ne sait encore aujourd'hui, dit-il, si elle a existé un jour, ou si elle est morte comme on le laisse entendre parfois. Cette rencontre se déroule sous forme d'un long dialogue entre amis, un entretien mais que s'agit-il d'entretenir ainsi ? L'espoir de changement ? Le livre noue trois fils :

1. Celui de l'histoire de la clinique psychiatrique, de sa formidable (r)évolution dans les années glorieuses de la discipline qui firent suite, depuis l'immédiat après la Deuxième Guerre mondiale jusqu'au début de ce ^{XXI}^e siècle, siècle qui se dévoile et s'impose comme si matérialiste, individualiste et intolérant qu'il fait frémir. En Quarante années de pratique, Roger GENTIS a tissé et retissé ce fil dans tous les sens, y apportant parfois sa contribution personnelle. Conformément à son caractère, il l'a immédiatement liée à l'action, c'est à dire à la relation d'aide aux malades, à travers la naissance des psychotropes qu'il a vécue mais aussi dans la maturation des processus psychothérapiques sous toutes formes possibles.

Sur quelques décennies, ont été échafaudés des concepts opérants. Les thérapeutes ont su réfléchir, tenir compte de

leurs erreurs, de leur histoire, ils ont resserré les boulons jusqu'à déployer en un panel cohérent, un moyen puissant de changement, d'apaisement, de soins lorsqu'ils peuvent se voir appliqués.

Lorsqu'on constate aujourd'hui que sous prétexte de modernité et de pragmatisme, c'est un infâme brouet, clair et besogneux, que l'on promeut ostensiblement sous le nom de « psycho-éducation » ou de comportementalisme, on mesure l'étendue du recul et de la perte de substance à venir si certains, comme Patrick FAUGERAS a travers cet ouvrage, ne faisaient œuvre de passeur, de témoin pour des générations à venir, celles qui succéderont au chaos (KO) technique actuel de la psychiatrie.

2. Le fil de l'écriture fut prégnant et structurant dans l'œuvre de Roger GENTIS qui a beaucoup écrit personnellement (« Les murs de l'Asile »), a publié de nombreux articles, y compris dans la « Quinzaine littéraire » ou dans « Charlie Hebdo ». Il a également « fait publier » en tant que directeur de collection chez Maspero puis en imposant des textes issus des CEMEA, initialement destinés à un public d'infirmiers psychiatriques mais avec le succès, confiés à un public bien plus large. Cette expérience de l'écriture permet à Roger GENTIS de dénoncer aujourd'hui certaines aberrations comme « l'écriture gestionnaire » qui pollue, entre autres choses, cette aberration moderne qu'est le « dossier infirmier », cette écriture passée au crible pour ne surtout rien dire.

3. Le fil de la formation : la triade de la formation psychiatrique qui a fait des nœuds boroméens avant l'heure « car si on coupe un des trois filaments, tout se dissocie » (p. 146) implique que tout intervenant en psychiatrie doit être à la fois un travailleurs social, un psychothérapeute et un spécialiste en neurobiologie. S'étant attelé très tôt dans sa carrière à faire vivre cette formation, aujourd'hui retraité, Roger GENTIS continue à transmettre, permettre, et cela est aussi une leçon de vie : la « formation continue », oui, la Formation continue... Le combat continue.

DB

Éres Edition, 2005 – www.edition-eres.com



Roger Gentis devant le stand de l'UNAFAM (Fleury les Aubrais – 1973).

Culture, Fantasme et folie Dialogue avec Salomon Resnik Pierre DELION

Cet ouvrage, accueilli dans la collection qu'il dirige chez Éres par Michel Dugnat, permet d'approcher la pensée fulgurante d'un psychanalyste méconnu, un maître dont la riche carrière a traversé la moitié du XX^e siècle, sur plusieurs pays et plusieurs continents (de l'Argentine où adolescent il rencontra Freud sur la couverture d'un livre « érotique », à l'Italie et la France).

Salomon Resnik, modeste puisqu'il se considère comme un clinicien et non comme un philosophe, incarne en premier lieu l'articulation nécessaire entre les sémiologues du XIX^e siècle et la pensée psychanalytique. Il nous enseigne que le décryptage du langage du corps ainsi que de la relation intime de celui-ci avec l'expression verbale ont beaucoup, encore et toujours, à nous apprendre, à nous enrichir. Entendre plutôt qu'écouter, regarder, observer, plutôt que voir, prendre le temps d'apprécier la syntaxe corporelle des sujets qui nous interpellent, respecter le cadre psychanalytique au lieu de se laisser dériver avec les modes, autorise à des phénomènes fondamentaux qui sont de l'ordre de l'indicible de prendre noms, donc sens. Et de ce sens accepté, toujours, naît le changement. Ainsi, l'expérience de Resnik est une philosophie de la clinique qui nous suggère un espace pour la pensée, une opportunité pour la rencontre. Elle bonifie le processus complexe de reconnaissance des trésors d'invention que nous apportent nus et crus (ou le plus souvent masqués et dénaturés par les conventions relationnelles) nos patients psychotiques : « L'avenir thérapeutique réside dans

la possibilité de s'aventurer, avec les patients, dans le paysage du transfert pour dé-couvrir, dé-masquer et ramasser les morceaux éclatés ». Ces patients nous apprennent à vivre tout autant que nous les accompagnons dans leur tentative de survivre dans un étrange « monde interne » et dans un espace mental (psychotique) manifestement surdimensionné pour l'étroitesse d'une société matérialiste et bornée par le biologique. Lorsqu'ils nous donnent à percevoir leur dépression narcissique, « il ne s'agit pas de la perte d'un objet, il s'agit surtout de la perte d'une partie de son Moi », nous comprenons bien qu'aucun antidépresseur ne peut s'opposer et qu'il va falloir, sans être iatrogène, avant tout abonder et réparer ce Moi !

Tout au long du livre, dialogue entre deux virtuoses du mot et de l'association d'idée, des notions s'entrechoquent et poussent le lecteur à s'interroger « un peu plus loin » sur sa pratique de la vie, aussi bien professionnelle que personnelle.

En fin d'ouvrage, un glossaire des noms cités constitue un repère, utile aux étudiants mais aussi à tous ceux qui las d'être formatés par les « nouvelles approches » cherchent à se replonger aux racines de l'art d'aborder le psychisme d'autrui, en souffrance ou en questionnement.

DB

Éres Edition, 2005 – www.edition-eres.com



Le coin littéraire

Le blanc, le noir et le gris ou Relation entre manque à gagner et trou perdu

L'auteur de cet article anime un atelier d'écriture à l'hôpital. Son texte est un essai, sur le modèle des exercices travaillés avec les patients. Il est une ponctuation clôturant ce dossier de Psy Cause consacré aux écrits des professionnels du Centre Hospitalier de Montfavet.

« *Au clair de la lune, mon ami Pierrot, prêtez moi ta plume, pour écrire un mot* »

Quelle est donc cette lumière qui pousse à écrire au milieu de la nuit ? Lumière blanche pour que l'encre noire se dépose sur le papier blanc, comme trace de ce que nous portons en nous de nuit. Nuit diurne obscurcissant nos jours au point de manquer à percevoir. Un texte s'illumine de perceptions manquées, il « *marque page* », et fait date. Prenons l'exemple de Rimbaud :

« *A Noir, corset velu de mouches éclatantes.....* »

« *E Blanc, candeur des vapeurs et des tentes....* »
(Voyelles)

Présumé de l'éclat de lumière pendant les 9 premiers mois de la vie, l'enfant baigne dans un bain de sons ponctué par le langage, lui-même rythmé par le souffle. L'éblouissement naîtra de ce continent noir, humide et féminin dont Freud, comme tant d'autres, se gardera bien de s'approcher de trop près.

Contrainte de pro-création, ce moment fécond du désir : cette répétition « né en vie néant vie n'est envie mort en vie, envie de mort.... » est rythmée elle aussi par une contrainte astronomique, celle de l'alternance du jour et de la nuit ; Cette contrainte est à l'échelle de notre Impuissance. Impossible, avec les mains de retenir le jour ou de repousser la nuit. Le corps a ses limites. Avec l'esprit, les possibles sont de tous les temps, la pensée est intemporelle, lumineuse, elle va électrifier pour immortaliser les couleurs. La fée Électricité va repousser au loin le déterminisme de l'obscurité silencieuse, et rares sont devenues les poètes qui écrivent encore au clair de lune !

Ne rien voir est donc perçu, si on peut s'exprimer ainsi, comme un « *manque à gagner* ».

La théorie seule, en garde-fou, marque les limites, tout le reste n'est que flou artistique, le Noir et le Blanc sont trompeurs, le Blanc est le mélange de toutes les couleurs quand il se confond avec la lumière, le Noir est un « pré-dateur », il les dévorent et s'en réchauffe, quant aux couleurs, elles sont un déjeuner de soleil, le spectre de ses rayons en vé-

ritable prédateur, lui aussi, reprend ce qu'il a donné. Seule théorie du vivant, la mort est sûre. C'est un extrait de vie, c'est un « *trou perdu* ».

L'espace ainsi laissé vacant peut ou non se cicatriser. En deuil d'absolu, les différents degrés de gris seront le reflet conjugué de ce que l'Homme porte en lui de sujet.

Manque à gagner comme

1- Idéal à atteindre

Le Blanc serait pureté, propreté, clarté, éblouissement, vérité, sécurité, limite, frontière entre la vie et la mort, couleur clinique de l'Hôpital, des corps saignés à blanc, blouse des soignants, blues des Noirs broyés qui ont du bleu à l'âme faute d'avoir réussi un mariage blanc, blquette de la dernière étincelle dans les cendres de la cheminée, douce mélancolie, que le blanc réfléchit, en silence faute de paroles.

Le Blanc est « Idéal », il voyage à 300 000 km/s. Il est territoire, la lumière montre l'espace. Le reflet dans le miroir est instantané, Narcisse n'attend pas. En cela, il s'oppose à Echo. La pleine lumière éblouit, donne à voir, et rend aveugle. Anges ou fantômes, ces êtres de lumière cristallisent en nous l'angoisse du manque et nous content le vertige de l'innocence perdue. En Blanc dans le texte, le manque sépare, répare, il cache, il donne à écrire, à signer, à imaginer. Au XVIII^e siècle, les poètes Anglais, marins dans l'âme, ont « *a-rimé* » les vers blancs dans le fruit de la poésie. *Gérard Pommier, dans son livre « Les corps angéliques de la post modernité », écrit : « ... *Le poète est un assassin qui s'ignore : sa littérature, c'est ce trait de plume qui subsiste après l'envol d'un ange* ». (page 25)

« *Et le temps qui s'en va, hibou noir ou colombe,
Dessine au vieux cadran de pierre et de métal,
Une aile d'ombre oblique où fuit le jour qui tombe* ».
(Henri de Régnier) La Cité des Eaux extr. L'Heure

En écriture, tout se passe comme si les mots rayaient la lumière, comme s'ils imploraient du haut de leur innocence, son pardon de lui faire de l'ombre. Tout le monde ne peut envier Peter Pan, ce petit garçon sans ombre qui ne voulait

pas grand-dire car cela impliquerait mourir, c'était un être angélique en correspondance avec son créateur.

*Vers blancs = Vers sans rimes

Manque à gagner

2. de la vie

Il introduit le conditionnel, le « si » qui libère, mais qui endette. Filet protecteur, donc rassurant qui prévient chutes et rechutes lors des congés d'essai, Attache virtuelle et conjugale d'un ange équilibriste dont on a coupé les ailes. Le « si » est une canne à pêche ancrée dans le présent, dont le fil est lancé dans la rivière, et suit le temps en courant. Pêche à la ligne, l'écriture jetée dans l'avenir retombe dans le passé, et enjambe le présent, c'est le pont, qui nous a sorti de la pré-histoire, c'est le « pont-sens » qui lève le voile noir de nos racines. Le « si » de toutes les hypothèses alimente les recherches, jouant avec nos neurones comme un artificier avec le feu. Le « si » construit l'avenir meilleur. Bec, patte, canne, came, la Blanche autorise.

Blanc comme Manque à gagner sur le temps mort des désirs non réalisés, frustration de tous les possibles, dont l'inconscience nous pousse à agir. Pulsions sublimes qui nous propulseraient toujours en avant, comme si la création était un devoir de mémoire accroché au monde des vivants, narcissisme oblige...

Manque à gagner

3. au jeu de hasard

Blanche est la poudre qui fait reluire la vie, qui soigne ou qui guérit, blanche est la balle qui fait semblant, blanche est l'arme qui, en silence, saigne à blanc. Viande, vin, pain, légumes, argent, il en cuit de vouloir y goûter. Aveuglement de brillantes réussites, le miroir aux alouettes est un irrésistible aimant du faire.

Le manque à gagner est une perte virtuelle, il représente la faillite du vouloir, les limites du pouvoir, c'est-à-dire l'impuissance du moi à désirer. Qui peut jouer sans tricher ? Par quels jeux d'écriture bancaire, peut-on se libérer de la dette ? De quelle réalité parle-t-on quand on veut faire « comme si ». Les enfants excellent à ce jeu là, ils jouent à « papa-maman », ce ne sont plus de petits anges. Le Manque a gagné, c'est le « je » du faire semblant (sans, sang blanc).

Ne pas avoir osé jouer avec le feu, peur du risque, peur de trop voir au point d'en perdre la vue (Edipe, Tirésias). Celui qui se fait avoir, n'y voit que du feu, quel est donc ce feu qui rend aveugle au point de ne rien voir ? « Feu Monsieur ou Madame » lorsque l'on parle d'un mort, feu l'identité du sujet perdu. Lumière gagnée, parce que perdue. Névrotique ou psychotique, la blancheur n'existe qu'encadrée de deux points noirs, celui du début, issu des limbes, terme de grossesse donnant la vie, et celui, petit dernier sur la feuille blanche qui ponctue le mot de la fin, terme du livre.

Contraste lumineux entre Eros et Thanatos, la difficulté d'exister est un trou noir. Trou Noir, densité d'une souffrance infinie. Entre l'étincelle psychique, lieu d'une ful-

gurante lucidité, effet de surprise face à d'inconscientes retrouvailles, et l'éclipse qui cache avec un masque noir la lumière et la raison, ces instants extrêmes dans la vie du sujet lui font courir des risques, le risque de perdre du temps, le risque de se perdre.

Jeu de dames, jeu de paume, golf, échec et mat, le jeu est le luxe nécessaire de la primauté du singulier. Peut-on comparer la très grande vitesse de la lumière à celle de la pensée ?

Verbaliser un récit, par oral ou par écrit, c'est prendre des chemins de traverses, c'est domestiquer la matière de la pensée de telle sorte que le visible fasse écran à l'indicible.

La Lucidité est la brosse à reluire de la solitude : (extrait)

« Le mur était devant. Noir. Était-il loin ? Était-il près ? Il était présent. Il était obstacle. Il y eut un cri ; un cri pointu jaillissant de derrière lui ; si aigu, qu'il le transperça comme une aiguille. La lumière s'y engouffra, sans détour, tout droit. Le Noir chancela, des yeux fixaient le point lumineux, et le silence fut peint en gris. Peu à peu, le mur diffusa le rayonnement, se l'appropriant. On vit apparaître les pierres, les aspérités, les fêlures, les trous. Le mur était corps. Murmure des mots noirs sur le papier dessein. Il resta en face de la page miroir comme au pied du mur, pour se projeter en plein blanc.

Frotter, frotter la surface pour approfondir le toucher de la connaissance, lustre la matière pour qu'elle réfléchisse la lumière. Tandis que sous terre, la petite taupe obscure s'acharnait à effacer, par le va et vient de sa fourrure, une colonie de vers luisants qu'elle aurait pris pour des fuites de soleil ».

R.G.T.1987

Le TROU PERDU

Espace réduit de vie, avec ou sans liberté, choisi ou non, un trou sous entend une fuite dans la continuité sociale. Se perdre loin des regards, met en demeure de faire le deuil de tout ce qui manque. C'est vivre à l'ombre, loin des lueurs de la ville. Il faut cependant y « faire son trou », y trouver sa place. Cela nécessite de s'être libéré de la dette. On ne peut s'empêcher de penser à la situation paradoxale de la CPAM, aux champs de mesures infinies, qui s'engouffre dans une lutte acharnée du pot de fer contre le pot de terre, avec, pour finir, un enterrement dans les blés, naturellement fauchée elle aussi. Dans le Noir, mieux vaut taire que faire. Système en deuil de ses propres illusions, le social n'a plus le moral, il a besoin de soins.

Identifiée depuis des lustres comme « noircitude » (pour ne pas oser dire négritude) la mélancolie semble être ce retournement sur soi où le trou noir de l'oubli de soi est comme un miroir sans tain, ne pouvant plus réfléchir la lumière, donc un espace retourné vers l'intérieur où le temps est aboli : révolution. Tout semble se passer comme si ce trou perdu du temps était soumis à sa restitution d'une manière pulsatile, inconsciente, et maniaque. Rattraper le temps perdu, échapper au trou noir, vivre en accéléré pour rattraper la lumière, et se précipiter dans un autre trou,

celui du gouffre financier, l'horloge psychique est à ce point dérégulée, le sujet a confondu voir et avoir. Le désir est une histoire de temps. Dans le Noir, le temps perdure.

Trou Noir, boîte noire, nuit sans lune, trous de mémoire, dans quel abîme est tombée la lumière, dans quel trou perdu, insensé, loin du regard avons-nous été absorbés comme elle par le papier buvard de notre corps. Eclipse du deuil, éclair des orages, flash toxique, moments exquis de la surprise, un instant le souffle est coupé, impuissance oblige. Puis, le cerveau s'obscurcit, la personne ivre est noire, car ses pensées sont noyées comme au temps archaïque du continent noir. La couleur noire absorbe la chaude lumière et se nourrit de l'absence, elle ne réfléchit pas. Comment ne pas citer Paul Verlaine (dans « *Le poète et son ombre* » de Paul Eluard, p. 164, Seghers 1963) :

*Un grand sommeil
Tombe sur ma vie :
Dormez, tout espoir,
Dormez, toute envie.*

*Je perds la mémoire
Du mal et du bien.
O la triste histoire.*

*Je suis un berceau
Qu'une main balance
Au creux d'un caveau :
Silence, Silence !*

TROU NOIR de L'INVISIBLE

A être dans le noir, cave, grenier, cabinet, chambre, on touche et l'œil se tait. L'écoute est vitale. Elle localise.

Travailler dans l'ombre procure un bénéfice que la jouissance rend lumineux. Les poèmes, fruit du travail inconscient de la nuit, sont écrits pendant le jour... documents secrets que l'encre sympathique révèle au feu de la lampe.

Pour les Grecs, le mot « *tuphos* » signifiait à la fois « *invisible, et aveugle* ». A Sparte, on tuait les enfants aveugles de naissance, car être vu sans voir était impensable. Les sourds n'étaient pas mieux lotis, leur absence de parole signifiait une absence de pensée et donc un handicap incompatible avec la vie. Pour eux, la poésie était voyance, elle traduisait l'invisible, elle était une peinture sonore.

L'œil, dans son orbite, comme une planète, tourne dans son trou noir et s'accroche à ce qu'il peut pour ne pas tomber... ancre sympathique à une relative réalité, il prévient la chute, mais avec un tel excès qu'il ne peut dormir, quand prescrivons-nous des comprimés hypnotiques de couleur noire ? Les mots s'accrochent au fil des idées et se balancent sur les feuilles pour ne pas tomber, hors du temps, dans un trou de mémoire. Seule issue possible du labyrinthe des pensées, le fil du discours est sous-tendu par le lapsus, court-circuit de l'inconscient, qui met à jour le sujet dans le corps de la lettre et donne naissance au poète. Quant aux écrivains, enchaînés à l'écriture, ils essaient, comme Prométhée, de survivre au délit d'avoir voulu dérober le feu de Dieu, ils luttent contre le vertige.

TROU NOIR du MANQUE

En Occident, couleur du deuil, le Noir montre le manque que l'absent ne cesse d'y laisser, les couleurs sont dans la tombe. Il traduit le roman familial. Le noir dispense de la parole, il ne s'interprète pas. Le Noir signe et s'inscrit dans un signifiant collectif, il écrit noir sur blanc l'absence de désir car il a dévoré toute la lumière. La bête noire du temps qui passe grignote avec humour le regard d'un œil au beurre en colère. Chambre noire d'une cellule d'isolement, « *la came-isole* » sépare et coupe du monde. Instinct archaïque de survie, le besoin a quitté le champ du désir. La caisse noire d'un travailleur clandestin n'a rien à voir avec la boîte noire du secret qui détient une vérité à révéler. Le Noir est à l'épreuve du temps. Il ne peut rester dans l'ombre sans courir le risque de s'y perdre. Un peu plus loin, la mélancolie s'engloutit, comme une pellicule noircie par un éclair de lumière. Le présent est fixé, immobile.

La Faute est Majuscule.

Avant, après ; dedans, dehors, en temps et en lieux, l'être se dénonce, il est souffrance, ses larmes sont des perles de lumière échappées de l'ombre.

Ni tout blanc, ni tout noir, le sujet en souffrance, en manque de mots est comme une balle hors jeu qui se sauve par ses écarts, entre enfer et paradis, pour se jouer du filet, au risque de perdre ses repères et la partie...

C'est ainsi que la lumière contient ses zones d'ombres et que la nuit n'est jamais suffisamment noire pour engloutir les corps. Dans le banquet de Platon, il est dit : « *...le mâle était un rejeton du soleil, la femelle de la terre, la lune enfin qui participe de l'un et de l'autre ensemble....* » Les regards sont tournés naturellement vers le ciel, car c'est dans la lumière que l'on a l'idée de la révolution ; le marié est en noir, la mariée est en blanc, leur union va engendrer la lune, c'est-à-dire le poète, c'est-à-dire le gris...le Saint-Esprit.

LE GRIS POUR CONCLURE

Ni tout noir, ni tout blanc, l'être oscille et feint de se fondre, illusoire équilibre, dans un anonymat tranquille. Le gris est doux, fourrure, cheveux ou cendres, il protège de la lumière, de la nuit, et du temps qu'il fait, il est chimique, crée de toute pièce de la main de l'homme grâce à sa neuronale substance. Cette apparente neutralité aura permis de raccourcir la transmission de l'information et sa diffusion planétaire à une vitesse tendant à se rapprocher de celle de la pensée : c'est magique ! Le corps est absent de cette écriture là, on est loin de l'expérience graphique du crayon de papier, qui permet d'écrire et de dessiner en gris toutes les couleurs, qui sert de brouillon, se gomme, s'efface, et contient ce côté magique de l'éphémère. Ecrire avec un crayon, c'est comme sculpter les lettres, les mots, les phrases ; sensuellement, les doigts donnent du sens à la pensée. Le plaisir les accompagne. Le toucher des uns pourra toucher les autres. C'est ainsi que la mine docile s'use, s'aiguise, se taille, s'arrondit, se creuse, se casse, elle est visage. Minérale, (mine est râtre) la grise mine a le cœur touché, la vie n'a pas répondu à ses attentes de soleil.

L'écriture est ex-terminée.

De fait, le gris n'est jamais neutre, il est fait de partage, il négocie, et si la nuit tous les chats sont gris, c'est peut-être pour tromper les souris...

Tout aussi magique, le gris-gris, qui n'est pas une couleur est un agent double, il est à l'origine un objet diabolique, qui, au cours du temps, magie noire oblige, est devenu, en Afrique noire, un objet protecteur, bienveillant et contra phobique.

Dans le gris le manque peut se perdre, et le trou peut se gagner, noir et blanc mélangés se veulent nuances, l'unicité s'est faite plurielle.

Le manque à gagner est la condition nécessaire à l'insatisfaction qui donne naissance au désir, pour que le sujet ne puisse se perdre même dans un trou perdu !

Déclat, surprise, étonnement, sidération, effroi : Eros et Thanatos intimement liés.

Entre chien et loup, le gris est un compromis qui subtilise les frontières et tend à aplanir les différences, le gris prend le risque de masquer le sujet. En l'éloignant du désir Il est cet instant précis de la création où manque et trou sont confondus. Le gris temporise la dette. Ainsi en est-il du sujet à l'œuvre. Ainsi en est-il des projets thérapeutiques.

Entre ciel et terre, tantôt Prométhée, tantôt Thésée, tantôt Icare, de toutes les couleurs, l'Homme meurt d'avoir risqué de vivre.

Régine Tétré

Médecin Psychiatre

Secteur 6, Centre Hospitalier de Montfavet

Le Désossé

Y aller une nuit de pleine lune faisait partie du plan mais cela accentuait les risques. N aimait les risques. Etudiant en médecine, il voulait son crâne humain et il l'aurait. Cela faisait partie des usages carabins incontournables. La première année, celle du concours, nul n'avait le temps d'y penser. Maintenant que l'entrée dans la carrière était acquise, la légende reprenait le dessus. A vingt ans on aime les histoires sombres et la mort ne fait pas encore peur, elle est si loin qu'elle ne peut concerner que les autres. Comme la souffrance, elle intrigue pourtant, restant le mystère essentiel, source classique de la vocation médicale, mais elle semble réservée aux malades, à ces gens pâles, allongés, amaigris, fatigués, dont l'unique fonction sur terre semble d'être malade, soumis aux investigations clinique, agonisant, mort. Tous ces malades sentiraient déjà la mort et les sanies si l'hôpital, par définition, n'était pas imprégné d'odeurs de médicament, d'éther, de savon, de désinfectant.

N. Se souvenait d'un patient qui l'avait marqué. Chaque étudiant hospitalier devait suivre la visite du Grand Patron. Celle-ci se terminait tout au bout du couloir, au fond du service où le malade était confiné. L'odeur de charogne y prenait à la gorge. Une gangrène gazeuse évoluée. N. avait beau pénétrer dans la chambre en apnée, tôt ou tard, il lui fallait respirer. Et le patron imperturbable, pas dupe de l'attitude compassée des externes, s'attardait comme par plaisir sadique, échangeant des banalités avec le malade.

Grabataire, inopérable, l'homme, pas si vieux, pourrissait sur place et cette odeur envahissait la pièce, les antibiotiques contenaient à peu près l'infection mais la gangrène, en plaques brunâtres et suintantes, remontait maintenant presque jusqu'à l'aîne. Lorsqu'elle atteindrait l'entrejambe, ce serait fini. Une simple question de temps.

– « Vous ne sentez pas une drôle d'odeur » questionnait le malade à chaque visite, ne comprenant pas que c'était sa jambe, son propre corps qui puait autant. Il avait laissé un pied dans la tombe et ne le savait pas.

N avait toujours tout réussi. Elève doué et apprécié au conservatoire de musique quand il était enfant, brillant bachelier, admis dans les dix premiers au concours de première année, il avait peu d'amis. C'était les séquelles inévitables du concours de première année lorsque chacun travaille à fond, s'épie, cherche à tracer son chemin sans se laisser déstabiliser par les rumeurs destinées à décourager un maximum de candidats. N. avait pourtant un ami, G, le Désossé comme on le surnommait dans la faculté à cause de sa dégaine. G. promenait partout sa feinte lassitude, coiffé invariablement d'un béret du Che, il faut dire qu'on était dans les années soixante-dix. N avait bossé en confiance avec lui l'an passé. G était son colocataire, il avait réussi le concours lui aussi, mais dans les derniers classés.

Y aller une nuit de pleine lune. Ils y étaient. Le Désossé avait repéré les lieux lors d'une promenade préalable dans l'immense cimetière. Il appréciait les cimetières pour leur calme mystérieux et il allait parfois travailler ses cours d'anatomie là-bas, à l'ombre paisible d'un cyprès. Il savait donc que les caveaux les plus anciens sont idéalement placés, le long du mur ouest jouxtant, comme par hasard le campus de la faculté de médecine et c'est lui qui avait soufflé l'idée un peu téméraire d'aller se procurer in situ pour leurs travaux pratiques un véritable crâne, plutôt que d'acheter un banal moulage en résine dans une boutique spécialisée.

Sans bruit, avec la souplesse insolente de leur âge, les deux étudiants avaient franchi le mur d'enceinte, la nécropole déserte s'offrait à eux sous une nuit blafarde. Le Désossé pour une fois leader, savait où il allait, N. le suivait en frissonnant.

– « On y va, on l'aura notre crâne, les autres vont craquer quand ils verront que c'est un vrai ».

– « Si ça marche, on y retournera, on en vendra quelques uns, ça nous fera de quoi se payer un super concert en fin d'année ». N. faisait déjà des projets.

Ils étaient dans une véritable ville dont les maisons seraient d'une taille réduite et dans laquelle il était difficile de s'orienter car la nuit masque certains détails et en révèle d'autres. Toutes les tombes se ressemblaient. Au détour d'un carré mortuaire semblant particulièrement abandonné, ils aperçurent un bel édifice de pierre et de marbre, un caveau monumental. La porte de la grille rouillée grinça mais ne leur résista pas longtemps, le lourd portail de chêne non plus. Il suffisait de pousser la porte en fait. Le Désossé pénétra le premier, son béret de révolutionnaire vissé sur la tête, armé d'une lampe torche et d'une pince coupante. Il voulait le premier crâne puisque c'est lui qui avait eu l'idée. N. suivait en silence. A l'intérieur du caveau, la crypte se déployait sur plusieurs niveaux ; elle semblait encore plus grande que vue de l'extérieur. Toutes les niches étaient occupées par des cercueils.

– « C'est surpeuplé ici ! » plaisanta N pour cacher son anxiété.

La lueur de la lampe leur permit de faire un tour du propriétaire ; l'obscurité était dense dans cet espace confiné. Le bois sombre des cercueils était en mauvais état mais nulle odeur ne trahissait la mort. On était dans un carré du XIX^e siècle, le temps avait fait son oeuvre.

Comme un détrousseur professionnel, sans perdre de temps, le Désossé s'était attelé à ouvrir le cercueil situé en bas. Les clous coupés ou arrachés à la tenaille, le couvercle avait aussitôt glissé.

– « Je le vois, je l'ai, il est superbe ». Penché sur le squelette, le Désossé triomphait.

– « Prend les tibias aussi pour décorer », lança N.

– « Bonne idée, mais il faut que je descende plus bas, je touche des vêtements, des côtes... »

Le désossé s'était infiltré dans le cercueil, son propre corps y disparaissait presque...N. l'admirait.

Avec un claquement sec, tragique, soudain, la planche sur laquelle était disposé le cercueil du dessus s'était fendue. L'équilibre fragile entre le poids du cercueil et la capacité de résistance de la planche sur laquelle il reposait avait été brutalement rompu par les soubresauts imposés par le travail de démontage. En un instant le cercueil était tombé, coïncant le Désossé au fond du cercueil qu'il dévalisait.

– « Comment ça va ? »

Dans le silence revenu, N sentait des sueurs froides couler tout au long de son dos, ses jambes tremblaient sous lui. Sa lampe était tombée, s'était brisée, la nuit avait envahi l'espace.

– « Sors-moi de là !! » Le Désossé était vivant ; paniqué, il hurlait mais sa voix était comme étouffée. Ses jambes encore libres gigotaient dans tout les sens, heurtant bois et pierre, rendant un son sinistre.

N. tenta en vain de déplacer la lourde masse du cercueil supérieur qui s'était fendu. Quelques fragments d'os et de poussière s'en écoulaient, comme le sable d'un sablier qui lui dirait que le temps était compté. Il paniquait.

– « Je vais chercher quelque chose, je n'y arriverai pas tout seul ». N. réussit à tirer la porte, elle se referma brutalement derrière lui. Il marcha puis courut, cherchant au hasard un objet

pouvant faire office de levier. Il avait exploré sans succès quelques rangées de tombe lorsqu'il entendit des cris. Il comprit aussitôt que le bruit qu'ils avaient fait avait alerté les gardiens du cimetière dans leur ronde. D'instinct, il s'enfuit. Son sprint éperdu dura une éternité car il ne savait pas où il était ; heureusement il était plus véloce, car plus jeune, que ses poursuivants. A un moment, ceux ci, qui étaient deux, réussirent presque à le prendre en tenaille, c'est alors qu'il reconnut le mur d'enceinte. Sans savoir comment, il réussit à l'escalader et atterrit brutalement dans une ruelle adjacente du cimetière. La cheville endolorie, il courut encore longtemps en boitant jusqu'à ce qu'il retrouve enfin son chemin. Quelques minutes plus tard il était chez lui, haletant, épuisé, paniqué.

Il faut que j'y retourne, pensait-il.

Une heure plus tard, muni d'une barre de fer susceptible de l'aider à soulever le cercueil, il sautait à nouveau le mur d'enceinte. Le cimetière était redevenu d'un calme absolu, comme si rien ne s'était passé. Avec précaution, le cœur battant il chercha la tombe. Au bout d'un quart d'heure, il lui fallut se rendre à l'évidence, il ne la trouvait pas, il ne la trouverait pas. Tout se brouillait dans son esprit et il n'avait même pas mémorisé le nom inscrit sur le fronton du caveau. Il se rappelait vaguement la forme du caveau. Haletant, oppressé par l'angoisse, il erra jusqu'au petit matin, guettant le moindre appel, obligé de rester furtif pour ne pas alerter à nouveau la ronde, il était dans un état second.

Trois jours interminables passèrent, N n'était pas allé en cours, il attendait son ami, chaque bruit dans la rue réveillant un espoir à chaque fois déçu. Il fallut bien se rendre à l'évidence, le Désossé ne reviendrait plus. Il fallut prévenir ses parents, répondre à toutes les questions, inventer une histoire plausible. Le Désossé était brutalement parti en Italie avec une fille, une jolie élève infirmière qu'il ne connaissait pas. Après tout, il était majeur. On le crût, pourquoi ne l'aurait-on pas cru ? A la fin de l'année universitaire, les parents du Désossé emportèrent toutes les affaires de leur fils, il n'en n'entendit jamais plus parler.

2005, le Professeur N., titulaire depuis peu de la chaire de médecine légale de la faculté reçut une commande spéciale de la police scientifique. Il s'agissait d'expertiser des restes humains regroupés dans un sac en plastique. Le policier était une jeune femme. Gauche et impressionnée par les lieux, elle lui tendit la commission rogatoire, puis le sac.

– « Des ouvriers qui travaillaient à une réduction de carré ont retrouvé ça le mois dernier dans un caveau du cimetière, travée 8 ; apparemment c'était un pilleur de tombe ».

N. souleva le sac. A contre-jour, la lumière radieuse du matin traversait le plastique le rendant translucide. Il distingua nettement un crâne, des vertèbres, des tibias et des côtes. Il aperçu aussi nettement visible, un béret noir flanqué d'une étoile rouge, un béret du Che comme on en portait dans les années soixante-dix.

Didier Bourgeois

Comment fonctionne Psy Cause ?

La revue est structurée pour un travail pluridisciplinaire de terrain et de proximité. Constituée de pôles régionaux, elle est jusqu'à la fin 2002 une revue du sud de la France. Depuis le début 2003, l'idée de faire de Psy Cause une revue nationale est testée. Appel est fait donc, aux bonnes volontés pour créer des pôles dans d'autres régions. Car ce qui fait l'originalité de Psy Cause, est de reposer sur un réseau présent dans les régions et au sein des institutions publiques ou privées. Le siège social de la revue est à Avignon, dans le Centre hospitalier de Montfavet où se fait la réception des textes. Le comité de rédaction de Psy Cause se réunit une fois par mois. Chaque pôle peut organiser à des dates régulières, un travail rédactionnel local. Chaque coordinateur de pôle est de droit membre du comité de rédaction de Psy Cause. La revue est éditée par Mario Mella Édition (Lyon).

A - Organisation des pôles constitués

1 - Le pôle Rhône-Méditerranée

Coordinateur : Jean-Paul Bossuat, Secteur 27, Centre Hospitalier de Montfavet, 84143 Montfavet cedex, tél. 04 90 03 92 76 – fax 04 90 03 92 79.

Aire géographique concernée : Le Vaucluse, les Bouches du Rhône, la Drôme.

Lieux où sont présents les animateurs de la revue : Aix-en-Provence, Arles, Avignon, Marseille, Martigues, Saint-Rémy-de-Provence, Valence.

2 - Le pôle est-méditerranéen

Coordinateur : Errol Palandjian, Centre hospitalier, Route de Montferrat, BP 249, 83007 Draguignan, tél. 04 94 60 51 50 – fax 04 94 60 58 05.

Aire géographique concernée : le Var, les Hautes Alpes, les Alpes de Haute Provence, les Alpes Maritimes.

Lieux où sont présents des animateurs de la revue : Antibes, Briançon, Draguignan, Fréjus, Grasse, Laragne, Nice, Pierre-feu, Toulon.

3 - Le pôle languedocien

Coordinatrice : Laurence Feller, Secteur 6, Centre hospitalier le Mas Careiron, 30700 Uzès, tél. 04 66 62 69 40.

Aire géographique concernée : le Gard, l'Hérault, la Lozère, l'Aveyron.

Lieux où sont présents des animateurs de la revue : Béziers, Millau, Montpellier, Nîmes, Uzès.

4 - Le pôle occitan

Il fonctionne autour de :

Gérard Pirlot, 54 rue Pargaminières 31000 Toulouse, tél. 05 61 23 71 30 ;

Marie Rajablat, Centre hospitalier Marchant, 134 route d'Espagne 31057 Toulouse cedex 1 – e.mail : craesi@caramail.com, tél. 05 61 57 29 44 ;

Michèle Bareil-Guerin, Secteur 1, Clinique les Tilleuls, ASM, 11300 Limoux, tél. 04 68 31 50 90.

Aire géographique concernée : la Haute-Garonne, le Tarn, l'Aude, les Pyrénées orientales.

Lieux où sont présents des animateurs de la revue : Lavar, Limoux, Toulouse.

5 - Le pôle corse

Coordinateur : Pierre Chiaroni, Clinique du Cap, 20228 Luri, tél. 04 95 32 75 37.

6 - Le pôle Ouest - Bretagne

Coordinateur : Youssef Mourtada, Centre hospitalier spécialisé d'Allonnes, Route de Spay, BP4, 72703 Allonnes cedex, tél. 02 43 43 51 20.

7 - Le pôle Centre

Coordinateur : Richard Kowalyszyn, service de psychogériatrie, CHS, rue de l'Ermitage, 18130 Dun sur Auron, tél. 02 48 66 29 82.

B - Rôle et fonction des membres de l'équipe de Psy Cause

1 - Direction et rédaction en chef

Exercice collégial.

2 - Secrétariat de Rédaction

Didier Bourgeois, webmaster de notre site internet, secteur 4, Centre hospitalier, 84143 Montfavet, tél. 04 90 03 91 49 ; André Salomon Cohen, coordonnateur du sponsoring, secteur 7, Centre hospitalier, 84143 Montfavet ; Bernard Petit, Formation continue, Centre hospitalier Montperrin, 13617 Aix-en-Provence cedex 1, tél. 04 42 16 16 07 ; Monique Wagner, chargée de relation avec l'Afrique de l'Ouest, 11 grande rue 13150 Boulbon, e-mail : mo.wagner@wanadoo.fr

3 - Comité de rédaction et comité de lecture

Le comité de lecture est formé par les membres du comité de rédaction. Le comité de rédaction est associé aux décisions collégiales concernant la gestion de la revue.

4 - Les correspondants

Leur rôle est important car, comme les membres du comité de rédaction, ils sont des militants actifs de Psy Cause sur le terrain. Faire connaître la revue, susciter des abonnements, créer une dynamique institutionnelle autour de la publication débouchant sur des articles traitant de sujets faisant la trame d'une revue de proximité interactive, est autant le rôle d'un membre du comité de rédaction que d'un correspondant. Les correspondants sont invités aux comités de rédaction.

5 - Le Trésorier

Michel Bayle, reçoit et gère les abonnements.

6 - Les articles

Ils doivent être adressés au siège de la revue. Ils n'engagent que la responsabilité des auteurs.

L'équipe de Psy Cause

■ Directeur et Rédacteur en Chef

Jean-Paul Bossuat (Avignon)

■ Directeur Adjoint

Thierry Lavergne (Paris)

■ Administrateur trésorier

Michel Bayle (Le Paradou)

■ Secrétaires de Rédaction

Webmaster : Didier Bourgeois (Avignon)

Sponsoring :

André-Salomon Cohen (Avignon)

Formation infirmière :

Bernard Petit (Aix)

Afrique : Monique Wagner (Boulbon)

■ Correspondants

Jeanne Aguila (Marseille)

Ashraf Amin (Toulon)

Michèle Anicet (Avignon)

Joëlle Arduin (Avignon)

Geneviève Ayach (Paris)

Nadia Benathzmane (Marseille)

Claude Bissolati (Marseille)

Hervé Bokobza (Montpellier)

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

Ikrame Brando (Avignon)

Mireille Brun (Avignon)

Estel Camera (Toulon)

Anny Castel-Guilpart (Arles)

Fabienne Cayol (Laragne)

Jean-Paul Champanier (Grasse)

Pierre Chiaroni (Bastia)

Marie-Christine De Médrano (Martigues)

Joël Delaval (Dunkerque)

Jacques Dubuis (Lyon)

Baba Fall (Valence)

Jean-Yves Feberey (Nice)

Olivier Fossard (Avignon)

Hervé Gady (Avignon)

Jean-Michel Gaglione (Martigues)

Réjane Galy (Béziers)

Dominique Gauthier (Laragne)

Dominique Godard (Martigues)

Jean-Louis Griguer (Valence)

Abdelkader Hagani (Thuir)

Bernard Javellot (Pierrefeu)

Boh Souleymane Kourouma (Pierrefeu)

Françoise Lanciaux (Thuir)

Daniel Lefranc (Saint-Claude, Guadeloupe)

Arnaud Masquin (Villeneuve-lez-Avignon)

Claude Miens (Avignon)

Rafael Ortiz (Avignon)

Hosni Ouahchi (Avignon)

Yves Petit (Papeete, Polynésie)

Rémi Picard (Avignon)

Michèle Platroz (Lyon)

Patricia Princet (Fains)

Marie Rajablat (Toulouse)

Danielle Raoux (Salon)

Françoise Ruault (Avignon)

Ecatarina Saracaceanu (Toulon)

Jeanie Schott (Uzès)

Béatrice Segalas (Antony)

Jean-Luc Sicard (Avignon)

Julien Starkman (Avignon)

Martin Tindel (Pierrefeu)

Gabrielle Uda (Marseille)

Didier Bourgeois a dessiné
les illustrations originales.

■ Comité de Rédaction

Michèle Bareil-Guerin (Limoux)

Agnès Beisson (Avignon)

Jean-François Bouix (Montpellier)

Marc Bounias (Avignon)

Patrick Boyer (Uzès)

Pierre Evraud (Avignon)

Laurence Feller (Uzès)

Huguette Ferré (Avignon)

Thierry Fouque (Nîmes)

Jean-Marc Galland (Fréjus)

Marie-Claude Gardone (Uzès)

Patrick Jouventin (Avignon)

Philippe Khalil (Marseille)

Richard Kowalyszyn (Dun sur Auron)

Danielle Monbet (Avignon)

Jean-Pierre Montalti (Montpellier)

Youssef Mourtada (Le Mans)

Marie-José Pahin (Marseille)

Errol Palandjian (Draguignan)

Jacques Peyre (Montpellier)

Gérard Pirlot (Toulouse)

Mila Ramon (Béziers)

Sophie Sauzade (Martigues)

Gilbert Schott (Uzès)

■ Correspondants étrangers

Séverin Cécil Abega (Yaoundé, Cameroun)

René-Gualbert Ahyi (Cotonou, Bénin)

Hassen Ati (Nabeul, Tunisie)

Ahmed Benrqi (Oujda, Maroc)

Alexandra Berankova (Ostrava, Tchéquie)

Jan Cimiski (Prague, Tchéquie)

Enzo Desana (Turin, Italie)

François Dony (Lernieux, Belgique)

Habachi El Gammal (Assouan, Egypte)

Ivan Galuszka (Bila voda, Tchéquie)

Prosper Gandaho (Abomey, Bénin)

Momar Gueye (Dakar, Sénégal)

Fakhreddine Hafani (Tunis, Tunisie)

Pavel Hlavinka (Opava, Tchéquie)

Baba Koumare (Bamako, Mali)

Mohamed Lakloui (Marrakech, Maroc)

Françoise Lanet (Lausanne, Suisse)

Ola Lindgren (Karlstad, Suède)

Nasser Loza (Le Caire, Égypte)

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

Valère Nkelzok (Douala, Cameroun)

Shigeyoshi Okamoto (Kyoto, Japon)

Georges F. Pinard (Montréal, Québec, Canada)

Maria Socolsky (Buenos Aires, Argentine)

Mohamed Tadlaoui (Tlemcen, Algérie)

Petr Taraba (Opava, Tchéquie)

Raymond Tempier (Montréal, Québec, Canada)

■ Conseil Scientifique

Thierry Alberne (Antibes)

Charles Alezrah (Thuir)

Dominique Arnaud (Avignon)

Charles Aussilloux (Montpellier)

Michel Bartel (Pierrefeu)

Jean-Pierre Baucheron (Marseille)

Denise Beaudouin (Marseille)

Moïse Benadiba (Marseille)

Henri Bernard (Avignon)

Marie-Hélène Bertocchio (Aix)

Daniel Bley (Arles)

Carmen Blond (Avignon)

Thierry Bottai (Martigues)

Jean-Philippe Boulenger (Montpellier)

Stéphane Bourcet (Toulon)

Jean-Louis Champot (Aix)

Yves Coquelle (Pierrefeu du Var)

Boris Cyrulnik (Toulon)

Rémi Defer (Aix)

Françoise Deramond (Toulouse)

Myriam Duprat (Montpellier)

Dominique Étienne (Pierrefeu du Var)

Fanny Frey (Avignon)

Marie-France Frutoso (Uzès)

Sébastien Giudicelli (Marseille)

Robert Julien (Marseille)

Dimitri Karavokyros (Laragne)

José Lamana (Avignon)

Joëlle Leveziel (Orange)

Christian Mejean (Pierrefeu du Var)

Jean-Luc Metge (Martigues)

Gérard Mosnier (Avignon)

Dominique Paquet (Avignon)

Dominique Pauvarel (Pierrefeu)

Régis Polverel (Martigues)

Nadine Pontier (Montpellier)

Jean-Marie Potoczek (Pierrefeu)

Madeleine Pulcini (Lyon)

Gérard Pupeschi (Aix)

Dominique Pringuey (Nice)

Edmond Reynaud (Avignon)

Yves Rousselot (Aix)

Mohand Soulali (Avignon)

René Soulayrol (Cassis)

Jean-Pierre Suc (Avignon)

Yves Tyrode (Avignon)

Nicole Vernazza (Arles)

Colloques et Conférences

XVI^e Rencontres nationales de périnatalité

« Promotion de la santé en périnatalité »

6-7 avril 2006

Palais des congrès de Béziers

Renseignements : Mme Badiola 04 67 49 87 05 (après-midi)

Congrès à Tahiti du 15 octobre au 1^{er} novembre 2006

Les troubles bipolaires



Les frais hôteliers seront pris en charge par l'industrie pharmaceutique. Seul le billet d'avion et les droits d'inscription incluant un abonnement à Psy-Cause (pour les non abonnés), seront à la charge du congressiste. Le groupe sera de 30 à 35 personnes.

Saint-Alban (1942) et/ou Largactil (1952)
Les mythes originaires de la psychiatrie contemporaine

X^e colloque interrégional de Psy-Cause

Le Vendredi 9 juin 2006



Présidents du Comité d'organisation :
André Salomon Cohen et Pierre Evrard

X^e Colloque de la Revue Psy-Cause
Vaison-La-Romaine (Vaucluse)
Le Vendredi 9 juin 2006

Saint-Alban (1942) et/ou Largactil (1952)
Les mythes originaires de la psychiatrie contemporaine

Argument

- La psychiatrie a une **histoire**. A lire la pluralité des récits, elle en a même au moins deux.
- Dans une de ses versions, entre l'électrochoc (1938) et l'emploi des neuroleptiques après 1952 : R.A.S.
- Une toute autre narration fait de l'hôpital de Saint Alban, pendant les années d'occupation, le foyer de rien de moins qu'une **révolution psychiatrique**.

D'où le cri de Bonnafé : « ils ont oublié ce que nous avons fait avant la chlorpromazine ».

Notre génération, venue à la psychiatrie avec le Livre Blanc de 1967, la critique exaltée de ses institutions (1968) et sa séparation de la neurologie, a appris son métier au contact des acteurs de ces années d'après guerre.

La maladie mentale s'inscrivait dans un champ complexe aux multiples références : critique sociologique, psychanalyse, groupes, « fraternisation » des rapports soignants-soignés, phénoménologie, anthropologie... Les approches biologiques n'étaient pas exclues de ce champ. Le neuroleptique, l'antidépresseur y avaient aussi leur place.

De nos jours, cette complexité là est effacée. L'emprise du présent produit l'oubli de l'histoire. Le médicament dit « antipsychotique » est présenté comme **LE** traitement de la schizophrénie. La formation privilégie la pharmacologie, l'économie de la santé, le droit... Les notions d'efficacité, de rentabilité, de sécurité, d'hygiène, de judiciarisation dictent la conduite de tous.

Une clinique de la « rencontre singulière » s'efface au profit d'interrogatoires standardisés.

On ne prend plus guère en considération la **situation** dans laquelle s'effectue la **rencontre** avec le malade.

Une psychiatrie scientiste, secrétée par nombre d'universitaires, monopolisant désormais la formation, dénigre comme obscurantiste tout ce que les générations précédentes ont forgé, notamment toute l'élaboration des « conditions de possibilité » du traitement des psychoses.

« Droit dans ses bottes », identifié à son statut et ne doutant pas de son rôle, le psychiatre post-moderne « communique » mais ne rencontre pas. Exit le transfert et le sujet de l'énonciation derrière les énoncés informatifs.

Le devenir de la psychiatrie inquiète. Un sursaut de résistance s'est manifesté lors des Etats Généraux à Montpellier en 2003.

Il apparaît nécessaire de faire appel à l'histoire, ne serait-ce qu'au titre d'un devoir de **transmission**.

Gardons-nous cependant de faire croire que « c'était mieux avant ». Nous n'avions que la chance de « penser » un avenir plus ouvert.

Maintenant nos « marges de manœuvre » rétrécissent. Au delà des protestations contre l'Etat, les administrations, le post-moderne, les contraintes économiques, l'industrie pharmaceutique, le déficit de formation..., posons-nous aussi la question : qu'en est-il actuellement de l'**engagement** dans ces **métiers** du champ multiréférentiel de la psychiatrie ?

Docteur Pierre Evrard
Psychiatre des Hôpitaux

Centre Hospitalier

84143 Montfavet cedex

Courriel : pierre.evrard@ch-montfavet.fr

Fax : 04 90 03 92 79

Prix du Congrès :

- prix étudiant : 20 €
- prix formation permanente : 120 € / 100 € pour les abonnés
- prix individuel sans prise en charge : 60 €

Lieu du Congrès :

Centre A Cœur Joie
avenue César Geoffray 84110 Vaison La Romaine
tél. 04 90 36 00 78 fax 04 90 36 09 89



Bulletin d'inscription au congrès de Psy Cause à Vaison-la-Romaine

Nom et prénom☐

Adresse☐

Joindre un chèque de règlement de la formation ou une attestation de prise en charge et retourner ce bulletin au
Docteur ?????????????????????????????????

Notes

[illegible]

Notes

[illegible]

Notes

[illegible]

Abonnement

– Bulletin d'abonnement –

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

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

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

Nom et prénom

Adresse professionnelle

Code postal Ville

À l'occasion de ses 10 ans, *Psy Cause* sort un numéro hors série consacré aux dessins de Didier Bourgeois qui ont illustré la revue depuis sa création.

Ce livre est en vente au prix de 20 euros
(règlement à l'ordre de *Psy Cause* à envoyer au trésorier de la revue Michel Bayle).

et Instructions aux auteurs

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

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

Contenu de l'article

- L'article doit être obligatoirement constitué des rubriques suivantes :
- **Titre de l'article**
- **Photographie de l'auteur** (type photo d'identité)
- **Nom de l'auteur**, qualité, adresse
- **Résumé** : 100 à 150 mots en langue française, exposant succinctement l'objet de l'article
- **Corps de l'article**

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

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

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

Bibliographie :

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

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

Instructions techniques

Texte

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

Figures

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

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

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

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

Tableaux

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

X^e colloque interrégional de Psy Cause

Le vendredi 9 juin 2006

Saint-Alban (1942) et/ou Largactil (1952)
Les mythes originaires de la psychiatrie contemporaine



Lieu du congrès

Centre A Cœur Joie
avenue César Geoffray 84110 Vaison La Romaine
tél. 04 90 36 00 78 – fax 04 90 36 09 89

Président du comité d'organisation
André Salomon Cohen

Président du comité scientifique
Pierre Evrard