

Psy



au sud, les psy causent

Cause

- La parole et le médicament
- De l'évaluation au sevrage des soins



Sommaire

Éditorial : <i>Saint Alban et le Largactil</i>	2
Psycause I : La parole et le médicament	3
Le patient, le prescripteur et l'expérience somato-psychique du médicament. Une approche psychanalytique Vassilis Kapsambelis	4
Le médicament comme objet Bernard Hubert	15
Point de vue du délégué médical sur la parole et le médicament Michel Bayle.....	19
Des mots, des maux... et des médicaments Marie-Claude Gardone	22
Les enfants de la Psychanalyse sont-ils devenus des « canards sauvages » ? Laurence Feller	24
Une affiche... pour remédier au paludisme ? Sophie Sauzade, Daniel Bley	26
Psycause II : De l'évaluation au sevrage des soins	33
Peut-on faire l'évaluation des pratiques professionnelles en psychiatrie ? Thierry Lavergne.....	35
Le sevrage aux soins : un problème de santé publique Youssef Mourtada	40
Actualité scientifique méditerranéenne et occitane	43
Hommage à Jean Lhuissier	51
Note de lecture	52
Le coin littéraire	53
La vie rêvée Didier Bourgeois.....	53
Abonnement et instructions aux auteurs	56



Saint Alban et le Largactil

La sortie de ce numéro sera contemporaine de notre congrès annuel dit « *inter-régional* ». La revue *Psy Cause* repose sur un réseau de rédacteurs, de correspondants et d'abonnés présents dans l'ensemble de l'hexagone : nous aurions pu donner le label « *national* » à notre manifestation scientifique de Vaison la Romaine. L'histoire de notre publication est celle d'un petit groupe « *pluriprofessionnel exerçant une même spécialité à savoir la psychiatrie* » dans le midi de la France. Lequel voulait redonner un espace à des valeurs humanistes menacées par une vision économique jacobine mâtinée de corporatisme mise en musique à Paris par de hauts fonctionnaires fort peu au fait des exigences techniques de nos métiers. C'était à Avignon au cours de l'été 1995.

Psy Cause est dans sa onzième année. Sa ligne éditoriale ne s'est pas démentie, et se situe dans la filiation des mythes originaires : Saint Alban et le Largactil. Notre dossier sur la parole et le médicament dans ce numéro en est une illustration. Revue de terrain et non administrée depuis la capitale, *Psy Cause* tiendra donc le 9 juin son dixième congrès inter-régional sur ce thème. Dans un courrier en date du 29 janvier 2006, Roger Gentis nous écrivait : « *j'ai noté avec beaucoup d'intérêt l'annonce de votre dixième colloque qui confirme que la résistance est bien active... et intelligente !* »

Revue inter-régionale en France, *Psy Cause* est également une revue francophone présente sur tous les continents par son réseau de correspondants, qui organise des rencontres hors de l'hexagone : la plus récente était à Assouan en mars 2005, la prochaine sera en octobre 2006 à Tahiti. Deux autres sont en préparation : dans l'Ouest canadien et au Bénin. Le Professeur Raymond Tempier qui dirige le département de psychiatrie de l'université de la Province du Saskatchewan, pourrait y concrétiser le lancement d'une association francophone internationale pluriprofessionnelle de psychiatrie dont le siège social serait canadien et fondée conjointement avec la revue *Psy Cause*. A l'ère de la mondialisation, notre revue pourrait être le véhicule privilégié d'un *autre discours*, celui d'une clinique de la personne véhiculée par la langue française.

En Afrique de l'Ouest, *Psy Cause* est de longue date sur le terrain un partenaire engagé auprès des acteurs de la psychiatrie. De nombreux articles du Cameroun, du Bénin et, dans un prochain numéro, du Burkina Faso témoignent du dynamisme de nos collègues. Un congrès de *Psy Cause* au Bénin sera l'occasion d'une rencontre entre les professionnels de cette partie de l'Afrique et avec des praticiens francophones venus d'autres continents. Le thème sera arrêté par les Africains de l'Ouest en fonction de leurs réalités de terrain.

Être à l'écoute de ceux qui soignent des êtres en souffrance, qui se confrontent aux nombreuses facettes de l'aliénation, plutôt que d'être le relais d'un système de pensée : telle est notre ligne éditoriale définie dès la page 1 de notre numéro 1 en 1995.

Montfavet le 31 mars 2006
Jean-Paul Bossuat

La parole et le médicament

Ce dossier a pour point de départ une Journée organisée au Centre Hospitalier Edouard Toulouse à Marseille sur le thème de l'usage du médicament en psychiatrie. Cette manifestation scientifique s'inscrit dans le cadre d'un partenariat de longue date entre Psy Cause et l'AFRET, association de formation permanente d'Edouard Toulouse. Marie-José Pahin, animatrice de l'AFRET et rédactrice de Psy Cause, psychanalyste, en fut l'inspiratrice.

Une mention toute particulière doit être apportée à l'article intitulé : « *Point de vue du délégué médical sur la parole et le médicament* ». Ce texte est de Michel Bayle qui, après trente années de visite médicale pour le compte d'un grand laboratoire pharmaceutique, s'implique dans notre revue depuis presque dix ans, au niveau de la fonction clé de trésorier. De formation littéraire et très bon connaisseur des réalités de la psychiatrie du Sud-Est, il participe également au travail rédactionnel de Psy Cause. Ce dossier lui est dédié et à travers lui à tous les visiteurs dont le métier se situe à l'interface de l'industrie et des prescripteurs, et dont l'éthique est de délivrer une parole porteuse d'un mieux être pour les patients.

Au fil des années, une ligne éditoriale s'est confirmée, qui s'exprimera lors de notre dixième congrès inter-régional à Vaison la Romaine de juin prochain, qui associera comme mythes à revisiter, Saint Alban et la découverte du Largactil. Ainsi dans ce dossier, deux psychanalystes présents à la Journée d'Edouard Toulouse, Vassilis Kapsambelis et Bernard Hubert, interrogent de leur position l'action du psychotrope ; deux psychiatres hospitaliers prescripteurs, Marie-Claude Gardone et Laurence Feller, rédigent chacune un mot d'humeur ; Sophie Sauzade et Daniel Bley nous apportent un éclairage anthropologique, celui de la création d'une affiche au Cameroun comme remède contre une maladie.

Jean-Paul Bossuat





Vassilis Kapsambelis

Le patient, le prescripteur et l'expérience somato-psychique du médicament.

Une approche psychanalytique

L'étude des effets des médicaments psychotropes d'un point de vue psychanalytique pose certains problèmes d'ordre méthodologique, qu'il serait utile d'évoquer en préambule, avant d'entrer dans le vif de notre sujet. Ces problèmes peuvent être résumés comme suit :

I. La prescription médicamenteuse fait classiquement partie d'une relation, la relation médecin – malade. Cette relation est issue d'une longue tradition dont on retrouve les origines dans les tout premiers groupements humains et dans les fonctions magiques, chamaniques et religieuses que certains individus de ces groupements assuraient pour le bénéfice et (ou) le contrôle des autres membres du groupe. La relation médecin – malade d'aujourd'hui porte les traces de cette tradition, tout en ayant évolué parallèlement à l'évolution des groupements humains qui lui assignent ses fonctions et l'utilisent. Ceci signifie que cette relation – et donc aussi les instruments dont elle se sert pour ses fonctions, dont les médicaments – est profondément marquée par ce que l'on pourrait appeler le « berceau historique » de la relation transfert/contre-transfert qui constitue notre principal instrument de travail : ce berceau historique qui est la suggestion. En ce sens, on peut dire que *le prescripteur se prescrit toujours soi-même en même temps qu'il prescrit un médicament* – que cette « prescription de soi-même » concerne sa personne dans le moment particulier de sa relation avec son patient, ou qu'elle concerne le cadre plus général (service hospitalier, entourage infirmier, culture et idéologie particulières de l'unité de soins) dans lequel survient la prescription.

Les chercheurs connaissent bien l'influence de toutes ces dimensions, qu'ils regroupent sous l'appellation d'« effets placebo ». On a aussi des effets placebo avec les autres médications de la médecine. Mais alors que l'effet placebo dans les traitements des affections somatiques nous donne surtout un aperçu quasi expérimental de ce que l'on appelle dans le langage courant « l'influence de l'esprit sur le corps »

(d'un esprit lui-même sous l'influence d'un autre esprit, par effet de suggestion), dans le domaine de la psychiatrie le problème se complexifie du fait que le champ d'action du médicament psychotrope est le même que le champ où s'exerce cette influence d'un esprit sur un autre, d'une psychisme sur un autre psychisme : le psychotrope est utilisé parce qu'il a des effets précisément *psychiques*, c'est-à-dire de la même nature que toute relation interhumaine, relation thérapeutique comprise. Ainsi, le terme de « placebo » a presque quelque chose d'impropre lorsqu'il est utilisé en matière de psychotropes : à moins de souscrire à une conception de radicale dichotomie entre le « corps » et l'« esprit », on doit supposer que, en matière de médicaments psychotropes, *l'effet placebo et de la même nature, et doit suivre les mêmes chemins, que l'effet biochimique.*

II. En même temps, la médication au sein de la relation particulière médecin/malade dans le domaine de la psychiatrie, implique toutes les complications qui surgissent à partir du moment où le thérapeute *agit*, « passe à l'acte » : la prescription est, dans son essence comme dans sa caractérisation formelle, un *acte*. L'acte, le « passage à l'acte », sont des gestes familiers en médecine : le médecin examine le malade, il peut le soumettre à des manœuvres réparatrices, il peut l'opérer, et plus généralement pénétrer dans son corps de multiples façons. Tout ceci fait partie du quotidien de son exercice : pour le médecin somaticien, le développement d'une activité musculaire à l'adresse de son patient et le corrélat naturel de la nécessité d'entrer en relation avec l'objet de son travail, à savoir le corps et ses différentes parties et fonctions.

En revanche, la psychiatrie a comme objet l'esprit du patient, sa psyché, sa vie psychique. Son idéal technique serait plutôt de parvenir à changer cet esprit, cette vie psychique, sans action autre que « psychique » – à charge au patient d'agir par la suite comme bon lui semble. Il se trouve que les choses ne se passent pas souvent de cette façon idéale en psychiatrie : le psychiatre propose des séjours hospitaliers, impose des hospitalisations de contrainte, prend des mesures d'assistance matérielle (allocation adultes handicapés, tutelle/curatelle, conditions d'habitat...), intervient dans la réinsertion professionnelle ou sociale, accueille parents et

* Psychiatre, praticien hospitalier, chef de service à l'association Santé mentale dans le XIII^e arrdt de Paris, et psychanalyste, membre de la Société Psychanalytique de Paris. Centre Philippe Paumelle, 11 rue Albert Bayet, 75013 Paris.

amis, donne des conseils. L'acte de prescrire, écrit Augustin Jeanneau, « se donne à saisir comme un mouvement pulsionnel hautement significatif », et plus précisément comme « un mouvement pulsionnel concernant un mouvement pulsionnel » (Jeanneau, 1993). Le psychiatre s'autorise de ce mouvement pulsionnel à l'égard de son patient en s'abritant derrière sa qualité et tradition médicales. Toutefois, ce faisant, il « triche » quelque peu : sous couvert d'une identité commune – l'identité de médecin – il importe un modèle de pratique qui n'est pas tout à fait le sien. Il fait ainsi l'économie d'une *théorie de l'agir à visée thérapeutique en psychiatrie*. Une telle théorie serait sans doute superflue dans le domaine de la médecine somatique ; elle est autrement plus nécessaire dans le domaine de la psychiatrie, en tant que théorie fondant *les conditions du retour nécessaire au psychique après le détour du passage par l'agir*.

En tant que manifestation d'un *agir thérapeutique*, la prescription a une particularité supplémentaire : l'acte qu'elle constitue est intimement lié à la vie somatique du patient. Un médicament s'avale, se boit, s'injecte ; il circule dans le sang, provoque des états d'apaisement, de tension, d'impatience, de quiétude – bref, des états que notre psychisme reçoit comme des excitations. Nous savons qu'une tradition millénaire prescrit une rigoureuse désérotisation du corps humain comme condition déontologique préalable à l'exercice médical. Le problème est que la matière psychique – notre objet de travail – ne connaît que des états de plaisir/déplaisir, et c'est en fonction de la qualification selon la variable plaisir/déplaisir que les événements corporels et psychiques sont, en dernière instance, mentalisés. De ce fait, la dimension d'un corps érotique sous psychotropes – voire d'un corps érotisé, d'une façon ou d'une autre, sous leur effet – sera omniprésente dans le développement des effets des psychotropes : avec les psychotropes, plus sans doute qu'avec le reste de la pharmacopée médicale, le patient ne pense pas, ou ne pense pas seulement, « ce médicament m'a fait ceci ou cela », mais « il [le prescripteur] m'a fait ceci ou cela ». Les médicaments psychotropes s'intriquent naturellement avec les processus de qualification qui caractérisent notre fonctionnement mental, et c'est sans doute en cela que leur étude d'un point de vue psychanalytique est aussi nécessaire.

* * *

III. Enfin, il existe un troisième problème d'ordre méthodologique : les médicaments psychotropes *ne sont pas des placebos* ! Ceci signifie qu'ils viennent s'ajouter à la déjà longue liste de substances (appelées actuellement psychoactives) qui, après la sédentarisation des groupements humains et le développement de l'agriculture, ont été découvertes, ou inventées, et utilisées pour modifier les états mentaux et affectifs des humains : bière, vin, alcools de toute origine végétale, feuilles de tabac, de chanvre ou de coca et autres



champignons témoignent du fait que l'être humain a toujours su reconnaître et utiliser de façon *différenciée* divers produits que la nature mettait directement ou indirectement à sa disposition, et qu'il a su tirer partie de façon *prévisible* de leurs effets psycho-affectifs. Bien que non absolue, cette prévisibilité est malgré tout suffisante pour autoriser un classement des substances psychoactives, et donc de celles utilisées comme médicaments psychotropes, en catégories selon leurs effets sur le psychisme humain. Certes, les psychotropes à usage thérapeutique – les médicaments psychiatriques – souffrent de ce point de vue d'un désavantage par rapport aux autres substances psychoactives : on dispose de peu d'études de leurs effets psychiques sur ce que l'on appelle le volontaire sain ; il est clair que leur déjà coûteuse mise au point et commercialisation a comme objectif de soigner des malades, pas d'enrichir nos connaissances sur le psychisme humain. Néanmoins, même les psychotropes à usage thérapeutique connaissent des catégorisations relativement plausibles à partir de leurs effets psychiques – nous avons des antidépresseurs, des antipsychotiques, des anxiolytiques, des thymorégulateurs – et ces catégorisations correspondent globalement aux impressions de notre observation psychologique.

Dès lors, il est théoriquement possible de construire une sorte d'anthropologie psychanalytique de leurs effets : à savoir, de se servir des outils conceptuels mis à notre disposition par la métapsychologie freudienne pour formaliser leurs effets psychiques sur les patients à qui on les administre, et en faisant donc abstraction de la dimension transfert – contre-transfert inhérente à toute prescription – à peu près comme on peut se servir de ces mêmes outils conceptuels pour reformuler les phénomènes observés dans toute sorte d'activité ou de manifestation humaines,

individuelle ou collective. Il s'agit, en l'occurrence, d'utiliser la psychanalyse dans ce qui est son « métier de base », en quelque sorte : évoquant les débuts de la psychanalyse, Freud (1920) écrit que « la psychanalyse était avant tout un art d'interprétation ». Or, toute activité ou réaction humaines, dans quelque contexte que ce soit, et à partir de n'importe quel type de facteur déclenchant, peut être sujette à un travail d'interprétation.

Peut-être parce que cette dernière voie était la plus proche d'une étude scientifique au sens traditionnel du terme, peut-être aussi parce que cet « art d'interprétation » est encore ce que les psychanalystes savent mieux faire, cette voie – la lecture psychanalytique des effets des psychotropes à usage thérapeutique – est celle qui a été la plus explorée par les psychanalystes qui se sont intéressés à la question. Je vous présenterai donc ces travaux à partir de deux exemples : l'interprétation des effets des neuroleptiques, et l'interprétation des effets des antidépresseurs.

* * *

En matière d'effets des *médications neuroleptiques*, trois aspects fondamentaux ont été soulignés par les psychanalystes qui les ont étudiés (Guyotat, 1970, Kapsambelis 1994, 1999) :

a) le premier est un effet d'isolement sensoriel. Déjà à l'origine des études sur l'action psychique des neuroleptiques, on retrouve une remarque clinique de Laborit, qui par la suite a été reprise d'une façon ou d'une autre dans toutes les classifications thérapeutiques des effets neuroleptiques : ces produits induisent une sorte d'« indifférence psycho-affective », un état de désintérêt pour les stimulations du monde extérieur (les stimulations extéroceptives) ou une atténuation de leur impact. Lambert (1967, 1990) a proposé l'idée que les produits neuroleptiques entraînent une « désafférentation » spécifique, une réduction de la réceptivité perceptive des patients traités ; un état qui pourrait être assimilé à un « accroissement de l'efficacité du système pare-excitations ». Cet élément clinique est remarquable en ceci que le patient en état psychotique, notamment en état psychotique aigu, est non seulement « happé », aspiré par les voix ou visions hallucinatoires, traitées comme des manifestations provenant du monde extérieur, mais se sent tout aussi sur-sollicité par toute sorte de stimulus extéroceptif : les passants dans la rue, les phrases entendues aux hasard des rencontres, les enseignes lumineuses et les messages radiophoniques ou télévisuels lui « parlent » de façon tout aussi intense et personnelle, attirent son intérêt et ses investissements de façon impérieuse et envahissante : pour le patient en état psychotique aigu, la réalité extérieure l'inonde sous toutes ses formes, aussi bien sous la forme de cette réalité perceptive commune que nous partageons tous, que sous la forme de la néo-réalité perceptive créée par l'activité hallucinatoire et délirante. De plus, la diminution sous neuroleptiques de l'activité hallucinatoire semble aller de pair avec une diminution plus globale de l'investissement de l'activité perceptive : avant l'extinction

des manifestations hallucinatoires, le patient semble s'en désintéresser (« Oui, ça parle toujours, mais moins fort, ce n'est pas très important, je n'y fais plus attention ») en même temps qu'il adopte un certain retrait par rapport aux autres stimulations du monde extérieur (par exemple, les entretiens deviennent progressivement moins riches en matériel, le patient semble moins intéressé par ce qu'on lui dit, etc.). On a ici une démonstration quasi expérimentale de l'idée de Freud, développée pour la première fois dans *Pour introduire le narcissisme* (1914) selon laquelle le délire et les hallucinations apparaissent secondairement comme une « tentative de guérison qui se propose de ramener la libido à l'objet » : le mouvement qui pousse notre psychisme à investir autre que soi, à aller vers l'objet, à se tourner vers le pôle extéroceptif de son appareil psychique, est celui-là même que l'on voit à l'œuvre dans l'activité psychotique dite « productive », et la réduction de cette activité est synonyme d'une réduction plus globale du mouvement vers l'objet. C'est tous ces mouvements qu'exprime l'effet d'isolement sensoriel et de renforcement du pare-excitations que nous observons sous neuroleptiques.

b) un deuxième effet fondamental des neuroleptiques a trait à ce que l'on appelle leurs effets secondaires, notamment somatiques. L'étude historique des neuroleptiques ne s'est peut-être pas suffisamment attardée sur un élément qui est du plus grand intérêt pour l'art d'interprétation du psychanalyste : pendant presque deux décennies, et alors que des millions de patients étaient traités efficacement par ces produits, leurs effets neurologiques, notamment le parkinsonisme, étaient considérés comme indispensables au développement de leurs effets thérapeutiques, antipsychotiques. Pourtant, il n'y avait pas vraiment de modèle psychopathologique pour étayer cette conviction, ni même de modèle biologique ; qui plus est, il y a eu des produits (l'exemple le plus frappant est celui de la clozapine, au milieu des années 1960) qui, manifestement, développaient les effets thérapeutiques des autres neuroleptiques, et qui pourtant ont été exclus de la pharmacopée pour cause de non développement d'effets extra-pyramidaux. Dès lors, la question peut être formulée, à posteriori, à la façon suivante : qu'est-ce qui, dans le développement des effets extrapyramidaux, et plus précisément dans leur *investissement* par la patient lui-même, tel que le clinicien le saisissait, pouvait donner l'impression que ces effets neurologiques sont nécessaires aux effets thérapeutiques, au point d'étayer une véritable *croyance* scientifique pendant près de deux décennies ? La réponse à cette question est à rechercher dans la *qualité* même de cet investissement des effets secondaires par le patient : le parkinsonisme, mais aussi les autres effets secondaires (sécheresse de la bouche, constipation, troubles visuels...) faisaient l'objet d'une véritable *fixation hypocondriaque* de la part du patient, à savoir d'un *surinvestissement* des sensations et vécus corporels, qui progressivement montait en puissance, au fur et à mesure que l'effet thérapeutique se développait, pour finalement remplacer le surinvestissement du pôle perceptif précé-

demment évoqué. En d'autres termes : ce en quoi les effets secondaires apparaissent comme nécessaires au résultat thérapeutique, c'est que, en offrant le terrain à un investissement hypocondriaque, ils révélaient la nature du processus thérapeutique sous neuroleptiques : *la transformation d'une pathologie d'« effusion du moi »* (pathologie d'aspiration du moi par l'objet, via les fonctions perceptives) *en une pathologie de réinvestissement et même de surinvestissement du moi* (conduisant à une pathologie d'inflation de l'investissement du corps, étant entendu que c'est bien à travers l'investissement du corps que notre psychisme parvient, à travers le schéma corporel et l'image du corps, à la constitution de cet investissement à peu près stable, dépositaire de la représentation que nous nous faisons de notre personne, et que nous appelons le « moi »). On retrouvait ici cette idée de Freud, selon laquelle l'hypocondrie doit être considérée comme la « névrose actuelle », la phase prodromique et d'incubation des états psychotiques. D'une certaine façon, les neuroleptiques inversent le processus pathologique, en ramenant l'évolution à son étape précédente.

c) Le troisième élément de réflexion relève davantage de l'observation clinique banale. Les effets cliniques des neuroleptiques ont été qualifiés, dès le début, par une terminologie de type « effet anti-délirant », « effet anti-hallucinatoire », etc. Toutefois, la clinique montre que ces termes sont approximatifs, car ces effets se développent de façon inégale selon l'état fonctionnel du moi dans les différents cas de figure d'états psychotiques. Les neuroleptiques sont d'une efficacité maximale dans les situations d'« éclatement du moi », telles que celles-ci apparaissent dans les états psychotiques aigus, les états confusionnels, les bouffées d'onirisme, les poussées évolutives fortement désorganisatrices des schizophrénies. En revanche, leur effet thérapeutique reste très modeste dans les formes psychotiques chroniques qui, à l'instar de la paranoïa, mais aussi de certaines schizophrénies paranoïdes au long cours, semblent déployer leurs opérations défensives en s'appuyant sur un moi qui, bien que gravement altéré par les processus psychotiques, garde une certaine cohésion de fonctionnement, assurant une certaine forme d'organisation et de cohérence idéo-affectives. Et enfin, l'effet neuroleptique est d'une efficacité intermédiaire dans la plupart des schizophrénies, qui évoluent dans un état de relative instabilité, le moi se trouvant constamment aux bords de l'éclatement, et les opérations défensives connaissant des fortunes diverses, généralement caractérisées par leur faible « rendement » psychique. En somme : le degré d'efficacité thérapeutique des neuroleptiques est globalement proportionnel au degré de désorganisation du moi.

Dès lors, on pourrait formuler l'hypothèse suivante quant à l'action des neuroleptiques : les neuroleptiques agiraient surtout en tant que médicaments facilitant la (ré)organisation du moi, la restauration de ses limites, la différenciation dedans – dehors. Leurs inégalités d'efficacité refléteraient les variations des troubles des limites du moi selon l'état psychotique considéré (troubles des limites du

moi maximaux dans les psychoses aiguës, constamment présents, insidieux et durables dans les schizophrénies, discrets ou absents dans les autres psychoses chroniques organisées). On pourrait supposer que les neuroleptiques déploient cette action à travers une redistribution des investissements entre le pôle proprioceptif (sensations internes) et le pôle extéroceptif (sensations externes) du fonctionnement du moi, le surinvestissement du pôle proprioceptif étant l'indice du rétablissement du moi, de ses limites et de ses fonctions. C'est en ce sens que l'on pourrait dire que, *dans les états psychotiques, les neuroleptiques oeuvreraient au rétablissement des investissements narcissiques*, si par le terme de *narcissisme* on désigne l'investissement libidinal du moi en tant qu'unité. En quelque sorte, les neuroleptiques engageraient le psychisme dans le chemin que Freud suppose (dans *Pour introduire le narcissisme*) comme étant le processus de formation du moi : à partir de l'investissement des différentes parties et fonctions du corps, à partir des pulsions auto-érotiques qui « existent dès l'origine », « quelque chose, une nouvelle action psychique doit venir s'ajouter à l'auto-érotisme pour donner forme au narcissisme ».

Enfin, ces hypothèses permettent de penser que certaines évolutions à long terme sous neuroleptiques sont « inscrites », en quelque sorte, dans l'action initiale. Par exemple, les évolutions, sous neuroleptiques, de la paranoïdie vers la paranoïa, ou encore de la schizothymie vers la pathologie bipolaire, sont le reflet d'une amélioration de la cohésion du moi et de son efficience défensive : les neuroleptiques contribuent à une meilleure organisation du moi, même au sens d'une organisation pathologique. De même, une certaine *passivité* d'allure *déficitaire* (à savoir un renforcement, par le traitement, de la modalité défensive autistique, propre aux pathologies schizophréniques) est le prolongement naturel de cet effet tendant au raffermissement de l'investissement narcissique. Les évolutions dépressives sont, elles aussi, intelligibles à partir d'un renversement des investissements, du pôle objectal (fût-il délirant) vers le pôle narcissique : le moi « sauve sa peau », en quelque sorte, mais au prix d'une certaine désobjectalisation. Ceci rendrait compte, à son tour, de la compulsion des patients schizophrènes à interrompre le traitement : « un solide égoïsme, écrit Freud (1914) préserve de la maladie, mais à la fin l'on doit se mettre à aimer pour ne pas tomber malade, et l'on doit tomber malade lorsqu'on ne peut aimer ». Le drame de l'interruption des traitements chez les patients schizophrènes est aussi, et peut-être surtout, le drame d'un psychisme qui sait foncièrement, « biologiquement » pourrait-on dire, que le destin de l'humain est l'objet – qu'il n'y a point de vie psychique sans le mouvement d'objectalisation – alors qu'il ne sait effectuer ce mouvement que sous la forme de la création *ex nihilo* de cet objet, c'est-à-dire sous la forme hallucinatoire et délirante.

* * *

Avec les antidépresseurs, la question posée du point de vue psychanalytique est celle de l'affect. Un commentaire s'impose ici.



Les médicaments utilisés en psychiatrie sont tous issus de découvertes fortuites et leur validation première a été empirique : on appelle les uns, « antipsychotiques », car on a constaté qu'ils agissent sur les symptômes psychotiques, les autres « antidépresseurs », car ils rétablissent l'humeur dépressive. Cependant, ce faisant, les psychotropes se sont vus caractérisés à partir des cadres nosographiques existants, c'est-à-dire sur la base de ce qu'un autre courant, tout aussi empirique – celui de la clinique psychiatrique – avait isolé comme regroupements de pathologies mentales. Or, ce cadre qui, dans sa forme la plus générale, est celui élaboré par Kraepelin à la fin du 19^{ème} et au début du 20^{ème} siècles, comporte un paradoxe : il introduit une première grande sub-division entre pathologies de la pensée et pathologies des affects (démence précoce d'un côté, maladie maniaco-dépressive de l'autre), comme s'il était possible de concevoir un trouble de la pensée sans trouble des émotions et vice versa. Bien sûr, en lisant Kraepelin, on s'aperçoit aisément que sa réflexion clinique décrit bien les différentes pathologies isolées dans l'ensemble des domaines de la vie psychique que décline la psychologie traditionnelle : pensée, sentiments, volonté, action... Toutefois, la terminologie que nous utilisons garde la trace de cette sub-division initiale et fondatrice (on parle par exemple de « mood disorders », « troubles de l'humeur »), assignant par voie de conséquence aux antidépresseurs un effet sur ce que la psychanalyse définit comme des « affects », avec donc le risque de voir l'effet de ces médicaments échapper à une réflexion plus globale, intégrée dans l'ensemble des dimensions de l'appareil psychique, tel que nous concevons ce dernier.

La question qui se pose dès lors, dans une tentative d'interprétation psychanalytique des effets des antidépresseurs, est la suivante : quelle est la place de l'affect dans la vie psychique, quelle est son articulation avec l'ensemble des opérations mentales et avec l'organisation de la vie psychique en général ? Dans son travail sur l'affect, André Green (1973) avait souligné la double nature de l'affect dans la théorisation métapsychologique : il est à fois doté d'une dimension *quantitative* (connaissant des intensités variables, qui correspondent à des mouvements d'ordre économique, et qui le rapprochent de la notion de *sensation*) et d'une dimension *qualitative* qui est déterminante pour la direction (le *sens*) des opérations mentales (en cela que, pour Freud (1915a), c'est l'inscription d'une expérience au sein de la variable plaisir/déplaisir qui détermine, en dernière instance, la mise en route des opérations défensives et, de façon plus générale, du mouvement psychique). Cependant, si la dimension qualitative rend suffisamment compte du mouvement général et, en définitive, de la *finalité* du travail psychique, la question du destin de l'élément quantitatif – la question de son économie – reste ouverte, et globalement peu étudiée en psychanalyse. Dans *L'inconscient* (1915b), Freud esquisse une réflexion sur ce point particulier. Alors que les représentations, dit-il, sont des investissements de « traces mnésiques », les affects « correspondent à des processus d'éconduction, dont les manifestations dernières sont perçues comme sensations ». Autrement dit : les représentations constituent l'élément statique du fonctionnement mental, quand bien même elles se trouvent investies ; le mouvement d'une représentation à l'autre (le mouvement

d'éconduction) produit cet élément dynamique, l'affect, avec sa double polarité : sa *qualité* décide de la direction des opérations et de leur terminaison théorique finale, c'est-à-dire de la possibilité de décharge en tant qu'expérience de satisfaction, à travers l'organisation d'une *action* qui permet le passage par l'activité musculaire terminale ; sa *quantité* fournit les fonds, le facteur économique, l'énergie motrice, pour mener à bien ce passage à l'action.

On voit ainsi apparaître un lien – que les travaux d'Augustin Jeanneau (1980, 1993) sur les psychotropes ont particulièrement mis en évidence – entre la composante économique de l'affect et le passage à l'action en tant que destination finale du mouvement psychique sur le chemin de la satisfaction du désir : affect et action partageraient un même fonds d'investissement. Ils se trouveraient, économiquement parlant, dans un rapport d'équilibre dynamique : l'affect se produirait en lieu et place d'une éconduction qui n'est pas allée jusqu'à son aboutissement théorique final, c'est-à-dire jusqu'à l'action. D'où la formulation de Jeanneau, l'« affect, négatif de l'action », et son hypothèse que « le travail de la substance psychotrope pourrait être envisagé comme principalement destiné à déplacer, ou plus souvent à rétablir les liaisons entre l'affect et la représentation », et ce « afin de mieux déporter et aménager au dehors les souffrances de l'intérieur » (Jeanneau, 1980).

Cette hypothèse ouvre sur un certain nombre de prolongements, dont certains dépassent le seul cadre des antidépresseurs, et que nous ne pouvons qu'effleurer dans les limites du présent exposé :

a) Le modèle de liaison entre affect et action dans les états dépressifs permet de repenser une opposition, apparue ces dernières années, entre différents modèles de la clinique psychiatrique des états dépressifs : l'opposition entre le modèle du trouble de l'humeur et le modèle du trouble psychomoteur (la dépression comme ralentissement ou inhibition).

b) Un deuxième élément d'ouverture que permet l'hypothèse présentée ici concerne l'efficacité des traitements antidépresseurs. Dans la pratique de la prescription psychiatrique courante, on considère généralement que les antidépresseurs atteignent leur objectif dans environ deux tiers ou trois quarts des cas, et nous comprenons comme « non répondeurs » les patients qui n'évoluent pas favorablement. Mais en réalité, on constate toujours une mise en mouvement sous ces médications : irritabilité, ou sub-excitation désagréable, ou insomnie, ou tremblements, ou secousses musculaires — toute une mobilisation de l'appareil psycho-moteur et même neuro-végétatif est souvent observée, tantôt de façon transitoire, dans une première phase du traitement, avant le rétablissement de l'humeur, et parfois de façon durable et persistante, dans les cas notamment où l'inversion de l'humeur ne se produit pas. On assiste alors, dans ces derniers cas, à ce que nous appelons en psychanalyse une « réaction thérapeutique négative ». Les antidépresseurs « marchent », en ce sens qu'ils produisent bel et bien le mouvement économique escompté ; mais, pour des raisons probablement indépendantes de leur action propre,

le psychisme refuse de prendre le chemin de l'action, tant et si bien que les moyens de cette dernière sont versés dans l'agitation et l'inconfort psycho-moteurs. On est ainsi confrontés à un refus d'utilisation des fonds énergétiques mis à disposition par le traitement, avec toutes les hypothèses qui peuvent l'accompagner, et qui sont du ressort de la relation thérapeutique et du travail psychothérapique entre patient et prescripteur : un refus soit par défaut de représentations (de celles notamment servant à l'organisation de l'action), soit par érotisation d'ordre masochique de l'affect dépressif, soit par hostilité, agressivité ou résistance à l'égard du prescripteur lui-même et de son action sur le sujet, etc. On reprendra cette discussion vers la fin de l'exposé.

c) Dans ce même ordre d'idées, cette dialectique entre affect et action permet de mieux comprendre certains « effets secondaires psychiques » des antidépresseurs, notamment l'inversion maniaque, et plus globalement l'agitation et l'hyperactivité qu'ils peuvent induire. Nous avons toujours su que la prescription de ces produits chez les patients psychotiques est à la fois nécessaire à certains moments de leur évolution, et en même temps souvent délicate, du fait du risque de ce qu'on appelle les « réactivations hallucinatoires et délirantes ». On a ici affaire à une démonstration quasi expérimentale de l'équilibre entre affect et action : la conversion de l'un à l'autre est d'autant plus périlleuse que l'appareil psychique n'est pas suffisamment « outillé » pour garder le lien entre représentation et perception, entre représentation motrice et mise en acte, ce qui est classiquement le cas de l'appareil psychique des patients psychotiques. Dans leur cas, le produit risque donc effectivement de précipiter des mouvements trop brutaux de passage de l'affect à l'action, le travail de représentation (de *représentance*) étant trop défaillant pour contenir (pour *lier*) les transformations économiques ainsi induites.

d) Enfin, la question posée ici dépasse le cadre de seuls antidépresseurs en impliquant la propriété plus générale du psychisme humain à la *projectivité*, définie comme « la faculté, l'aptitude fondamentale du psychisme humain à s'approprier son espace corporel et environnemental pour en tirer des sensations et des représentations propres à enrichir son propre espace mental » (Kapsambelis, 2002a). Probablement, la totalité des médicaments psychotropes – et pas seulement ceux à usage thérapeutique – sont caractérisés par leur intrication avec la projectivité, que ceci se déroule entre le psychisme et le corps, comme on l'a vu avec les neuroleptiques, ou entre le psychisme et le monde extérieur, comme dans le cas des antidépresseurs. Pour le meilleur ou pour le pire, les psychotropes semblent avoir toujours été utilisés par l'être humain comme des occasions de nouvelles liaisons entre le dedans et le dehors, entre le psychisme et son environnement sensoriel, qu'il s'agisse de l'environnement corporel ou extéroceptif : les psychotropes sont générateurs de nouvelles expériences qui potentiellement viendront s'inscrire sur la gamme plaisir/déplaisir de nos sensations corporelles et (ou) de nos excitations perceptives. Ils sont donc intimement liés aux processus de

production nouvelles « qualifications » de ces expériences – et en ce sens ils apparaissent comme des instruments d'appropriation, par le psychisme, de son environnement sensoriel, corporel ou extéroceptif : c'est le sens de leur intrication à la projectivité.

* * *

À travers les deux exemples d'interprétation d'effets (des neuroleptiques et des antidépresseurs), nous avons vu nos considérations se complexifier, au fur et à mesure qu'on introduisait de nouveaux concepts psychanalytiques pour mieux rendre compte des effets des médicaments psychotropes. Pourtant, on est toujours dans l'interprétation de leurs effets, ce qui veut dire qu'on est dans une vue « anthropologique », une vue dont la constitution nécessite une « vue d'ensemble » : lorsqu'on parle des neuroleptiques chez les patients psychotiques, des antidépresseurs chez les déprimés..., on parle toujours de *groupes* de patients. On parle des *effets des psychotropes chez l'homme*, et non pas de *l'homme sous psychotropes*. Il nous reste encore à pénétrer au niveau de la singularité individuelle, qui a aussi ses propres lois et enchaînements causaux, bien que se trouvant dans un rapport de dépendance mutuelle avec l'interprétation de niveau anthropologique. Une vignette clinique, paradigmatique grâce à sa simplicité, soutiendra note réflexion.

M. V. est un patient dont je fais la connaissance il y a quatre ans. Il a pris rendez-vous de lui-même à notre centre de consultations ; des amis, ainsi que sa famille qui se trouve à l'étranger, lui ont conseillé de s'adresser à un psychiatre, ce qu'il a fini par faire, non sans hésitation. En deux entretiens, il m'expose une existence d'errance et de dénuement extrêmes : il habite à Paris, seul et sans revenus, il vit de quelques rares subsides envoyés par sa famille, il dort dans des caves d'immeubles où il entre par effraction. Dans un langage haché, entrecoupé d'arrêts de la pensée et de silences perplexes, il m'expose des idées délirantes de type paranoïde, qui font de lui un criminel sexuel, éventuellement poursuivi par la police ; il se reproche d'avoir tendance à regarder les hommes qui se déshabillent dans les piscines publiques, où il se rend pour se maintenir dans un état de relative propreté, et croit que ces pensées obscènes, homosexuelles et peut-être pédophiles, connues de tous, risquent de le conduire en prison. Au bout de deux entretiens, je lui propose un traitement antipsychotique à de posologies très faibles, ce qui s'avère être une erreur, car il ne revient plus me voir.

Il reprend rendez-vous un an plus tard. Il m'explique que la proposition de traitement lui a fait peur, qu'il ne veut pas prendre des médicaments psychiatriques, mais qu'il souhaiterait avoir quelques entretiens avec moi, ayant eu le sentiment, lors de nos rencontres un an auparavant, que je pourrais l'aider à réfléchir à sa situation. S'engage alors une consultation à un rythme à peu près bimensuel, qui va durer environ un an, et au cours de laquelle il m'exposera les grandes lignes de son existence : sa naissance dans un

pays lointain, d'une union mixte entre un français et une asiatique ; l'ambiguïté réelle ou supposée des origines de son nom de famille (son nom est français, mais il croit déceler, dans son orthographe et dans sa prononciation, comme un message énigmatique, se rapportant à ce qu'il croit être le nom de jeune fille de sa mère) ; et bien sûr, les idées délirantes sur sa « perversion sexuelle ». Par petites touches, je tente un très prudent travail de rapprochement entre sa problématique d'exclusion de la filiation paternelle et ce qu'il considère comme sa perversion pédophile et homosexuelle. Au bout de cette période, il accepte la mise en place d'une allocation pour adultes handicapés, et trouve une chambre dans un foyer pour sans domicile fixe. Puis, il arrête à nouveau de venir me voir.

M. V. revient à la consultation six mois plus tard. Je suis surpris par son amélioration d'ensemble : nettement plus organisé, me dit se sentir moins persécuté par la police et avoir relativisé ses tendances perverses. Il travaille de façon intermittente dans le gardiennage, grâce notamment à sa bonne connaissance de l'anglais (il a vécu au cours de son adolescence dans un pays de langue anglaise, où ses parents ont trouvé refuge en quittant l'Asie, et où ils demeurent toujours). Il pense pouvoir améliorer sa situation, a des projets d'avenir, notamment d'études. Il se rend compte de ses difficultés relationnelles, qu'il relie lui-même à des difficultés de pensée, « comme si sa tête refusait par moments de penser ». Je lui vante à nouveau les mérites d'un traitement neuroleptiques atypique – un autre que celui de la première tentative de médication – et, cette fois-ci, il se laisse convaincre.

Un mois plus tard, je suis consterné d'entendre M. V. me dire que le traitement que je lui ai prescrit l'a « massacré ». « Oui, dit-il devant mon expression faciale étonnée, massacré. Votre médicament m'a massacré. Il m'empêche de réaliser mes projets dans la vie, mes désirs les plus chers ». Comment ça ? Il m'explique alors qu'il avait formé le projet de s'acheter un caméscope et de se filmer soi-même dans le but de soumettre sa candidature à l'émission télévisuelle de Star Academy. Or, ses maigres revenus ne lui permettent pas d'acquérir le caméscope tout en se nourrissant convenablement. « Avant ce traitement, dit-il, ça n'aurait pas été un problème pour moi de passer quinze jours sans manger, ça m'est déjà arrivé par le passé, je peux très bien tenir le coup. Avec votre traitement, ça a été impossible : j'avais faim, je ne pouvais pas tenir... Au bout de trois jours, je suis allé au supermarché, c'en était fini du caméscope ». Un peu abasourdi par la démonstration, je prends le parti de « psychodramatiser » la situation, en me lançant dans une déclaration mêlant emphase et indignation : Comment ? Comment peut-il me reprocher une chose pareille ? De quoi s'attend-il donc de la part d'un médecin ? Qu'il lui donne sa bénédiction pour mourir de faim ? Qu'il lui dise « bravo » de se maltraiter soi-même et de se laisser dépérir ? M. V. m'écoute quelque peu surpris ; il ne fait aucun commentaire, mais accepte une nouvelle ordonnance à la fin de l'entretien. Par la suite, et jusqu'à présent, un an plus tard, il continue le

traitement à sa façon, en le prenant de façon semi-régulière, tout en me demandant régulièrement le renouvellement de l'ordonnance lorsqu'il termine sa boîte de comprimés. Quelques mois plus tard, il est revenu sur l'entretien qu'on avait eu à propos du traitement, pour dire qu'il n'est pas d'accord avec moi, que ce traitement nuit effectivement à la réalisation de ses désirs, mais que la discussion qu'on a eu l'avait « marqué ».

Voilà une situation clinique exemplaire, car assez simple, de réception individualisée d'un traitement psychotrope. Le neuroleptique administré donne faim – ce fait est connu et bien établi, on pourrait même remonter à ses éventuels effets endocrinologiques. On peut dire qu'il donne faim de façon aussi incontestable que les neuroleptiques de la génération précédente donnaient des effets secondaires neurologiques. Toutefois, cette donnée de type « anthropologique » (et peut-être même plus généralement biologique, car on peut observer certains de ces effets chez d'autres mammifères) ne nous renseigne nullement sur la façon dont la sensation de la faim – et le fait de manger – sont considérés par la personne qui vit ces expériences somatiques ; nous ne savons pas ce qu'il en fera dans son travail psychique. En l'occurrence, il nous le dit : il nous dit que, de façon très classiquement psychotique, et même typiquement schizophrénique, ce qui lui tient lieu de mouvement objectal – l'envoi de sa cassette vidéo à l'émission de télévision – entre immédiatement en opposition avec les mouvements les plus fondamentaux de sauvegarde de soi, à savoir l'alimentation. Remarquons au passage que, tout comme avec l'investissement l'hypocondriaque des effets secondaires neurologiques des neuroleptiques classiques, on

vérifie une fois de plus l'intrication des effets des neuroleptiques avec la restauration des investissements narcissiques : le patient nous dit, en somme, que ce qui est l'ancêtre et le fondement de son investissement narcissique (les pulsions du moi, les pulsions d'auto-conservation dans la première théorie des pulsions) entre en concurrence immédiate avec l'objectalité – et que cette concurrence est *irréductible* : c'est l'un *ou* l'autre. Mais l'échange cité nous dit bien davantage : il nous montre que, du moment où une substance psychotrope produit un effet, celui-ci ne peut pas échapper à sa « psychisation », à sa « mentalisation », et cette opération est toujours synonyme de « processus de qualification singulière » auprès du patient, alors même que nous pouvons décrire et même caractériser ses effets d'un point de vue anthropologique : *le médicament l'a « massacré » pour les mêmes raisons, pour lesquelles il aurait pu tout aussi bien dire qu'il l'a « sauvé ».*

Ouvrons ici une courte parenthèse pour revenir à l'un des premiers textes de Freud (1895b), là où il commence tout juste à ouvrir son champ d'investigation, en prolongeant certaines réflexions déjà présentes dans l'*Esquisse* de la même année. Comme il était essentiellement préoccupé, à l'époque, par l'établissement de l'autonomie de la névrose d'angoisse et son rattachement à l'« étiologie sexuelle », Freud a peu repris ces réflexions, qui débouchaient pourtant sur la question qui nous préoccupe ici : celle de la sensation corporelle en tant qu'événement somatique, et de ses rapports avec la variable plaisir - déplaisir. Freud remarquait donc, dans ce texte, que les modifications physiologiques qui accompagnent une crise d'angoisse sont très proches, *en tant que telles*, de celles qui sont constatées lors du coït : « La



conception développée ici [l'étiologie sexuelle de la névrose d'angoisse] présente les symptômes de la névrose d'angoisse dans une certaine mesure comme des succédanés de l'action spécifique faisant suite à l'excitation sexuelle, et qui a été omise. Je rappelle, en outre, à l'appui de cette conception, que dans le coït normal aussi l'excitation se dépense conjointement comme accélération de la respiration, battements de coeur, bouffée de sueur, congestion, etc. Dans les accès d'angoisse correspondant à notre névrose, on rencontre la dyspnée, les battements de coeur, etc., du coït, isolés et accrus ». Ce que nous pouvons traduire à la façon suivante : au plan somatique, un certain nombre de manifestations peuvent se produire (se produisent continuellement, en fait), et deviennent perceptibles à partir d'un seuil, c'est-à-dire lorsqu'elles atteignent une certaine intensité, autrement dit à *partir d'une certaine quantité*. Mais au moment où cette excitation corporelle atteint le seuil de la perception et devient, de ce fait, consciente, c'est-à-dire *sensation*, il se produit invariablement une deuxième opération, que s'apparente à une opération de *qualification* : pour entrer dans l'espace psychique, la sensation doit impérativement entrer dans un certain nombre de catégories opposées (agréable/désagréable, inquiétant/apaisant, triste/gai, etc.), ce qui, en dernière analyse, signifie qu'elle sera située sur l'axe de la variable plaisir/déplaisir (rares sont les êtres humains qui, à l'instar de certains autistes, semblent parvenir à faire pénétrer une excitation corporelle dans l'espace de leur conscience, sans qu'aucune qualification ne lui soit conférée). C'est cet ensemble d'opérations que, dans l'*Esquisse*, Freud appelle la « transformation des quantités en qualités » (Freud, 1895a), et c'est pour rendre compte, entre autres, de cette transformation qu'il a introduit le *principe de plaisir* comme principe général du fonctionnement mental : pour le psychisme humain, le principe de plaisir n'est pas un simple « opposé » au principe de réalité (ce qui me semble être une façon trop fonctionnaliste et pragmatique de considérer la vie psychique) : il est avant tout le principe présidant aux opérations de qualification, et donc la seule hypothèse nous permettant de concevoir la constitution des représentations mentales et le psychisme en général, non pas sur un modèle de machine – aussi sophistiquée soit-elle – mais sur un modèle biologique, c'est-à-dire d'organisme vivant (Angelergues, 1989, 1993, Kapsambelis, 2002b).

L'étude de ces qualifications a été constamment présente dans les premiers travaux des psychanalystes sur les effets des psychotropes, et elle a été explorée parallèlement à leurs hypothèses sur leur interprétation. Racamier et Carretier (1965) dégagent la notion de « signification agissante » pour caractériser le principal élément transfert - contre-transfert de la relation patient/prescripteur : « pour l'un des protagonistes au moins, et souvent pour l'autre, le médicament est investi, outre sa fonction propre, de tout ce qui ne s'adresse pas au partenaire, tout en lui étant destiné. Une part parfois importante et parfois majeure, des besoins, pulsions et défenses du patient, se trouve engagée et comme enfermée dans le médicament et ce qu'il représente. Tantôt

au service de la défense contre la verbalisation, l'expression des affects ou des besoins personnels, le rapprochement relationnel avec le thérapeute, tantôt servant de moyen de nourrissage oral passif, tantôt de moyen d'agression détournée - le médicament devient le vecteur des conflits les plus significatifs du malade et, éventuellement, des difficultés propres du thérapeute ». Certaines des « significations agissantes » isolées et décrites par ces auteurs restent encore d'une grande actualité aujourd'hui (« médicament-lait », « médicament-écran », « médicament-béquille », « médicament-coup de poing »...). Elles ont été complétées par celles décrites par Guyotat et ses collaborateurs (1967) : le médicament « apaisant », le médicament « trouble-fête », le médicament servant à l'exclusion (du malade), le médicament « support des échanges agressifs à l'intérieur de l'institution », le médicament-sanction thérapeutique. D'autres auteurs, comme Sarwer-Foner (1957, 1959) ont étudié les réactions « paradoxales » ou inattendues des médicaments, et plus généralement les écarts entre leurs effets cliniques théoriquement attendus, leurs effets cliniques constatés, et l'appréciation subjective du patient de ces mêmes effets. Ils ont montré que même les effets les plus typiquement « thérapeutiques », comme l'anxiolyse ou la réduction des hallucinations et des idées persécutives, peuvent être vécus par le patient aussi bien comme un soulagement bienvenu et une « reprise de contrôle de soi-même », que comme une amputation psychique (« je ne sens plus rien », « je suis vide », etc.), cette appréciation finale de l'effet des psychotropes, qui seule détermine, en fin de compte, l'acceptation du traitement, étant fonction des attitudes et contre-attitudes du prescripteur et des soignants qui administrent les médicaments et qui sont les premiers à recueillir les impressions du patient de son expérience chimiothérapique.

Les particularités de l'esprit humain : ses rapports à la parole et aux représentations verbales, instruments par excellence de qualification ; son rapport à son histoire passée et notamment à ses expériences somato-psychiques infantiles, au cours desquelles il acquiert ses premières qualifications ; le fait même que ces premières qualifications proviennent, le plus souvent, d'autrui, à savoir des humains de l'entourage immédiat ; mais aussi d'autres particularités, comme par exemple sa double identification masculine et féminine, ou encore son aptitude à produire des significations agissantes, etc. – ces particularités donc font que les quantités qui circulent à l'intérieur de son organisme peuvent exister dans une relative indétermination eu égard à leur éventuelle qualification. Ceci signifie que la qualification peut, « à quantité égale » en quelque sorte, varier non seulement selon l'individu, mais aussi chez le même individu selon le moment, selon le contexte, etc. D'ailleurs, nous partageons tous une expérience qui confirme amplement ce point de vue : nous savons que lors de la prise de notre psychotrope préféré, à savoir du vin, nos réactions, nos états émotionnels, nos sensations de plaisir ou de déplaisir peuvent extrêmement varier selon la prédisposition psychique du moment, selon notre compagnie, selon l'état d'esprit dans lequel nous

buvons, etc. Nous avons donc tous un aperçu très concret du fait que le niveau anthropologique – niveau auquel il est possible de décrire un certain nombre d'effets de l'alcool chez l'être humain – se retravaille en permanence avec le niveau de la qualification individuelle, avec ses deux racines, diachronique (l'histoire des qualifications antérieures d'expériences semblables) et synchronique (la situation actuelle de notre travail psychique au moment de l'apparition de la nouvelle excitation que constitue l'absorption du psychotrope).

Mais quels sont les chemins de ces processus de qualification chez l'être l'humain ? Nous avons vu qu'ils possèdent forcément une dimension diachronique et une dimension synchronique, qu'ils se relient à notre histoire et notre objectalité présente. Mais comment se construisent-ils ? Et en quoi le prescripteur en est-il partie prenante ?

Il se trouve que, de toutes les particularités de l'esprit humain rapidement énumérées plus haut, il en est une qui est d'une grande importance pour la question qui nous intéresse ici : il s'agit du fait qu'un autre humain, celui ou ceux qui accompagnent nos premiers pas dans notre appropriation de nos expériences corporelles et plus généralement physiques, nous abreuve à chacun instant, nous distille jour après jour, ses propres qualifications de nos expériences physiques à nous ; ce qui signifie, non seulement qu'il nous entraîne de ce fait dans cette identification « forcée » qui fait de l'humain un humain, mais que, en outre, il forme notre psychisme à partir de ce qu'il a déjà imaginé, désiré, souhaité, fantasmé, etc. à notre sujet. Tant et si bien que l'on pourrait dire : dans la mesure où les qualifications, génétiquement, apparaissent et s'établissent chez l'être humain à travers la parole « qualifiante » d'un autre humain (de ceux et de

elles, avec lesquels nous avons fait l'apprentissage de nos premières expériences de qualification de nos événements corporels), c'est probablement *dans le dialogue interne et externe avec un autre humain que l'être humain continue, tout au long de sa vie, à qualifier les expériences corporelles que diverses situations, dont la prise de psychotropes, produisent en son intérieur et demandent leur « prise en charge », leur représentation au niveau de sa vie psychique, c'est-à-dire leur inscription psychique selon la variable plaisir/déplaisir.*

On voit donc comment la spécificité de la prescription en psychiatrie vient relier les expériences somato-psychiques des molécules psychotropes au prescripteur, non pas seulement comme fournisseur du produit, mais aussi comme agent actif de sa qualification finale dans le psychisme. Certes, notre travail de médecins exige de nous un certain formalisme de la pensée, un certain guide de la pratique, qui nécessite de séparer, par exemple, effets thérapeutiques et effets secondaires, effets psychiques bénéfiques et effets psychiques dangereux, etc. Toutefois, pouvoir rester sensible aux effets des psychotropes (aux expériences corporelles qu'ils produisent, aux sensations qu'ils induisent) en tant qu'un tout indissociable ; pouvoir imaginer ce « tout » basculant d'un côté ou de l'autre de l'axe plaisir/déplaisir à partir d'opérations de qualification qui, elles, sont relativement indépendantes des psychotropes ; et surtout, pouvoir s'insérer dans le travail interne de qualification que fournit le sujet et en devenir un de ses principaux co-producteurs – voilà ce qui, je crois, fonde la spécificité de la prescription en psychiatrie, dans un mouvement qui, à chaque étape de la prescription, vient intercaler le prescripteur en tant qu'« autre humain » entre le médicament et l'expérience somato-psychique du patient.



Bibliographie

- Angelergues R. (1989), *La psychiatrie devant la qualité de l'homme*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Angelergues R. (1993), *L'homme psychique*, Paris, Calmann-Lévy.
- Freud S. (1895a), « Esquisse d'une psychologie scientifique », dans *La naissance de la psychanalyse*, trad. franç. A. Berman, Paris, Presses Universitaires de France, 1979, p. 307-396.
- Freud S. (1895b), « Du bien-fondé à séparer de la neurasthénie un complexe de symptômes déterminé, en tant que « névrose d'angoisse », *Oeuvres Complètes de Freud. Psychanalyse* III : 29-58, Paris, Presses Universitaires de France, 1989.
- Freud S. (1914), « Pour introduire le narcissisme », dans *La vie sexuelle*, trad. franç. J. Laplanche et col., Paris, Presses Universitaires de France, 1969, p. 81-105.
- Freud S. (1915a), Le refoulement. *Oeuvres Complètes de Freud, Psychanalyse* XIII : 187-201, Paris, Presses Universitaires de France, 1988.
- Freud S. (1915b), L'inconscient. *Oeuvres Complètes de Freud, Psychanalyse* XIII : 203-242, Paris, Presses Universitaires de France, 1988.
- Freud S. (1920), Au-delà du principe de plaisir. *Oeuvres Complètes de Freud, Psychanalyse* XV : 273-338. Paris, Presses Universitaires de France, 1996.
- Green A. (1973) *Le discours vivant. La conception psychanalytique de l'affect*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Guyotat J. (1967), « Recherches sur l'action psychodynamique des antidépresseurs », dans P.-A. Lambert (éd), *Actualités de Thérapeutique Psychiatrique*, II^e série, Paris, Masson, p. 65-97.
- Guyotat J. (1970), « Aspects du narcissisme dans les psychoses (Réflexions à partir d'expériences de thérapie institutionnelle et de certaines chimiothérapies) », *Evolution Psychiatrique*, 35 (2) : 321-342.
- Jeanneau A. (1980), « Mouvements psychiatriques et psychopharmacologie. Entre l'affect et la représentation », *Evolution Psychiatrique*, 45 (4) : 691-703.
- Jeanneau A. (1993), « A propos de la pulsion et des substances psychotropes. Réflexions métapsychologiques d'un prescripteur », *Les Cahiers du Centre de psychanalyse et de psychothérapie*, 26 : 23-32.
- Kapsambelis V. (1994), *Les médicaments du narcissisme. Métapsychologie des neuroleptiques*, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond.
- Kapsambelis V. (1999), « La psychanalyse face aux médications neuroleptiques », dans J. Chambrier, R. Perron, V. Souffir (dir), *Les psychoses*, tome III : *Pratiques*. Monographies de la Revue française de Psychanalyse, Paris, Presses Universitaires de France, p. 125-144.
- Kapsambelis V. (2002a), « Pour introduire les psychotropes en métapsychologie » *Psychanalyse et psychose* 2 : 193-218.
- Kapsambelis V. (2002b), « L'anhédonie, approches psychanalytiques : la psychanalyse freudienne », dans G. Loas, *L'anhédonie. L'insensibilité au plaisir*, Paris, Éditions Doin, 2002, p. 33-52.
- Lambert P.-A. (1967), « Désafférentation et drogues psychotropes. À propos d'une conception du mode d'action des neuroleptiques », dans P.-A. Lambert (éd), *Actualités de Thérapeutique Psychiatrique*, II^e série, Paris, Masson, p. 99-120.
- Lambert P.-A. (1990), *Psychanalyse et psychopharmacologie*, Paris, Masson.
- Racamier P.-C., Carretier L. (1965), « Relation psychothérapique et relation médicamenteuse dans l'institution psychiatrique », dans P.-A. Lambert (éd), *La relation médecin-malade au cours des chimiothérapies psychiatriques*, Paris, Masson, p. 58-82.
- Sarwer-Foner G.J. (1957), « Psycho-analytic theories of activity-passivity conflicts and of the continuum of Ego defences. Experimental verification, using reserpine and chlorpromazine », *Arch Neurol and Psychiat* 78 : 413-418.
- Sarwer-Foner G.J. (1959), « Some psychodynamic and neurological aspects of "paradoxical" behavioural reactions » dans P. Bradley, P. Deniker et C. Radouco-Thomas (ed), *Proc. First Meet. of the Col. Intern. Neuro-Psychopharmacology*. Amsterdam-Londres : Elsevier Publ. Comp., p. 488-491.



Bernard Hubert

Le médicament comme objet

Pour parler du médicament comme objet, je ne vais pas aborder la psychologie du médicament, ni tenter d'analyser le vécu du patient par rapport à lui.

J'aimerais plutôt essayer de déterminer la place que le médicament vient occuper dans l'économie libidinale au-delà de tel ou tel vécu particulier.

Souvent, lors d'échanges informels avec des collègues, c'est toujours avec étonnement que nous nous interrogeons sur la place que peut jouer un traitement minime chez des patients psychotiques stabilisés.

Le plus souvent dans ces cas, l'arrêt complet du traitement entraîne une rechute. Aussi, ces patients finissent par refuser d'envisager une quelconque interruption de ce traitement.

Dans certains cas, la modestie des doses prescrites peut faire poser la question de savoir si l'effet stabilisateur constaté n'est que le résultat de l'effet pharmacologique ou si l'on se retrouve devant un phénomène complexe où l'action pharmacologique n'est qu'un aspect du problème.

Par exemple, c'est le cas de cette patiente dont le traitement n'est plus que de 50 mg de Solian ou de cet autre ne prenant plus que un ou deux comprimés de Dogmatil 50, ou encore d'une autre patiente n'ayant plus qu'un demi comprimé d'Haldol à 5 mg.

On peut raisonnablement penser qu'à côté de l'effet pharmacologique, le médicament, dans certains cas, est investi d'une manière telle, qu'il finit par occuper une place bien particulière dans l'économie psychique.

Ainsi, ce patient, Monsieur T., vient me voir depuis une vingtaine d'années. Actuellement, son traitement se résume à un ou deux comprimés de Dogmatil 50, plus, lorsqu'il se sent anxieux, un tout petit morceau de Tercian 25 mg « qu'il grignote », selon son expression. Ceci a pour effet de complètement le détendre au point que sa compagne le trouve alors dans un état second et lointain, ce dont elle se plaint évidemment. Comme il me demande ce qu'il pourrait faire, il est ennuyé par le retentissement que cela a sur leur

relation, je lui répond qu'effectivement, s'il est arrivé à ne plus prendre que quelques mg de ce médicament, il pourrait envisager de l'arrêter. Lors d'une séance ultérieure, il me dira qu'il a essayé de l'arrêter mais se sentant très mal à l'aise, il a préféré le reprendre.

Voilà, me dira-t-on, un effet rentrant dans le cadre des effets placebos.

Je ne pense pas que l'explication de ce côté soit justifiée.

En effet, ces médicaments, pendant des années, ont été pris à doses élevées et ont eu un effet sur certaines manifestations du processus psychotique. Tout ceci joue sûrement un rôle sur la manière dont ils seront ensuite investis. On pourrait dire que leur degré d'investissement est proportionnel à l'importance du remaniement entraîné par l'effet pharmacologique, à condition que ce remaniement puisse être repris positivement par le sujet.

C'est sans doute là que la parole que l'on peut lier avec un sujet malade prend toute sa place, que l'instauration de ce lien s'appelle psychothérapie, sociothérapie ou psychanalyse.

Devant quelle situation nous trouvons-nous ?

Prenons le cas du patient entré dans une phase de stabilisation (les cas en phase aiguë posent d'autres problèmes), c'est-à-dire ayant constitué un délire. Je voudrais mettre l'accent sur un point qui me paraît essentiel, celui que considère Freud quand il déclare que le psychotique aime son délire comme lui-même.

Que veut nous dire Freud par là ?

Freud veut nous dire que c'est à travers la construction délirante que le psychotique essaie de réinstaurer une position existentielle qui lui permette sinon de vivre normalement, tout simplement de vivre en restaurant un narcissisme primaire.

Ainsi une patiente finit par refuser le traitement que je lui prescrivais car cela l'empêchait, disait-elle, de converser avec ses voix.

Si le délire occupe cette place capitale, en permettant au patient un certain degré de reconstruction, on peut se demander ce que peut entraîner sa disparition, sous l'effet d'un traitement.

Nous nous trouvons alors, sans doute, face à tout ce qui est décrit sous la rubrique des symptômes négatifs et dont la place n'est pas seulement le résultat des effets négatifs des neuroleptiques, censés eux, préserver les capacités positives d'initiative du patient.

Se retrouvant privé du délire, le patient a à réélaborer une position subjective avec d'autres moyens.

Le médicament tient, dans ce cheminement, une place certainement importante.

D'abord vécu comme une intrusion, une atteinte narcissique puisqu'il vise à supprimer la position laborieusement re-conquise à travers le délire, le patient n'aura de cesse de refuser le médicament, de l'expulser comme étranger et menaçant.

Le traitement, une fois instauré, que se passe-t-il ?

Ou bien cette position de refus persiste, ou bien le patient s'installe dans la symptomatologie négative écrasé par la perte de l'objet, ou bien et c'est ce cas que j'envisagerai, après une période plus ou moins longue de retrait affectif, d'enfermement dans un discours répétitif et stéréotypé, une réémergence du sujet apparaît au cours du processus de psychothérapie.

On s'aperçoit que le médicament est réinvesti différemment et prend une place de « bon objet ». Il n'est pas suffisant de parler de bon objet. Il faut arriver à comprendre comment l'objet peut venir occuper une place différente, telle que la position du sujet soit à nouveau possible.

C'est ce que nous montre ce patient, M. T., avec un petit morceau de Tercian qu'il n'arrive pas à abandonner. Il lui fait jouer un rôle protecteur contre l'angoisse destructive, mais en même temps, le médicament s'interpose dans la relation qu'il a avec sa compagne, venant fonctionner comme un écran protecteur entre elle et lui.

Le médicament vient s'inscrire comme un objet **proche de l'objet fétiche**. Freud a montré que l'objet fétiche vient conjindre dans un même temps, la reconnaissance de la castration, mais aussi son déni, dans une tentative d'échapper à l'angoisse qui y est attachée. On sait que c'est sur ce versant que s'inscrit la position perverse qui élèvera le déni à la hauteur d'une position éthique tendant à impossibiliser la perte.

Ici, cet objet jouera une toute autre fonction. Il permet au sujet de retrouver une position subjective face au problème de la castration, réinscrivant la perte comme possible.

Tout un processus est nécessairement parcouru pour que l'objet médicament vienne occuper une place différente. Le déplacement que l'on peut observer est celui qui doit s'opérer pour que le sujet puisse desserrer l'étau du processus psychotique.

Lacan dit que le psychotique a l'objet dans sa poche, c'est-à-dire qu'il pâtit de cet objet, une autre manière de dire que pour le sujet psychotique le manque s'abolit.

Avant de poursuivre, il me paraît nécessaire de dire quelques mots sur la nature de l'objet en psychanalyse qui n'est pas à confondre avec l'objet mondain courant qui est un objet désignable, saisissable, échangeable, etc...

Si nous prenons le premier objet de satisfaction que rencontre le petit d'homme, le sein, Freud montre que la satisfaction sitôt produite, renvoie à une trace de souvenir d'une première satisfaction, comme telle, toujours déjà perdue. Toute nouvelle recherche de sein est grosse de cette perte première. Toujours recherchée, elle n'est jamais retrouvée comme telle. Nous avons là le ressort du désir et de son insatisfaction fondamentale.

Lacan va radicaliser cette caractéristique de l'objet qu'il assimilera au manque lui-même, nommé objet *a*.

Prenant appui sur l'immersion de l'humain dans le langage, Lacan va insister sur le fait que cette entrée dans le langage s'accompagne obligatoirement d'une perte radicale.

La nomination qui donne à l'homme son formidable pouvoir sur la nature, s'accompagne d'une perte originelle.

Un objet, dès qu'il sera nommé, au niveau du signifiant qui le désigne, perd sa consistance d'objet.

Ce signifiant devenu autonome, va pouvoir entrer, avec d'autres signifiants dans toute une série d'acceptation différente. Le signifiant table par exemple le désignera aussi bien la table à manger, que les tables de la loi, la table de multiplication, ou entrera dans une expression comme, se mettre à table, aussi bien dans le sens de manger, que d'avouer.

Cette polysémie n'est possible qu'à partir de l'acte de nomination.



Or, c'est justement cette polysémie du langage qui est altérée dans la psychose, du fait que la perte pour lui est problématique.

S'il y a une transformation de l'objet médicament, c'est que quelque chose opère venant lui donner une place différente de l'objet mondain courant qu'il était et qu'il peut entrer dans ce processus du rapport de l'objet au sujet.

Au départ, cet objet médicament est incontestablement intrusif. Sa place commercera à être différente à partir du moment où il entraînera certains remaniements comme la disparition du délire.

Pour nous, thérapeutes, ceci peut être considéré comme une entrée dans la normalité, mais pas obligatoirement pour le patient qui, nous l'avons vu, se retrouve alors non pas devant un manque (cf. le manque constitutif de l'être) mais devant **un vide d'être**.

Tout le processus thérapeutique sera sans doute d'aider à creuser ce manque qui lui permettra d'être, échappant ainsi au vide destructeur.

Revenons à cette question : Comment peut-on considérer la suppression du délire par le traitement ?

N'est-ce pas quelque chose comme un coup de force, une castration imaginaire, laissant le sujet complètement démuné ?

Ce même patient, celui du petit bout de Tercian, Monsieur T., me déclarait longtemps après le début de sa maladie, en me parlant de son traitement : *« je m'abrutissais en prenant les médicaments. Je dormais. Je ne pouvais faire que cela, ne penser à rien... La seule chose qui comptait, c'était de venir vous voir... »*

Après la disparition des éléments les plus bruyants de son délire, il a connu une longue période d'oisiveté, entrecoupée de tentatives toujours avortées de reprise d'activité suivies de périodes de découragement, d'isolement, de sidération affective.

Ses seules activités résidaient effectivement dans le fait de venir me voir. Il venait régulièrement même s'il avait le plus grand mal à parler.

Il abordait quelques éléments de son histoire, la mort de son père, ses relations difficiles avec sa mère, sa place dans la fratrie. Doué pour la musique, il avait décompensé au moment où il commençait à réussir. Il ne pouvait pas s'expliquer cet échec et ne comprenait pas pourquoi après avoir reçu son premier « cachet » tout s'était effondré. Ce que je rapporte là en quelques phrases, il n'arrivait à le dire que par bribes très difficilement et une fois énoncées, c'était comme si tout avait été dit. Cela ne changeait rien à son état.

Au bout de quelques temps (deux ans environ), il cessa de venir. Quand je le revis deux à trois ans plus tard, il était installé dans ma salle d'attente sans m'avoir téléphoné pour reprendre rendez-vous, comme si le temps depuis notre dernière séance ne s'était pas écoulé et que je l'attendais. Je pus le recevoir. Il m'apprit que depuis, il avait travaillé comme déménageur, que c'était très dur, mais qu'il lui fallait un métier qui mette en jeu son corps sans faire appel à son esprit, sans lui demander la moindre réflexion. Épuisé, après le travail, il n'avait une hâte, dormir, se reposer et

cela recommençait ainsi les jours suivants. Ce travail avait le même effet que le traitement de départ. Mais, incontestablement, il était mieux, il arrivait à me parler plus facilement, il paraissait beaucoup moins angoissé.

A partir de ce moment-là, la thérapie se déroula selon ce modèle de fonctionnement. Il venait me voir quelques mois, disparaissait tout aussi brusquement, pour revenir sans crier gare. J'acceptais la chose, sans lui faire la moindre remarque, essayant toutes les fois où cela m'était possible, de le recevoir, même brièvement, quand il venait sans rendez-vous. Je constatais que les symptômes dits négatifs (retrait, apragmatisme, etc.) se réduisaient considérablement. Il décida de reprendre son activité musicale, renoua progressivement des liens sociaux, amicaux et sentimentaux, redonnant à sa vie une orientation.

Il géra pour ainsi dire lui-même son traitement, le réduisant progressivement, jusqu'à ne garder qu'une petite dose de neuroleptiques, mais en y tenant absolument.

Durant toute cette période, il n'a pratiquement jamais été question avec moi de la place du médicament. Et pourtant, du fait que, durant toutes ces années ce patient n'a jamais arrêté son traitement, nous avons la preuve de l'importance que le traitement avait pour lui. Comme pour marquer ceci transférentiellement, depuis quelques temps il me demande de lui prescrire son traitement, me disant qu'il sait très bien comment le prendre, l'augmentant ou le diminuant en fonction de la manière dont il se sent. En quelque sorte, il n'est plus le sujet passif et passivé pour l'autre. Il se pose d'une manière active reconnaissant l'importance du traitement, mais en même temps posant qu'il peut en assumer la responsabilité. Dans l'affaire, je ne suis que le prescripteur passif.

Que s'est-il passé pour que la position de ce patient par rapport à son traitement ait changé au point que l'on peut dire que l'effet thérapeutique du médicament condense bien autre chose que son effet purement pharmacologique ?

Avant d'essayer de répondre à cette question, je voudrais d'abord répondre à une objection qui vient immédiatement à l'esprit et qui pourrait se formuler ainsi. N'est-ce pas une pétition de principe de penser qu'il puisse y avoir un effet thérapeutique autre que pharmacologique ? Comment le prouver ?

Je rapporterai brièvement un autre cas, celui d'une jeune femme, Mlle B., étudiante, qui présenta un épisode délirant après une relation sexuelle avec un homme plus âgé qu'elle, dont elle découvrirait alors qu'il ne tenait absolument pas à elle.

Le traitement neurologique institué (Piportil) supprima l'envahissement délirant (automatisme mental : sentiment de possession, d'influence, etc.) qui fut remplacé par un symptôme hypochondriaque : une peur d'attraper le Sida accompagné d'un rituel de lavage envahissant toute son activité. Plus le traitement était augmenté, plus le symptôme de phobie du Sida devenait envahissant, comme si ce dernier était le rempart ultime contre la dissolution du tout lien, dissolution lui ayant été révélée par la nature de la rencontre qu'elle avait connue avec la sexualité. Les choses

Revenons au cas de Monsieur T. . Je représente pour ce patient une permanence symbolique dans la mesure où il a pu toujours me retrouver. Ce n'est qu'à partir du moment où il est assuré de cette permanence, qu'il pourra me perdre sans une sorte de jeu du Fort / Da.

Est-ce le fruit du hasard ou tout ce processus obéit-il à une nécessité interne faite d'une succession de rencontres au sens que Lacan donne à ce mot en traduisant le terme grec de « Tuché » ?





Michel Bayle

Point de vue du délégué médical sur la parole et le médicament

En mon ancienne qualité de Délégué médical ou d'Attaché à l'information médicale, ou encore V.M. (Visiteur médical - je n'aime pas toujours ce terme évoquant tourisme et promenade !), je voudrai témoigner ici de l'expérience que j'ai pu vivre au sein d'un laboratoire, leader à l'époque en psychiatrie, de la fin des années soixante jusqu'au début des années quatre-vingt-dix, aujourd'hui Sanofi-Aventis.

J'ai donc eu le privilège et la chance de participer à l'élaboration (phase IV) précédant l'A.M.M. et au lancement de la Pipothiazine et de ses deux dérivés à longue durée d'action : « NAP »

Ecrire aujourd'hui dans *Psy-Cause* sur le thème de la parole et du médicament m'apparaît comme un redoutable défi... Ecrire la parole, écrire sur la parole et le vocabulaire source de langage, de langue et de style... Evincer la parole pour la transférer, l'écrire, la transcrire. Le Dr. J.B. Pontalis a raison de parler de paradoxe de l'écriture puisqu'il s'agit d'aller en « deçà et même au-delà du langage ». On évoque le langage parlé, rarement le langage écrit... Nous parlerons donc du médicament au médecin, qui en parlera au malade, le médicament deviendra un élément relationnel entre le fabricant et l'utilisateur par l'intermédiaire d'un informateur et d'un prescripteur... La boucle est bouclée. Où se situe le médicament dans le langage de l'A.I.M. (l'Attaché à l'Information Médicale) qui le présente et le rappelle, le clinicien qui le prescrit et l'ordonne, l'infirmier qui le sert et le substitue ? L'A.I.M. en psychiatrie n'a pas dans sa serviette le médicament contre la folie et cependant, il va être le « reporter », le « messenger » de (et sur) l'information qu'il a prise, apprise et étudiée et qu'il va transmettre.

La visite médicale, puisqu'il faut bien l'appeler ainsi, n'est pas un mythe... Même si elle dérange parfois le médecin, elle demeure en définitive utile et même indispensable à l'information thérapeutique, le « Vidal » est jusqu'à ce jour demeuré muet ; Madame le docteur Jouglard, Directrice nationale de pharmacovigilance, avait insisté dans son exposé au cours d'une journée thérapeutique organisée à Marseille en novembre 1981 sur « le rôle du visiteur médical ».

Ce dernier demeure en effet le délégué d'une firme pharmaceutique et représente à ce titre le mode de communication le plus adapté à l'information aussi complète et objective

que possible. Quoi qu'il en soit, nous dirons que le médicament en terme de communication est d'abord un message, un signifiant entre deux interlocuteurs ; de la recherche au marketing jusque sur la langue du malade, il demeure un message, en sachant bien toutefois qu'il restera toujours suspendu entre Ma façon de m'exprimer et Ta façon de comprendre : le médicament existe dans ses variations d'en parler ; la limite, le problème du médicament n'est pas le mien. En revanche, mon problème, c'est la communication ou plus significativement celui de l'incommunication qui existe chez les responsables du monde médical : labos, médecins, malades, syndicats médicaux...

C'est au regard de ces évidences que P. Raynaud créait à Paris dans les années soixante-dix l'Institut de Linguistique Appliquée. Le médicament, par ces problèmes, suscitait enquêtes, analyses de texte, entretiens... Le résultat ne se faisait pas attendre. On s'apercevait que tous les responsables (labos, médecins, malades) ne parlaient pas de la même chose, sinon avec des langages différents. Le médicament, en l'occurrence, ce qui nous intéresse ici, le psychotrope et le neuroleptique en particulier n'est pas facile à définir, à faire entendre, ne se réduisant jamais au comprimé actif ou pas, pire ou meilleur qu'un autre... Enfin serait-il un mythe ? Si c'était le cas, pourquoi l'industrie pharmaceutique dépenserait-elle tant d'argent en campagnes marketing.

Le visiteur, lui, n'est pas un orateur mais un être de parole, même si parfois sa mise en scène est trop visible ! Car si certains d'entre eux apprennent leur argumentaire par coeur, c'est bien dommage, cela les regarde. J'ai toujours pensé par ailleurs que, si le concept « neuroleptique » évoluait depuis 1952 (date d'apparition et d'utilisation de la Chlorpromazine), le langage lui-même aussi, ce dernier s'adaptant (sur un mode toujours fragile) aux différentes structures que ce même concept, en évoluant, nous imposait au fil des ans... Chercher la « glaise des mots plutôt que la glose ». 1968 avait agi la psychiatrie plus qu'aucune autre discipline, le terme neuroleptique ne revêtait plus le même sens qu'en 1952, les notions de sédation, d'effet antipsychotique fusionnaient. Et, en termes de produits, le Largactil et le Nozinan visaient principalement la symptomatologie

bruyante de la psychose, l'aspect antidépresseur (observé dans les psychoses thymiques) s'est peu à peu effacé, relayé par les antidépresseurs vrais. La notion « antipsychotiques » se précisait sous deux aspects : sédatif et incisif (cf. l'historique classification de P.A. Lambert et du Pr. L. Revol) ; il ne sera pas question dans mon propos de reprendre toute la chevauchée odysséenne d'un demi-siècle de chimiothérapie. Une question néanmoins se pose : quels progrès peut-on espérer de la psycholinguistique sinon comme l'écrivait le Dr. A. De Feraudy de « saisir les phénomènes psychologiques et sociologiques en leur appliquant des méthodes linguistiques pour en fournir par l'étude des langages une explication des plus objectives » ? Elle se bornait seulement à constater des faits. Je signalai plus haut que la Pipotiazine (Piportil) allait nous permettre de présenter et de « travailler » (au sens laborieux du terme) le médicament comme nulle autre molécule ne nous l'aurait proposé ; cette dernière bouleversait les conceptions bien connues que les psychiatres entretenaient avec les neuroleptiques précédents, la notion « antipsychotiques » précisée par les aspects sédatif et incisif se maintient, la sédation possède encore l'image péjorative de la neuroleptisation. Pour parvenir à une définition satisfaisante de ce nouveau médicament et développer ses activités caractéristiques, le vocabulaire soudain tâtonnait, les variations de la posologie permettaient d'atteindre des symptômes différents. L'effet incisif (propriété des neuroleptiques de droite type Halopéridol ou Majeptil) s'obtenait avec des posologies plus élevées et on pouvait dès lors parler d'une sédation obtenue sans torpeur au contraire de celle rencontrée avec le Nozinan (époque où la sédation est synonyme de camisole chimique). Nous parlions à ce jour de « symptôme cible », symptôme « qui céderait sous l'action incisive du médicament » d'où la création de ce néologisme commode sans souci d'orthographe de « cédation » !

De nombreux médecins nous rapportaient que les N.A.P. efficaces et bien tolérés étaient différents du produit-père, plus difficile à manipuler et présentaient des effets secondaires gênants ; il s'agissait pourtant du même médicament que seuls les artifices technologiques différenciaient ; le langage ce stade n'était plus le même, le discours se déplaçait de l'activité à la tolérance et seule cette dernière était critère de bon produit. Le terme de « désinhibiteur écrit à dessein » exprimait bien le malaise que l'on rencontrait à vouloir le définir car, riche d'intérêt pour le malade mais mal vécu par le personnel soignant, il n'était pas encore considéré comme cet effet psycho-stimulant de « mieux-être » dont on parlerait peu à peu par la suite. Avec l'aval de certains médecins-chefs de service des H.P. visités, pousser la porte d'un pavillon fut pour moi un apprentissage exemplaire et nécessaire. Je me rendais compte soudain que la visite qui se déroulait dans le cabinet feutré du médecin n'était à mes yeux pas suffisante et je décidai de franchir le seuil que mon désir d'information auprès du personnel soignant sollicitait avec une urgence bien compréhensible. L'activité

de l'équipe revêtait à mes yeux une importance capitale, car elle vivait auprès des malades 24h/24. La première réunion... « piportilienne » ! eut lieu, ce n'est pas un hasard (qu'il me soit permis ici de citer son nom) avec J. Tosquellas dans son service de la Capelette à la Timone. Reconnaissons les faits : infirmières et infirmiers ne rencontraient jamais les labos (à cette époque) d'où une surprise, heureuse et méfiante à la fois, d'en voir surgir un pour leur parler du médicament. Quelle drôle d'idée ! Si l'équipe apprenait quelque chose, personnellement j'apprenais beaucoup. J'étais équipé de mes notes de réunions nationales, de T.A.P. (tirés à part). Le jeu ou parfois joute question-réponse déplaçait la tension que ce nouveau médicament avait créée, procurant souvent cette explication « nécessaire et souhaitée » pour comprendre ce qui se passait lorsque l'effet « désinhibiteur » (souvenons-nous chez les anciens de l'effet « stémétilien », spectaculaire, incontrôlable), nous en avons déjà parlé, « mettait le feu » au pavillon, mais parfois aussi avec une incidence surprenante mais heureuse : un malade du C.H.S. de Pierrefeu (83), mutique depuis plus de quatre longues années, « victime » du médicament, se mettait à parler, et plus, à engueuler tout le service... Miracle ! Pourquoi pas ? Il fallait alors expliquer à l'équipe que, suivant la posologie optée, cette manifestation bruyante était normale sur une symptomatologie négative, mais que l'action anti-délinquante du médicament se surajoutait progressivement au premier stade... Le vocabulaire s'enrichissait du terme de « globalité » d'action et par la suite insensiblement le neuroleptique s'attribuait un concept supplémentaire, celui de « bipolarité d'action ». Le médicament donnait en quelque sorte la parole au malade, un médecin-chef exerçant dans un hôpital psychiatrique de Marseille avait déjà remarqué cet effet positif et « dénonçait » le prix de ce succès en plaçant l'institution devant le vide qui s'offrait au traitement réussi... Que faire de ce malade qui ne gênait personne, passif comme son ombre, et qui s'offrait le désir de vivre ? Cette observation fit l'objet d'une communication lors d'un congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. Le Dr. A. Green déclarait lors d'un colloque que « la plus grande frustration qu'un malade puisse infliger à un médecin est que ce dernier ne comprenne pas ce qu'il se passe ». Le Pr. P. Pichot ajoutait que le « médecin ne saurait se satisfaire d'une constatation empirique, il veut comprendre comment il se fait qu'en modifiant le métabolisme, on modifie le comportement »* ; cinquante ans après la découverte de la Chlorpromazine, malgré les indiscutables progrès de la recherche en pharmacologie (cf. les neuroleptiques atypiques d'aujourd'hui), les services rendus par la biologie moléculaire, nous lisons encore sous la plume de certains auteurs que le mode d'action de ces neuroleptiques reste « difficile à comprendre »... Cette parole écrite d'aujourd'hui fait écho à celle d'hier écrite en 1976 par le Dr. A. de Feraudy : « le neuroleptique restera décidément objet de préoccupation¹ ».

1. Journée de thérapie organisée par le C.I.R.T.P. de Lyon, mai 1964.

Succès, échecs du médicament ? Pas de malades ni de médecins standard, à plus forte raison de visite médicale standard, seule la molécule restant souveraine... Lors d'une visite dans une clinique privée de la Côte-d'Azur, j'essayai le plus beau revers de ma jeune carrière, un malade sous Pipotiazine avait présenté des effets secondaires majeurs (crises oculogyres, hyperthermie, troubles akinéto-hyper-toniques...) dus en définitive après examens à un syndrome de sevrage brutal : le responsable était mon médicament. J'étais confronté aux « caprices » de ce dernier sur lequel je basais ma confiance et mon enthousiasme. Il ne répondait plus à ce que j'attendais du médecin toujours comme un avis, parfois comme une sanction. D'un pavillon l'autre les avis étaient parfois très partagés, voire contradictoires... Une réunion suffisait parfois à recadrer une situation à propos souvent d'un seul malade, à rééquilibrer l'image du médicament, à effacer les doutes, à « remédier » enfin à ce désordre... A ce stade des questions que je me posais, j'oscillais parfois entre le « jeu des mots », les « maux du je », et si le médica-ment ? Ouf !

Dans l'extrême complexité de la maladie mentale, les inévitables interactions entre le malade, le médecin et l'équipe soignante, le médicament ne seront pas toujours à l'image de sa spécificité que le visiteur en aura donné. Ce sont là les « intermittences » du remède. Le médecin en tous cas, ne l'ordonnera qu'en lui obéissant. J'ai axé mon propos sur une seule molécule, on pourra toujours me le reprocher, toutes les autres de la gamme de Spécia étaient en place et demeuraient acquises.

Elles relevaient du rappel car il n'est pas inutile de dire que nous étions jugés par la Maison sur les « ratio », « quota » et autre C.A. (termes barbares). Considérons tout court en dehors de toute hypocrite éthique que nous étions payés pour vendre : c'est dit. Le reste est de l'ordre de la sublimation, ayant sans cesse pensé par ailleurs que la véritable visite médicale se situait sur un autre registre que la visite médicale banalisée par le manque d'intérêt qu'elle pouvait toutefois représenter. Elle devait se vivre comme un challenge permanent ; la psychiatrie publique m'avait formé pour rencontrer la psychiatrie privée et le médicament hospitalier se glissait aisément dans la texture ambulatoire avec une parole il est vrai « moins incisive » !

Avant de conclure et pour ne pas y échapper, j'ajouterai que la concurrence sans être un vrai problème mais comprise à mes yeux comme complémentaire dans une gamme de psychotropes bien précise, ne fut jamais un casus belli mais l'occasion parfois de s'inviter ensemble, laboratoires concurrents et médecins, autour d'une bonne table.

La parole a-t-elle apprivoisé le médicament ? A-t-elle su percer la part du mystère que ce dernier recèle et si oui, dans quelle mesure est-il compris comme étant le bon et le charmant remède que le patient attend ? Sachons nous préserver de tout triomphalisme et acceptons de voir seulement les clignotants de ses promesses, l'horizon n'est pas chimérique. La psycho-pharmacologie a encore de beaux jours devant elle, sachons les vivre sans se faire éblouir.





Marie-Claude Gardone

Des mots, des maux... et des médicaments

Tout se passe actuellement comme si les médicaments créaient les maux. Mais peut-être est-ce une illusion ?

Prenez les troubles bipolaires. Cette entité nosographique, finalement assez mal définie ou aux acceptions tellement étendues qu'elle peut englober non seulement quasiment toute la psychiatrie, mais aussi tout le genre humain pour peu qu'il ait des variations de l'humeur, cette entité a vu son utilisation se généraliser les dernières années. On se demande si ce n'est pas, en partie, du fait de l'arrivée sur le marché des psychotropes dits régulateurs de l'humeur ou thymorégulateurs.

Pourquoi s'insurger contre cette généralisation du diagnostic de troubles bipolaires puisqu'il semble satisfaire le plus grand nombre. Les malades d'abord : à ceux-ci, on avait parfois osé dire, avec précaution, lorsqu'ils le demandaient et après plusieurs mois d'une observation attentive des symptômes, de leur évolution, qu'ils souffraient de schizophrénie. Mais depuis l'avènement des régulateurs de l'humeur, on annonce de façon apparemment scientifique au malade, puisque fondée sur des tests, sans qu'il le demande la plupart du temps, qu'il souffre non pas de schizophrénie comme on a pu lui dire depuis des années, mais de psychose maniaco-dépressive dans les mauvais cas, et le plus souvent de troubles bipolaires. Diagnostic plus facile à dire, car moins marqué par le sceau de la psychiatrie, voire de la gravité et même de la chronicité.

Les médecins semblent satisfaits aussi de cette évolution. Il faut souvent une longue expérience, une écoute attentive, un sens clinique particulier pour poser le diagnostic de schizophrénie, surtout au début mais aussi lorsque

le malade ne délire pas de façon patente. Et donc du fait de la diminution des psychiatres, de la rapidité de la formation actuelle des jeunes psychiatres, du manque de temps, des symptômes tels que dissociation, discordance, difficiles à expliciter simplement et même à comprendre lorsqu'on n'y a pas été confronté directement, ces symptômes passent à la trappe. Les troubles de l'humeur de n'importe quelle pathologie psychiatrique sont mis sur le devant de la scène : un malade délirant qui s'agite sera dit maniaque du fait de son excitation psychomotrice ; un patient apragmatique, cli-



Psychiatre des hôpitaux
Centre Hospitalier Le Mas Careiron, Uzès.

nophile sera dit dépressif ; le trouble bipolaire sera affirmé et le patient aussitôt traité par un régulateur de l'humeur, à vie.

Les laboratoires multiplient leurs interventions : telle molécule, dont l'autorisation de mise sur le marché stipule qu'il s'agit d'un « traitement de l'épisode maniaque chez les patients souffrant de troubles bipolaires, en cas de contraindication ou d'intolérance au lithium » sera réputé régulateur de l'humeur et même proposé dans la prévention des troubles de l'humeur. Sauf qu'à être traité par cette molécule, le patient, s'il n'est pas maniaque, devient asthénique, apragmatique, clinophile ; ces symptômes, en fait induits par le traitement, sont interprétés comme épisode dépressif.

Et que dire de cette autre molécule prescrite *larga manu* chez l'enfant pour tous les symptômes d'hyperactivité, qu'ils recouvrent des cas d'autisme, d'anxiété majeure, de troubles obsessionnels ou de simples symptômes réactionnels ? On vient d'apprendre que l'hyperactivité touche maintenant non seulement l'enfant mais aussi l'adulte, que jusqu'à présent elle n'était pas diagnostiquée mais qu'il convient, bien évidemment de la traiter par cette fameuse molécule.

Tout le monde semble satisfait : malades, médecins, laboratoires. Alors oui, pourquoi s'insurger ?

Peut-être d'abord parce que la vraie formation, celle du maître à l'élève, du professeur à son étudiant ou à ses étudiants, en petit nombre, disparaît et que celui qui était à l'origine de cet enseignement, à savoir le malade, qu'on écoutait, voire avec son accord qu'on "présentait", pour apprendre de lui, n'est plus écouté ou trop peu, juste le temps de faire un diagnostic et de faire taire ses symptômes.

S'insurger aussi contre les décideurs qui d'abord ont imposé le *numerus clausus*, et qui maintenant tentent, à la hâte, de pallier ses conséquences par des mesures dont on peut légitimement s'interroger sur la qualité, quoiqu'on en dise.

En fin de compte on s'interroge sur le fait qu'actuellement les médicaments semblent créer les maux, car ce phénomène traduit à notre sens un véritable malaise dans la prise en charge des malades ; l'instauration d'« accréditation, assurance qualité, charte du malade hospitalisé... » et autres vocables à la mode ne suffit pas pour l'instant à atténuer ce malaise.





Laurence Feller

Les enfants de la Psychanalyse sont-ils devenus des « canards sauvages » ?

Une des grandes énigmes actuelles de la Psychiatrie : que s'est-il passé depuis la disparition des grands maîtres de l'après-guerre : Bonnafé, Tosquelles, Israël, Kammerer pour n'en citer que quelques-uns ?

Comment l'enseignement d'alors, tout imbibé de Psychanalyse, et qui a nourri de « Verbe » l'actuelle génération, a-t-il pu entraîner une telle réaction d'immunisation voire de rejet ?

Les actuels congrès, colloques, conférences en sont une parfaite illustration : sous couvert de Science, Exactitude, « Vraie » Mesure, on assiste à des discours lumineux de simplification sur le fonctionnement mental, réduisant l'activité extraordinairement complexe de dizaines de milliards de cellules nerveuses dont on ignore à peu près tout, à la banalisation de quelques circuits ayant valeur de vérité révélée !

Il vaut mieux ne pas imaginer ce qu'en diront les prochaines générations, Diafoirus sera certainement dépassé et les discours actuels totalement ridiculisés.

Cela ne serait encore pas trop grave si, du même coup, tout un pan de ce qui définit la pensée et non pas son organe, n'avait été définitivement gommé et éliminé du champ de la réflexion.

Plus question de s'intéresser à l'histoire des patients, pas plus que d'écouter ce qu'ils pourraient en dire, l'objectivité nécessaire de la Science a d'autres outils :

Scanner, IRM, dosages, échelles où c'est le psychiatre qui sait d'avance ce qu'il attend (ce qui l'attend !).

Au fond, de quoi s'agit-il ? N'est-ce pas un nouvel avatar de la vieille dichotomie corps/esprit ?

La séparation de la Psychiatrie et de la Neurologie n'a pas rempli son office et trop d'âme parasite encore la discipline ! Il fallait donc sabrer et la reléguer vers des limbes « psy » extérieures, hors champ, et mettre à sa juste place le corps, le concret, le solide, le vrai, le cerveau, les neurones, les neurotransmetteurs.

Et puis, en se rapprochant de l'Alma Mater Médicale, (vous avez dit Ame ?), on gagne en sérieux, en apparente objectivité, on est enfin reconnu par ses pairs (Pères ?), et non plus considéré comme de joyeux farfelus, atteints, à la limite, par la contagion de la folie.

Qui dit médical dit médicament et c'est là qu'interviennent les nouveaux maîtres à penser la Psychiatrie, à penser ou à empêcher de penser, c'est toute la question.



Comment ne pas comparer l'idéal de Descartes explorant les profondeurs de l'esprit humain dans sa retraite solitaire, avec les joyeuses colonies de vacances type Club Med, orchestrées, et, bien sûr, financées par les laboratoires pharmaceutiques pour la plus grande gloire de la nouvelle Psychiatrie, et où s'élaborent des façons de soigner que des vétérinaires plus respectueux des animaux n'envisageraient même pas.

Il n'est pas question ici d'envisager de jeter les médicaments psychotropes avec les nouveaux psychiatres mais de les interroger sur les raisons de telles dérives : appât du gain et des avantages matériels, mise à distance sécurisante de la folie des patients, confort moral dans l'absence de critique, facilité de la prescription et report de son éventuelle inefficacité sur la molécule ou la mauvaise compliance du patient...

Quel avenir pour tout cela ?

Comme on le dit pour une belle fille : elle ne peut donner que ce qu'elle a, il en ira de même pour la psychiatrie que l'on nous propose comme modèle aujourd'hui.

Les premiers à se lasser seront sûrement les patients qui bientôt exigeront qu'enfin on les écoute et s'intéresse vraiment à eux en tant que personne douée d'humanité.

Et puis, au fond des campagnes de la France profonde, il reste encore, vaille que vaille, pas mal de gens formés à la vieille école qui continuent à professer la Psychiatrie de Papa (tendance Freud), et ce ne sont pas tous des ancêtres.

Et enfin dans la génération montante, hélas bien peu nombreuse, l'intérêt pour l'écoute, l'abord global des personnes est loin d'avoir disparu.

Alors en même temps que les vœux de bonne année 2006 souhaitons nous une psychiatrie libérée du carcan d'une pensée unique stérilisante pour s'ouvrir à l'infinie diversité de l'esprit humain.





Sophie Sauzade¹



Daniel Bley²

Une affiche... pour remédier au paludisme ?

1. Introduction

Une affiche, si elle n'est pas un médicament, peut être un remède contre une maladie.

Un remède dans le sens de remédier. Le remède a une notion de prévention que n'a pas le médicament dans son sens strict. Dans le Petit Robert, nous trouverons les deux définitions suivantes :

- **Remède** : « *tout ce qui est employé au traitement d'une maladie* ». Il peut s'y ajouter un sens de solution « *apporter un remède, porter remède à* » et même d'antidote.
- **Médicament** : « substance employée pour traiter une affection ou une manifestation morbide ».

Le remède peut englober le médicament et a un sens plus large. Le médicament est prescrit par un professionnel, le remède est une auto ou une alloprescription qui introduit la notion de médiateur. On peut prendre tout seul un médicament alors que le remède induit la notion d'autres, de personnes, d'un rapport à l'autre, à la lignée et au savoir populaire. Le remède induit une notion symbolique que n'a pas forcément le médicament. F. LOUX dans son livre « L'ogre et la dent » nous dira : « *dans tous les cas l'efficacité du remède vient d'une association entre des propriétés empiriques confirmées le plus souvent anti-inflammatoires et la forme ou la couleur d'une plante qui l'apparente à la partie du corps qu'elle soigne* ».

2. L'étude

Dans notre enquête (*) effectuée dans une plantation du Sud Cameroun portant sur la représentation de la chambre à coucher, mais aussi du paludisme chez les enfants, nous retrouvons dans une même phrase la notion de médicament et de remède.

¹ Pédopsychiatre C. H. de Martigues

Chercheur associé DESMID (UMR 6012 Espace), C.N.R.S., Arles.

² Anthro-po-biologiste, DESMID (UMR 6012 Espace)

CNRS, Université de la Méditerranée, Arles, France. – DESMID : 1 Rue Parmentier Arles.

A la question : comment soigne-t-on le paludisme ?, un enfant répondra : « *On le soigne avec les médicaments, quand on part à l'hôpital on te donne les remèdes* ». Ce n'est pas loin des phrases de recommandation de l'O.M.S. qui demande « la validation de l'innocuité et de la qualité des médicaments et remèdes traditionnels qui offrent une alternative pour la gestion du V.I.H./SIDA et des infections opportunistes ». A cette même question, ces mêmes enfants introduisent la notion de prévention : dormir sous une moustiquaire et installer des moustiquaires aux fenêtres. C'est sur cette partie concernant la prévention du paludisme que nous leur avons demandé de dessiner une affiche.

Le lieu de l'enquête

La société HEVECAM a été créée en avril 1975 par décision gouvernementale. Cette société de développement axée sur l'exploitation agricole d'hévéas et la production de caoutchouc a été privatisée en décembre 1996 et rachetée par un groupe indonésien PANWELL. La société HEVECAM a deux sites importants au Cameroun, l'un à Douala où se trouve le siège social et l'autre à la Niété, site de la plantation. La plantation se trouve à Niété dans l'arrondissement d'AKOM II, Département de l'Océan, Province du Sud. Elle se situe à 40 kms de Kribi et à 60 kms au nord-ouest de Campo, les deux villes les plus proches. La forêt équatoriale dense a été progressivement détruite et remplacée par des hévéas. Elle s'étend sur 30 000 ha dont 15 000 ha plantés d'hévéas. La société emploie 6 300 personnes et on considère que, compte tenu de l'entourage familial, environ 20 à 25 000 personnes résident régulièrement dans la plantation, ce qui revient à dire que chaque employé de l'entreprise a à sa charge, en moyenne, 3 à 4 personnes.

Des infrastructures industrielles (usine, routes, bureaux) et sociales (logement, écoles, collège, dispensaire, hôpital) permettent l'activité agro-industrielle et la vie quotidienne des travailleurs et de leur famille sur le site. Une brigade de gendarmerie, un commissariat et un bureau de poste sont implantés à la Niété.

* Cette recherche a été financée par le Ministère de la Recherche, programme PAL+ dans le cadre du projet « Représentations, comportements et gestion du paludisme dans une plantation en forêt tropicale (Sud Cameroun (dir. Bley, Vernazza-licht, Abega) et avec l'appui de la société HEVECAM, Niété, Cameroun.

Les habitations sont pour la plupart en bois, la taille et l'équipement intérieur variant avec la catégorie socio-professionnelle. L'accès à l'électricité est assuré par la Société Nationale d'Electricité. Une somme est prélevée sur le bulletin de paye pour couvrir la facture d'électricité. L'accès à l'eau courante varie selon les habitations et les villages.

Ces habitations sont réparties en 15 villages comportant chacun une école primaire et maternelle, un lieu de culte, un dispensaire de santé, des commerces, un terrain de football.

Chaque village est sous l'autorité d'un chef de village choisi parmi les cadres et les agents de maîtrise.

Le district de Niété est sous l'autorité d'un chef de district et d'un administrateur municipal. Une brigade de gendarmerie, un commissariat et un bureau de poste sont implantés à la Niété.

Un service médical est assuré à partir de l'hôpital central et des 14 dispensaires satellites implantés dans chaque village.

La méthodologie

Nous avons choisi des élèves de CM2 car, lors d'une première enquête sur la chambre à coucher [9], nous avons constaté que ce sont les élèves de CM2 qui donnent le plus de détails et évidemment les dessins les plus perfectionnés. L'âge des CM2 est variable selon les différents villages où nous sommes allés.

Nous avons choisi d'effectuer notre enquête au sein d'écoles dans deux catégories de villages très opposés par leurs caractéristiques socio-économiques :

- le V2 : village de cadres,
- le V3 : village d'ouvriers.

Le choix des villages

Sur les 15 villages, les villages 1 et 2 sont majoritairement habités par du personnel administratif et des jardiniers. Les autres villages, numérotés de 3 à 15, sont occupés par les saigneurs ou les manœuvres agricoles.

Un collège d'enseignement supérieur est situé dans le village 2 (V2). Les enseignants des écoles et du collège sont soit des employés du gouvernement, soit des maîtres recrutés par la société. Il n'était pas imaginable de faire une enquête auprès de toutes les classes dans l'ensemble des 15 villages de la plantation, qui compte environ 6 000 travailleurs et 20 000 personnes.

Deux possibilités s'offraient alors à nous, soit de réaliser un échantillonnage raisonné d'un certain nombre d'élèves dans chacune des classes des villages de la plantation pour avoir une image sur l'ensemble de la plantation, soit plutôt de choisir d'enquêter seulement certains villages. Nous avons retenu ce second choix qui nous semblait mieux convenir avec

notre problématique de conduire une analyse différentielle des comportements en matière de paludisme.

En effet, nous avons considéré que la répartition de la population dans les villages est fonction des activités souhaitées par la direction qui affecte les travailleurs selon leur profil socioprofessionnel. Le choix des villages pour l'enquête a donc été effectué selon des critères géographiques et socioéconomiques.

Les deux villages sélectionnés sont représentatifs de la diversité géographique de la zone. Compte tenu de l'étendue de la zone Hévécam, le souci de diversité géographique nous a conduit à choisir un village des champs (V3) et un village de la partie centrale de la zone (V2).

Pour ce qui est du critère socioéconomique, on observe une variation des catégories socioprofessionnelles : le village 2 dispose d'une plus grande proportion de cadres et agents de maîtrise, ainsi que d'employés. On y retrouve aussi beaucoup de commerçants. Au V3, village de plantation d'Hévécam, ce sont les saigneurs qui sont le groupe professionnel dominant. Ces villages diffèrent aussi au plan de l'environnement (habitat, infrastructure, proximité des zones naturelles), le V2 est plus urbanisé et mieux équipé que le V3 qui est excentré et plus inséré dans la forêt et la plantation.



La passation

Dans chaque CM2, le maître ou le directeur d'école a écrit trois questions au tableau en demandant de tourner la feuille pour dessiner :

1. Comment s'attrape le paludisme ?
2. Comment on le soigne ?
3. Dessiner une affiche qui explique comment éviter le paludisme ?

Au village du V2, deux CM2 ont été enquêtés :

- un premier CM2 qui est la meilleure classe avec les enfants de cadres,
- un deuxième CM2 de bon niveau par rapport à l'ensemble de la plantation, que l'on peut considérer comme appartenant à une classe sociale moyenne.

3. L'analyse

Au niveau du dessin

Nous avons, dans un premier temps, collecté les concepts véhiculés et le nombre d'éléments qui entrent en jeu.

Dans le premier CM2,

il faut tenir compte du fait que la notion d'affiche est bien assimilée et que les enfants sont au contact très fréquemment des affiches de prévention de l'hôpital et des bâtiments administratifs. La moyenne d'âge est de 12,2 ans sur 22 enfants.

Nous retrouvons dans ce premier CM2 des messages interactifs où les personnages peuvent se parler et donner des conseils avec la présence sur le dessin des deux sexes (filles et garçons), comme dans les affiches de prévention du Sida et la représentation de pancartes. La boîte à images de l'hôpital [feuilles pédagogiques figurant une histoire à base de dessins à message préventif utilisés pour des séances d'I.E.C. (information, éducation, communication)], les affiches de l'hôpital sur le Sida et le paludisme et les pancartes sur le Sida qui sont plantées dans différents endroits de la plantation (entrée) peuvent avoir servi de référence ou d'information. Ces références ne sont pas les mêmes au V2 qu'au V3 beaucoup plus éloigné de l'hôpital. On retrouve ici la notion de vecteur, déjà véhiculée par le livre scolaire ; le moustique part de la mare et pique d'un individu à l'autre. Le message de prévention est généralement énoncé et écrit sur l'affiche.

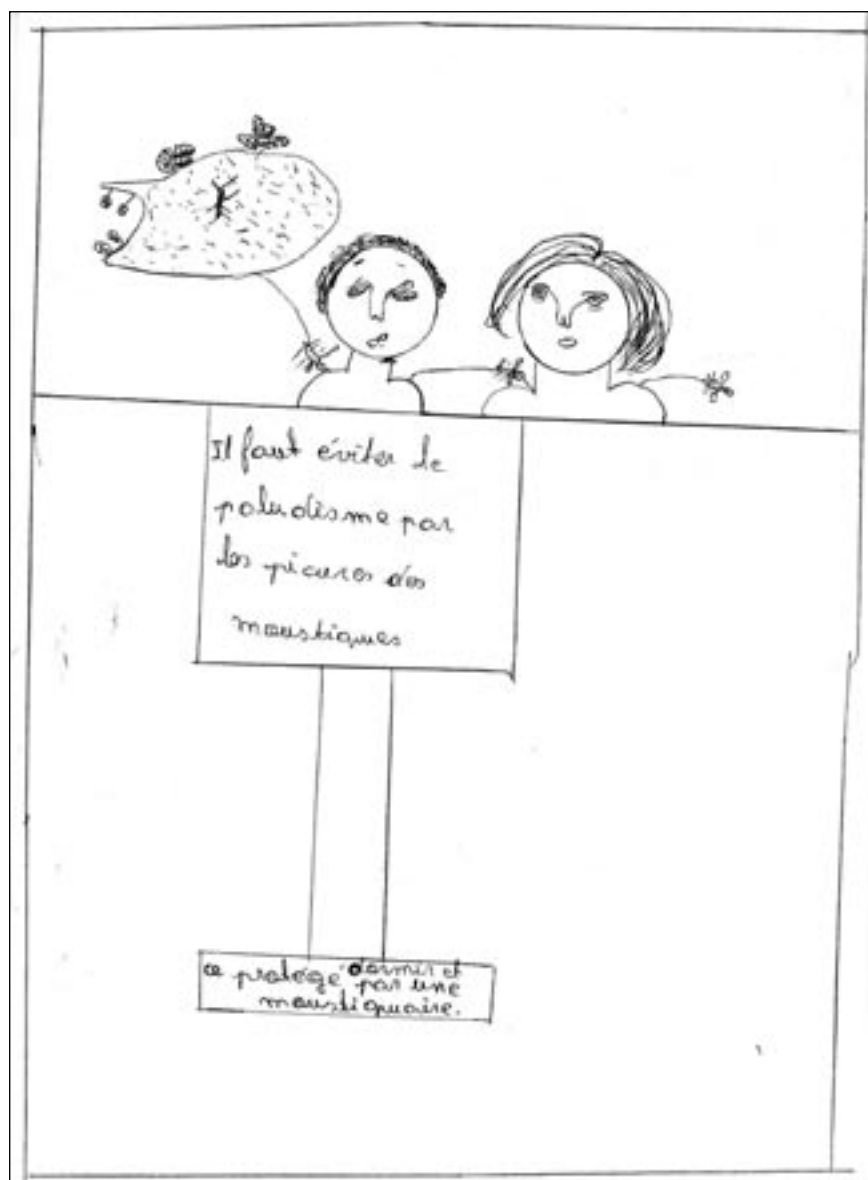
Les enfants font référence à un environnement proche (la mare d'eau et les ordures à nettoyer), mais aussi plus large « nous savons que le paludisme est une maladie qui touche plus de 100 millions de personnes ». Certaines explications données se retrouvent dans des cours : « c'est une maladie grave ».

La moustiquaire est l'élément qui est le plus souvent rapporté avec la notion de moustiquaire aux fenêtres qui ne se retrouve que dans les maisons aisées de la plantation. Les moustiquaires sont dessinées à partir de lits.

On retrouve en deuxième élément, une référence aux serpents (de marque Moontiguer) et aux insecticides. Ces insecticides peuvent être sous forme de prescription : « l'anti-moustique sert à chasser les moustiques. Faites comme moi, avant de dormir prenez toujours l'anti-moustique ».

En général deux moyens de prévention sont verbalisés voire trois (moustiquaires, insecticides et environnement).

Nous retrouverons moins d'éléments et moins de concepts dans la deuxième classe de CM2 où le niveau sera moins formel et plus opératoire.



Le deuxième CM2

La moyenne d'âge est de 11,5 ans sur 27 élèves. La notion d'objets plus que de personnages sera au premier plan. Au niveau de l'affiche, c'est un impact visuel qui est recherché avec des objets cités, barrés ou non pour montrer ce qu'il faut faire et ne pas faire. La moustiquaire est souvent stylisée sous forme de damier. L'environnement est particulièrement représenté ainsi que la notion de propre et de sale.

Il faut noter que ces élèves de CM2 doivent habiter dans des cases où l'environnement est moins respecté que ceux de la première classe de CM2. La notion de propre et de sale ressort beaucoup à travers la mare d'eau, les ordures, le lavage. Nous voyons apparaître la notion de l'eau que l'on retrouvera au V3 sous une forme très symbolique dans l'étiologie du paludisme.

Quelques notions erronées apparaissent échappées d'autres discours de prévention pour d'autres maladies : sida et préservatif, bilharziose (ne pas pisser dans l'eau), ne pas utiliser les mêmes lames.

Les moustiques sont souvent dessinés, plus que les personnages autour des moustiquaires – peut-être peut-on parler là de moustiquaires imprégnées ? ou plus simplement de l'affiche de prévention de l'hôpital qui est très diffusée.

Le CM2 du V3

Au niveau du V3, classe sociale plus défavorisée et éloignée de l'hôpital et du centre administratif, on ne retrouve plus d'éléments de stylistique de l'affiche. La moyenne d'âge est de 12,6 ans sur 28 enfants. Deux éléments restent primordiaux :

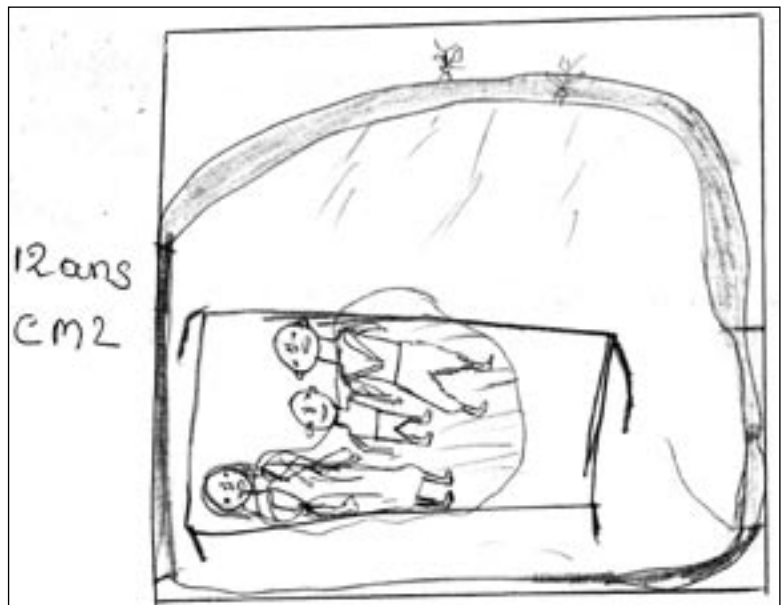
- le dessin de la maison,
- le dessin d'un lit avec moustiquaire.

La maison peut être vécue en elle-même comme la prévention du paludisme, voire pour éviter les mares d'eau. L'habitat est beaucoup plus insalubre qu'au village de cadre et au V2. La maison peut être dessinée d'un côté, le lit avec moustiquaire de l'autre ; le lit apparaît comme un élément décisif de la mise en place d'une moustiquaire, ce qui est déjà vécu comme un luxe dans cette partie là de la plantation. Nous retrouvons là des dessins qui font plus appel à un fantasme qu'à une réalité. Sur les 23 enfants qui ont dessiné un lit et une moustiquaire, un seul, sur les 16 qui dorment à plusieurs dans le lit, a dessiné plusieurs personnes (voir dessin ci-contre). 8 sur 16, soit la moitié, ont dessiné une moustiquaire, alors qu'ils dorment sans moustiquaire. Au niveau de la classe, tous disent avoir eu le paludisme, sauf un qui dort avec ses grandes sœurs sous la moustiquaire. De fait, la prévention du paludisme passerait peut être en effet par la mise en place d'un lit et



d'une moustiquaire par enfant, le fantasme deviendrait alors réalité et correspondrait au désir des enfants.

Un dessin fait apparaître la notion de vaccin (en dessinant une seringue) et à travers la notion de transmission du moustique à partir de la mare d'eau apparaît une nouvelle



étiologie : l'eau avec la notion d'eau propre et d'eau sale et qu'il faut éviter de jouer dehors sous la pluie. Certains dictons populaires en Cameroun disent : « *quand tu joues sous la pluie, les médicaments t'attendent déjà là* ».

Lors d'une enquête [6] effectuée dans la même plantation par une étudiante en anthropologie, ce témoignage a pu être recueilli : « *Le paludisme même je ne sais pas si ce n'est que les moustiques qui donnent le paludisme, parce* »



que, bon, le jour qu'il a plu je peux dire aux enfants de ne pas aller se laver à l'eau parce qu'il fait froid, il y a d'autres qui partent quand même. D'autres, celui-là rentre, il tombe directement du lit, palu. Quand l'enfant reste dans l'eau, il peut bien attraper le paludisme ». Il s'agit du discours d'une informatrice qui a assisté à la consultation prénatale de l'hôpital de la plantation.

Ici, au V3, on trouvera des concepts plus archaïques qu'au V2 et véhiculés par le savoir populaire. Le dessin montre l'objet. L'objet correspond à une idée. On retrouve comme au deuxième CM2 du V2 un dessin erratique montrant une lame de rasoir.

Les réponses aux questions

Comment s'attrape le paludisme ?

Dans la première classe de CM2, on retrouve les notions classiques comme l'anophèle femelle (avec des orthographes très variées allant jusqu'à « la nouvelle femelle ») et la piqûre des moustiques (19 réponses), la notion de froid (2 réponses). La prise de risque est indiquée : « quand tu dors sans moustiquaire, tu peux vite l'attraper » (1 réponse).

Dans la deuxième classe, cela peut s'attraper par une piqûre de moustique, l'anophèle femelle (18 réponses), la fièvre (la conséquence devient alors la cause) (4 réponses), par la transmission d'une personne malade à une personne saine (5 réponses). Le moustique est vecteur et peut être parasité (« le moustique lui injecte les parasites contenus dans son ventre »). La transmission peut se faire par une mouche qui pique (par confusion avec la trypanosomiase), par le sang (avec une confusion avec le sida chez l'enfant qui a dessiné une lame de rasoir). On retrouve la notion de microbe et

de saleté, reflet de ce qui a été dessiné, mais il s'agit de réponses sporadiques.

La première classe de CM2 donne plus à voir dans le discours officiel, mais qui est parfois mal intégré, la deuxième classe qui correspond à un discours de classe moyenne donne des étiologies plus diverses et où l'on retrouve l'inversion de la causalité par la fièvre avec la notion primordiale de froid et de chaud.

D'après Doris Bonnet, « l'étude sémantique de la notion de « corps chaud » révèle une logique binaire de la pensée où le chaud (pour l'ethnie Mossi) s'oppose au frais. Cette organisation dualiste du chaud/frais est commune à de nombreuses sociétés en Afrique et même sur d'autres continents ».

Dans la classe du CM2 du V3, on retrouvera l'étiologie par les moustiques et les piqûres de moustiques (16 réponses), mais aussi on « attrape le palu » quand on dort sans moustiquaire (4 réponses). On peut aussi « attraper le palu » en « buvant l'eau le grand matin », par les mares d'eau (écrites d'un seul tenant : « les mardeau »), « en se baignant dans un marigot », « au bord des eaux stagnantes » (5 réponses au total) et « en jouant sous la pluie » (1 réponse). De façon plus secondaire, on retrouve la notion d'infection par les moustiques (2 réponses), « la maison sale » (1 réponse) et « la lame de rasoir » (1 réponse).

Sylvie Fainzang [3] a fait des recherches sur l'ethnie Bisa du Burkina qui attribuerait l'origine du paludisme à l'eau et à l'humidité de la saison des pluies.

Ici, deux interprétations peuvent se croiser :

- une interprétation qui donne un pouvoir strictement symbolique à l'eau ;
- une interprétation qui fait que l'eau « apporte les moustiques ».

Une institutrice nous dira : « *le fleuve en saison des pluies apporte beaucoup de moustiques* ».

Dans ce contexte, les messages de prévention où la mare d'eau est dessinée comme pouvant être réservoir de moustiques peuvent impressionner l'enfant, surtout dans des lieux où l'environnement insalubre est proche d'un marigot.

Comment soigne-t-on le paludisme ?

A cette question, la **première classe de CM2** répondra majoritairement par les médicaments (8 réponses) et les comprimés (4 réponses) et certains nommeront le paracétamol (5 réponses), la quinine (1 réponse). Les réponses peuvent être multiples.

Certains y associeront la notion de prévention « pour le soigner, il faut dormir sous une moustiquaire et mettre une moustiquaire aux fenêtres (2 réponses), par le moontiger (1 réponse) l'insecticide devient alors médicament.

Certains parlent de l'hôpital (3 réponses) : « *tu pars à l'hôpital pour qu'on te donne des remèdes* », « *on le soigne avec le médicament, quand on part à l'hôpital on te donne des remèdes* ».

En réponse associée, un enfant introduira la notion de piqûre qui sera développée beaucoup plus par les autres CM2. Il est à noter que sur les 22 enfants, 16 dorment sous moustiquaire et 17 ont déjà eu le paludisme.

Le **deuxième CM2** répondra à cette question de façon plus pragmatique en nommant les médicaments (15 réponses) ; vient en premier le paracétamol, mais aussi la quinine, la nivaquine et même pour une réponse l'amodiaquine.



Dans cette classe, onze enfants seulement ont une moustiquaire et 18 ont déjà eu le paludisme et peuvent en décrire les symptômes.

On trouvera des réponses plus globales « *en buvant les comprimés* » (2 réponses), mais aussi une réponse plus spécifique sur les remèdes locaux : « *on soigne le paludisme par les écorces d'arbres comme le koukou* ».

Apparaîtra aussi la notion de seringue, de piqûre (7 réponses) et de vaccin (3 réponses). « *On peut aussi partir au dispensaire piquer une piqûre et on te vaccine* ». La piqûre de moustique peut se soigner par une piqûre. On trouve ici la notion symbolique du mal soigné par le mal.

Des réponses plus diverses et isolées sont toujours présentes comme l'insecticide (moontiger) et le fait de dormir sans moustiquaire, ainsi que l'interdiction de jeter les ordures devant la maison.

« *On doit partir à l'hôpital* » reste une réponse rare, qui vient après les médicaments et en cas de gravité.

Au niveau du **CM2 du V3**, sur les 28 enfants, tous ont eu le paludisme sauf un et 16 dorment avec une moustiquaire. Ils mettent en avant les remèdes et les médicaments en les nommant parfois (16 réponses), le paracétamol et la quinine font partie des remèdes ou des médicaments de façon indifférenciée.

On retrouve 4 fois une réponse par la vaccination et 3 fois par la piqûre – « *en se piquant des perfusions* ».

L'hôpital est mentionné une fois. L'hôpital apparaît ne pas être le mode de soins de première intervention du paludisme au V3 dans une plantation où le système des dispensaires est très développé et où l'hôpital est loin de ce village.

La vaccination est sans doute le reflet de campagnes de prévention pour d'autres maladies.

Conclusion

Au niveau des dessins, on retrouvera une prééminence incontestable du dessin d'une moustiquaire avec des aspects plutôt précis, mais d'une part, il s'agit d'un dessin fantasmé (puisque'il s'agit de dessiner une affiche) et d'autre part, la plantation a fait l'objet d'une campagne de distribution des moustiquaires par une mise en vente à prix réduit par l'entreprise (le paiement est échelonné sur plusieurs mois).

Même si les enfants ne disposent pas d'une moustiquaire et dans l'enquête nous avons 72 % du premier CM2 du V2, 40 % du deuxième CM2 du V2, 64 % du CM2 du V3, qui disent disposer d'une moustiquaire, ils peuvent la désirer et la dessiner. Elle n'est pas forcément d'usage individuel et peut passer d'un lit à l'autre. Dans la première classe de CM2, 45 % ont dessiné une moustiquaire mais beaucoup la nomme dans des pancartes écrites. Dans la deuxième classe de CM2, 81 % la dessinent avec une prééminence de l'image sur le discours. Dans le CM2 du V3, 71 % dessinent la moustiquaire et 53 % comme seul élément sur l'affiche. Nous constatons que ce sont ceux qui disent ne pas avoir de moustiquaire (le deuxième CM2) qui la dessinent le plus. Cette campagne de l'entreprise s'inscrit dans une politique

où la moustiquaire imprégnée est un des moyens prioritaires préconisés par le programme Roll Back Malaria où l'O.M.S. est partenaire. Dans ce cadre et conformément aux accords pris à Abudja en 2000, le programme national de lutte contre le paludisme au Cameroun prévoit notamment que d'ici 2006, 60 % des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes dormiront sous moustiquaire. Actuellement, la couverture sanitaire en moustiquaire n'a pas encore atteint ses objectifs, mais il faut déjà se préoccuper de la façon dont cet objet moustiquaire est intégré et assimilé par les populations. Dans notre étude plus globale sur la chambre à coucher, nous nous sommes aperçus que les enfants se levaient souvent la nuit et ne rebordaient pas correctement la moustiquaire qui parfois n'était pas bordée par les parents qui se couchent avant eux.

Au niveau des réponses aux questions, nous nous apercevons que nous partons d'un discours officiel pour arriver à un discours traditionnel. Si la cause principalement mentionnée est l'étiologie par les moustiques et les piqûres de moustiques, nous nous apercevons qu'aucun des enfants du CM2 du V3 n'a nommé « l'anophèle ». « L'anophèle femelle » correspond pour les CM2 du V2 souvent à un discours pseudo scientifique comme l'attestent les différentes orthographes allant jusqu'à la « nouvelle femelle ». Petit à petit nous rentrons dans le discours traditionnel avec l'étiologie par la fièvre (avec la dualité chaud/frais), puis l'importance de l'eau au V3. L'eau en Afrique a une symbolique primordiale.

Par rapport à la question sur le traitement, nous retrouvons aussi une graduation entre le discours scientifique et le discours traditionnel. Si au V2 le discours principal est le médicament, au V3 le remède apparaît sans pour autant se « débarrasser » du médicament (entre le V2 et le V3 le recours à l'hôpital est moindre). Dans une population plus ouvrière et plus populaire comme le V3, la piqûre (de médicament) contre la piqûre (d'insecte) apparaît un remède aux maux du paludisme. Le vaccin entre alors dans un discours

fantasmatique de soins contre le paludisme pour les enfants défavorisés (et peu au courant des avancées scientifiques). Le vaccin apparaît comme un remède absolu alors que le médicament ne serait plus qu'un adjuvant. Peut-être aussi que le remède serait un médicament où la parole fait acte...

Bibliographie

1. Bonnet D., « Anthropologie et santé publique : une approche du paludisme au Burkina Faso », dans Fassin D. et Jaffré Y. (dir.), *Sociétés, développement et santé*, Edition Ellipse, 1992, p. 243-258.
2. Cros M., « Mauvais songes et douces rêveries », dans *L'autre*, vol. 4 n° 2, Grenoble, édition La pensée sauvage, 2003.
3. Fainzang S., « L'intérieur des choses », *Maladies, divination et reproduction sociale, chez les Bisa du Burkina*, Paris, édition L'Harmattan, 1986.
4. Laplantine F., *La médecine populaire des campagnes françaises aujourd'hui*, Paris, édition J.P. Delarge, 1978.
5. Loux F., *L'ogre et la dent - Arts et traditions populaires*, Nancy, édition Berger-Levrault, 1981.
6. Mbetoumou M., *Le projet de distribution de la moustiquaire imprégnée P.P.T.E.. Du national au local le cas de la concession hévéicole à Niété (Cameroun)*, mémoire de Master 2 d'anthropologie, université Bordeaux 2, 2004, 113 p.
7. Robert P., *Le Petit Robert* (dictionnaire), Paris, Edition Le Robert, 1984.
8. Roll Back Malaria / World Health Organization, *The Abuja Déclaration and the Plan of Action*. An extract from the African Summit on Roll Back Malaria, Abuja, 25 Avril 2000, 11 p., pp2. www.rbm.who.int/.
9. Sauzade S., Bley D., « Le sommeil chez l'enfant, approche ethno-psychologique », *PsyCause*, n° 38, Lyon, édition Mario Mella, 2004.
10. Who/Unicef, *The Africa Malaria Report 2003*. www.who.int/.



De l'évaluation au sevrage des soins

Deux communications au congrès de Psy Cause à Carcassonne sont ici regroupées. Elles apportent deux regards complémentaires sur le soin. Thierry Lavergne, en tant que cadre à la Haute Autorité de la Santé, se place du côté du payeur, c'est-à-dire dans notre système de soins, du côté de la haute administration exerçant un contrôle sur les prestataires rémunérés par de l'argent prélevé chez les contribuables au titre de la solidarité. Le paiement non remboursé par l'état est en France l'exception cantonnée en psychanalyse, dans certaines psychothérapies ou dans la médecine alternative. Le « droit à la santé » serait ainsi garanti à tous par « la tutelle », et non plus par l'éthique de médecins soucieux de ne pas faire payer les pauvres. Cette dernière avait du panache et autorisait une pratique médicale responsable et très indépendante. De là à dire que c'était mieux, à chacun de se faire son opinion. On entre alors dans l'antichambre de ceux qui pensent qu'on peut ou non faire confiance à l'individu, comment et jusqu'à quel point. On entre dans le domaine de la politique. Aux Journées de Laragne, il fut question d'une alliance entre les associations d'usagers et les soignants pour se faire entendre de l'état : certes mais cela ne dispense pas de l'exigence de qualité qui devrait être contractuelle entre le soignant et le soigné.

Thierry Lavergne écrit que l'évaluation n'est pas une fin en soi et que le constat d'écart entre la pratique réelle et la bonne pratique doit conduire à la mise en œuvre d'actions d'amélioration. Selon lui, l'appellation « évaluation des pratiques professionnelles » recouvre « *l'ensemble des démarches visant l'amélioration sur le champ des activités de soins* ». Il insiste sur l'intérêt d'une telle dynamique positive : « *aujourd'hui, et ailleurs dans d'autres manifestations scientifiques, revient souvent le sentiment pour les soignants d'être en difficulté pour réaliser son travail dans les meilleures conditions possibles. Cela peut s'accompagner d'une perte d'estime pour la qualité de son travail et d'une perte de confiance des usagers. Être fier de son travail, c'est une étape importante de reconquête de la confiance entre usagers et prestataires de soins.* » L'HAS se situe donc comme une « autorité » entre le soignant et le soigné, qui œuvre pour optimiser le système de santé. Thierry Lavergne nous l'a présentée comme une autorité éclairée, soucieuse de ne pas s'isoler dans une tour d'ivoire, intéressée par notre revue : « *L'évaluation des pratiques professionnelles est un des moyens de prendre en main son destin de soignant, d'améliorer ses pratiques et d'en témoigner. Psy Cause peut être un acteur créatif dans cette démarche en publiant les résultats des équipes et en favorisant les échanges de savoir-faire et de savoir être entre équipes de terrain...* »

Youssef Mourtada regarde le soin par l'autre bout de la lorgnette : du côté de l'usager et même du côté de l'inconscient de l'usager. Il introduit son propos par une réflexion sur la condition humaine ou la condition de notre humanité qui est de s'arrêter et de s'interroger. L'appareil psychique est un corps qui va

du somatique au social, il est « *une embryologie qui durera l'espace d'une vie, une embryologie dont la cavité est ophtalmique, le placenta est une rétine et la délivrance est un acte d'écriture.* » Il évoque l'ampleur du désastre quand ce corps « *se perd et perd son espace vital, quand le mental se retrouve réduit à un simple arc réflexe entre vulnérabilité somatique et stress social, sans histoire ni lendemain, hormis les cadavres qu'on terrasse en commun.* » Il positionne le soin en référence à la fonction maternelle et au nécessaire processus de séparation fondateur du psychisme : « *c'est aux soignants qu'il appartient de réaliser que le sevrage au soin est l'élément central de tout processus thérapeutique.* »

A se demander en fin de compte si la question de la limite, de la coupure, ne peut pas être considérée des deux bouts de la lorgnette.

Jean-Paul Bossuat





Thierry Lavergne

Peut-on faire l'évaluation des pratiques professionnelles en psychiatrie ?

1 - Le contexte

L'EPP a pour objectif d'améliorer la qualité des soins. La qualité des soins est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme la garantie « que chaque patient reçoive la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ».

1-1 le contexte légal

En raison de l'importance des enjeux de qualité des soins, le législateur a souhaité promouvoir l'évaluation des pratiques professionnelles quelles que soient les modalités d'exercice.

1-1-1 L'obligation de Formation Médicale Continue (FMC)

L'obligation de Formation Médicale Continue (FMC) est prévue par la loi de santé publique du 9 août 2004. Une forme recommandée en est la participation à des actions d'évaluation. Il est demandé à la HAS de donner son avis sur les procédures proposées par les organismes de formation.

1-1-2 L'obligation individuelle d'EPP pour les médecins

L'obligation pour tous les médecins de participer à une EPP est prévue par la loi du 13 août 2004 ; l'organisation de cette mission est confiée à la HAS.

1-1-3 L'accréditation des médecins et équipes médicales

La possibilité pour les médecins ou les équipes médicales de s'engager dans la procédure d'accréditation prévue à l'article L. 4135-1 de la loi du 13 août 2004. Ce mécanisme

d'accréditation correspond à l'engagement des médecins dans un dispositif de gestion des risques. La mise en œuvre de cette accréditation est également confiée à la HAS.

Toutes ces modalités s'articulent entre elles. Le décret du quinze avril sur l'EPP décrit les modalités de fonctionnement de cette nouvelle obligation quinquennale à laquelle tous les médecins devront s'être soumis avant 2010.

1-1-4 L'EPP dans l'accréditation des établissements de santé

L'accréditation des établissements de santé a été introduite en France par l'ordonnance du 24 avril 1996. La première procédure d'accréditation permet de développer la démarche qualité dans les établissements, en portant principalement sur les démarches transversales conduites au niveau de l'établissement. Plusieurs thèmes ayant trait à la qualité des soins font l'objet de cette première procédure : droits, information, dossier et prise en charge du patient, management, fonctions supports, vigilances sanitaires et lutte contre l'infection nosocomiale.

La mise en place de la démarche d'évaluation des pratiques a été proposée par la première procédure d'accréditation établie en 1999, mais n'a pas conduit à un développement significatif des projets sur les champs médicaux.

La deuxième procédure d'accréditation, effective à compter de 2005, vise à renforcer l'évaluation du service médical rendu au patient. Pour atteindre cet objectif, elle s'attache à étudier plus en détail le parcours du patient dans l'établissement et les actions mises en œuvre par les différents secteurs et professionnels pour assurer la qualité de la prise en charge. Parmi ces actions, les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles ont un rôle primordial et deviennent une exigence de la seconde procédure d'accréditation.

Les actions d'EPP menées par les équipes des établissements de santé pourront dans certaines conditions être reconnues comme validant l'obligation individuelle d'EPP des médecins travaillant dans ces équipes.

1-2 le contexte global

L'amélioration de la qualité des soins s'inscrit également dans un contexte plus global d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques et de médecine basée sur les preuves.

1-2-1 L'amélioration continue de la qualité

L'amélioration continue de la qualité se fonde sur l'analyse et l'amélioration systématique des processus et l'élimination des dysfonctionnements. La démarche est pragmatique agissant par priorités.

Ce concept est issu de l'expérience industrielle de management de la qualité. Il a été introduit en santé dans le courant des années 80. Des projets démonstratifs, initiés par D. BERWICK en 1987 (Berwick, 1991), ont montré l'efficacité de cette approche en santé.

1-2-2 La gestion des risques

La gestion des risques a également été développée initialement dans le domaine industriel, notamment dans les industries à haut risque technologique (aviation civile, nucléaire, chimie) ; elle a été introduite en santé dès les années 80, notamment aux États-Unis sous la pression de la judiciarisation de la médecine. Elle fait l'objet actuellement d'un regain d'intérêt en raison des différentes publications internationales ayant souligné l'importance de la iatrogenèse et des conséquences des erreurs dans le système de santé pour les patients.

1-2-3 La médecine basée sur les preuves

La « médecine fondée sur les preuves » ou *Evidence Based Medicine* (EBM) est un modèle de décision clinique qui valorise plus une démarche autonome du soignant que le modèle traditionnel de compagnonnage le plus souvent utilisé en médecine.

Ce modèle repose sur quatre étapes successives :

- traduire les besoins d'information issus de l'activité clinique en questions structurées ;
- rechercher méthodiquement dans la littérature les meilleures preuves permettant d'y répondre ;
- évaluer la validité et l'utilité de ces données de la littérature ;
- mettre en oeuvre les bonnes pratiques sélectionnées puis évaluer la performance ultérieure.

Cette démarche rigoureuse est cependant difficilement applicable au quotidien de manière systématique. Elle est généralement utilisée soit sur des situations complexes, soit en raison d'un problème particulier soit sur une sélection de patients dans un but pédagogique.

Les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) trouvent leur source dans le constat d'une hétérogénéité des pratiques, avec un écart défavorable entre l'état du savoir médical et la réalité des pratiques.

Les démarches d'EPP peuvent être définies comme la conduite d'une action explicite d'amélioration par rapport à une pratique cible définie au regard des données de la littérature.

Cette action doit être menée selon une méthodologie rigoureuse et les résultats atteints doivent être mesurés.

Afin de renforcer la dimension médicale de la démarche d'accréditation, la Haute Autorité de santé a décidé d'inclure dans les références du manuel d'accréditation des exigences en matière d'EPP.

Ces exigences nouvelles s'inscrivent par ailleurs dans une obligation plus générale introduite par la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie qui rend l'EPP obligatoire pour tous les médecins quel que soit leur mode d'exercice.

L'objectif de l'évaluation des pratiques professionnelles est l'amélioration de la qualité des soins.

Améliorer la qualité des soins est un objectif ambitieux. La complexité des processus de soins, la diversité de l'offre de soins, la variabilité des pratiques constatée, la mise à jour continue des connaissances et l'amélioration des technologies médicales, la nécessité de maîtriser les risques des pratiques et enfin la dimension économique des soins permettent de comprendre pourquoi l'atteinte de cet objectif en passe par une démarche structurée d'évaluation et d'amélioration.

L'évaluation des pratiques professionnelles est définie comme l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode validée comportant la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques. Les pratiques professionnelles sont constituées à la fois de pratiques individuelles et collectives ; elles comportent une dimension organisationnelle. Ces pratiques concernent les activités diagnostiques, thérapeutiques ou préventives.

Il ressort de cette définition que :

- l'évaluation n'est pas une fin en soi, et le constat d'écart entre la pratique réelle et la bonne pratique doit conduire à la mise en œuvre d'actions d'amélioration ;
- l'appellation « évaluation des pratiques professionnelles » recouvre l'ensemble des démarches visant l'amélioration sur le champ des activités de soins.

2 - Comment faire l'EPP ?

Les concepts d'évaluation de la qualité des soins, de médecine fondée sur les preuves, d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques se complètent. Une démarche globale de gestion de la qualité et des risques visant à atteindre l'objectif de qualité des soins utilise les acquis de ces différentes démarches. Par exemple, une démarche d'amélioration sur la prise en charge de l'infarctus du myocarde, va utiliser la démarche de médecine fondée sur les preuves pour évaluer la stratégie diagnostique et thérapeutique employée, les apports des méthodes et outils de l'amélioration continue pour maîtriser les aspects organisationnels de la prise en charge (exemple : maîtrise des délais permettant la réalisation d'une thrombolyse lorsqu'elle est

indiquée) et les apports de la gestion des risques pour réduire les risques des techniques employées par prévention des événements indésirables et protection du patient.

L'EPP a pour objectif d'améliorer la prise en charge des patients, et donc de donner au malade un traitement adapté à sa maladie et correspondant aux données actuelles de la science.

Le raisonnement classique est donc de faire le diagnostic, chercher dans la littérature le traitement correspondant aux données actuelles de la science puis de l'appliquer.

Dans la pratique les soignants n'ont pas le temps de faire cette démarche pour chaque malade. D'autre part, faire des soins repose sur une organisation complexe avec des processus nombreux et en interrelation, des métiers multiples et en évolution permanente. De plus, la qualité de leurs résultats est difficile à appréhender. C'est pourquoi avant de commencer une démarche d'EPP, il y a lieu de se poser la question de ce que l'on souhaite améliorer. En effet l'équipe de soins peut, par exemple, être confrontée à un dysfonctionnement qu'il souhaite résoudre, ou vouloir évaluer une pratique par rapport à une pratique de référence, ou encore souhaiter optimiser la prise en charge d'une pathologie. Le choix de la méthode sera différent selon la situation.

Pour mettre en oeuvre une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles, il est essentiel d'identifier l'objectif de la démarche et le type de situation auquel on est confronté. Une fois l'objectif clarifié, le choix de la méthode la plus adaptée permet la réussite du projet.

L'HAS publie à la fin du mois un guide EPP pour aider les établissements à mettre en oeuvre les démarches d'EPP dans la deuxième itération d'accréditation.

3 - Exemple d'EPP en psychiatrie

Un des exemples du guide EPP publié par la HAS concerne la réponse par une équipe de psychiatrie à la

3-1 référence 46 du manuel de deuxième itération d'accréditation

Cette référence prévoit la mise en oeuvre de d'actions ou de projets d'évaluation et d'amélioration sur des pathologies ou problèmes de santé principaux.

Dans le cadre de cette référence, les établissements développent des actions structurées d'évaluation des modalités de prise en charge de pathologies ou de problèmes de santé principaux par type de prise en charge. Ainsi, cette équipe a choisi de présenter une action d'amélioration de la prise en charge des suicidants aux urgences.

Pour cela a été constitué un groupe de travail avec des urgentistes des psychiatres, des pédopsychiatres, des infirmiers polyvalents, des infirmiers psychiatriques, des assistantes sociales, le médecin DIM, le président de la CME et un coordonnateur. Ce groupe a utilisé la méthode de l'audit clinique.

L'audit en lui-même, réalisé à l'aide d'une grille de 15 critères opérationnels issus des recommandations de l'A.N.A.E.S « Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide » (novembre 1998), a consisté en une première auto-évaluation prospective sur 2 mois concernant 30 patients consécutifs âgés de 15 à 35 ans admis aux Urgences pour tentatives de suicide. Les résultats ont montré :

- une évaluation quasi exclusivement médico-psychiatrique de la problématique suicidante avec une prise en charge somatique et psychiatrique plutôt conforme aux recommandations, mais un défaut massif de recours à l'évaluation sociale (16,6 %) ;
- un abord très hospitalo-centrique de la question avec des écarts sensibles pour les critères concernant l'aménagement de la sortie et son suivi :
 - peu de contacts préalables à la sortie avec les interlocuteurs extérieurs: 20 % ;
 - prise de rendez-vous spécialisé avant la sortie: 43 % ;
 - information sur le devenir de ces patients après la sortie : 33 %.

3-2 Les propositions d'amélioration

En réponse aux résultats obtenus elles ont été, notamment :

- l'évaluation sociale systématique pour les adolescents et au cas par cas pour les adultes,
- l'élaboration d'une fiche de liaison sociale ;
- l'instauration d'un cahier tenu par l'infirmier des urgences prenant en charge le patient permettant de consigner dates et lieu des rendez-vous spécialisés programmés au moment de la sortie ;
- le principe retenu de l'envoi d'un courrier, émanant de l'équipe des urgences, au patient ne s'étant pas rendu au rendez-vous prévu, rappelant la disponibilité de cette équipe et l'inscrivant ainsi dans la continuité du lien amorcé lors de l'hospitalisation, de façon personnalisée.

Au terme de ce travail d'élaboration, s'est engagée la **phase de diffusion des propositions**. Le rapport de cette 1^{ère} étape a d'abord fait l'objet d'une discussion au sein du collège des psychiatres afin d'en valider les conclusions et d'espérer une harmonisation des pratiques.

Il a ensuite été présenté à l'ensemble de l'équipe du S.A.U. L'engagement actif du président de la C.M.E dans cette démarche a été déterminant pour l'inscrire dans une dimension plus globalement institutionnelle avec présentation en C.M.E., puis organisation d'une réunion de F.M.C. interne sur le thème de la « prise en charge des suicidants ». L'administration était par ailleurs interpellée dans le cadre de l'élaboration alors en cours du projet d'objectifs et de moyens.

3-3 résultats de la ré-évaluation

Les résultats de la ré-évaluation réalisée un an plus tard selon les mêmes modalités nous ont permis de constater la mise

en œuvre des actions d'amélioration avec, en particulier, une diminution sensible des écarts concernant l'évaluation sociale, l'aménagement de la sortie et le suivi de celle-ci.

Au plan des résultats, ces actions ont eu un impact important avec une augmentation des sorties directes après hospitalisation sur l'U.H.C.D. des Urgences (60,7 % contre 40,7 % au 1^{er} tour) associée à la réalisation de rendez-vous précoces dans les 48 à 72 heures avec le psychiatre des urgences.

Et surtout, en 2003, le S.A.U. a pris en charge 330 tentatives de suicide avec un taux de récurrence sur l'année de seulement 7,57 %.

4 - Méthodes

Dans notre exemple, la méthode choisie était l'audit puisque l'équipe avait choisi de comparer sa pratique avec les données de la littérature sur un champ restreint comme la prise en charge des suicidants aux urgences.

Mais si, par exemple, une équipe décidait d'analyser la façon dont sont pris en charge les psychotiques chroniques dans son hôpital de jour, cette équipe aurait intérêt à choisir la méthode du chemin clinique ou d'analyse de processus.

Autre exemple, si une équipe décidait de se pencher sur les causes racines d'une agitation conduisant à des dommages pour le malade ou les professionnels, cette équipe devrait alors s'appuyer sur la méthode de recherche des causes.

On peut choisir aussi de mettre en place des indicateurs servant d'alerte par leur changement, par exemple, dans l'exemple précédent, l'équipe pourrait suivre le taux de récurrence des suicides et s'il se modifie conduire une nouvelle démarche d'EPP pour en comprendre la raison et y apporter des améliorations.

À partir des différents objectifs, plusieurs approches génériques ont été identifiées, permettant d'aider à choisir les méthodes les plus adaptées. (Tableau ci-dessous.)

5 - Malades ou maladies ?

Toutefois, la psychiatrie ne se résume pas évidemment à la prise en charge standardisée et randomisée des suicidants aux urgences ou des psychotiques chroniques en hôpital de jour. La controverse issue de la publication du rapport de l'INSERM sur les psychothérapies est un exemple de la difficulté à mettre en œuvre une évaluation des pratiques dans certains champs de la psychiatrie. L'approche actuelle de l'EPP est centrée sur les pratiques visibles et sur des diagnostics consensuels. Or une dimension importante de la psychiatrie est l'approche humaine, l'approche d'une personne, plutôt que l'approche d'une maladie.

Reprendre les traces laissées par Paul Ricoeur peut nous aider à transcender sa mort récente et à mieux concevoir quelles spécificités présente l'évaluation en psychiatrie par rapport à la démarche EPP traditionnellement basée sur l'EBM (evidence based medicine).

En effet, les exemples d'EPP que nous avons vus jusqu'à maintenant tendent à réduire les écarts de pratiques entre elles et avec les données de la littérature. Il s'agit de tendre vers des modèles de soins identiques parce que conformes aux données actuelles de la science et parce qu'ainsi, chaque patient pourra bénéficier de la même qualité de soins. Il y a donc dans cette démarche recherche d'amélioration de la qualité des soins qui en passe par une offre de soins similaire et en amélioration continue pour chacun. Autrement dit des soins idem entre eux pour la même maladie.

Paul Ricoeur compare cette identité des choses entre elles qu'il appelle l'identité de l'idem à l'identité humaine qui pour lui relève de l'ipse et non de l'idem. C'est une identité narrative qui s'établit et se développe dans un récit à l'autre. L'identité humaine, c'est ce qui persiste malgré le changement ou, d'ailleurs, à cause du changement. A la différence des choses, pour que l'être humain reste ce qu'il est, il faut qu'il change au cours de son histoire. Ce sont ces passages

• Objectifs	• Approches	• Méthodes utilisables
Réaliser le bilan d'une pratique au regard de l'état de l'art	Approche par comparaison à un référentiel	- Audit clinique - Audit clinique ciblé - Revue de pertinence - Enquête de pratique
- Optimiser ou améliorer une prise en charge ou un processus donné - Maîtriser les risques d'un secteur ou d'une activité	Approche par processus	- Analyse de processus - Chemin clinique - AMDEC (Analyse des Modes de Défaillance, de leurs Effets et de leur Criticité)
- Traiter un dysfonctionnement - Analyser et traiter des événements indésirables	Approche par problème	- Méthode de résolution de problème - Analyse des processus - Revue de mortalité-morbidité - Méthodes d'analyse des causes
Surveiller un phénomène important et agir en fonction du résultat	Approche par indicateur	- Mise en place et analyse d'indicateurs - Maîtrise statistique des processus
Implanter une démarche d'évaluation et mesurer son efficacité	Recherche évaluative	Méthodes spécifiques

qui permettent à l'être humain de garder son identité. Evaluer la prise en charge d'une pathologie en psychiatrie devrait donc également s'inscrire dans cette dynamique évolutive du sujet et s'appuyer sur cette identité narrative du sujet, autant que sur une identité de l'idem entre symptômes. Cette remarque s'applique d'ailleurs à tous les champs de la médecine, et s'approche de la notion de terrain sur lequel se développe une maladie.

C'est pourquoi en psychiatrie, les actions d'EPP concernent en général des questions posées par la pratique de terrain plus que des questions de références théoriques. Enfin, l'évaluation pluridisciplinaire s'y applique plus facilement que l'évaluation individualisée d'une pratique psychothérapique par exemple.

Ces démarches améliorent considérablement la qualité des prescriptions médicamenteuses, ou la qualité de la prise en charge de symptômes bruyants, ou la qualité de prise en charge de pathologies très chronicisées. Mais elle peuvent laisser un sentiment d'insatisfaction par ce relatif évitement d'aborder la question de la relation soignant-soigné.

6 - Supervision, groupes de pairs

L'EPP distingue l'évaluation par des méthodes implicites et l'évaluation par des méthodes explicites.

Nous avons vus l'évaluation par des méthodes explicites. Elle consiste à définir des critères de qualité sur une pratique donnée, réalistes pour le contexte dans lequel on se trouve, puis de mesurer les pratiques réelles et enfin de mettre en œuvre les actions visant à faire converger la pratique constatée vers les critères retenus.

L'évaluation par des méthodes implicites utilise des méthodes de type revue de dossier par des pairs. Elle repose sur le jugement clinique du ou des évaluateurs. Les critères de jugement ne sont pas formulés explicitement.

La psychiatrie, plus que les autres disciplines s'interroge depuis toujours sur l'effet de la relation entre le malade et le soignant. Le contre-transfert est devenu un concept utilisé par tous les soignants de psychiatrie, qu'ils se réfèrent ou non à la psychanalyse. De même, parler de sa relation avec le patient est une pratique courante dans les équipes, tant on sait que la qualité des soins est largement conditionnée par la qualité de la relation du patient avec son environnement. Les pratiques de supervision, ou de régulation psychanalytique, ou didactiques font partie du paysage de la psychiatrie privée ou publique. Leurs objectifs rejoignent en partie ceux

de l'EPP puisqu'il s'agit notamment d'améliorer la pratique soignante en interrogeant la relation soignant-soigné. La méthode s'appuie sur l'échange verbal, l'interprétation, et la théorie analytique. Le référentiel commun est le plus souvent implicite.

Ces démarches sont donc une façon d'évaluer les pratiques. En s'appuyant sur ces techniques courantes de supervision et sur un échange des savoir-faire entre équipes de soins, ces démarches s'approchent d'une EPP, partant de concepts traitant plus de la relation soignant-soigné que de l'approche d'une maladie.

Savoir-faire, savoir être, faire savoir

Psy-cause fête ses dix ans cette année et a été depuis sa création une revue associative et une association de formation continue dont la politique fondatrice était de faire savoir les savoir faire et les savoir être des équipes de terrain. Ce pari est aujourd'hui réussi et reste difficile à tenir.

Aujourd'hui, et ailleurs dans d'autres manifestations scientifiques, revient souvent le sentiment pour les soignants d'être en difficulté pour réaliser son travail dans les meilleures conditions possibles. Cela peut s'accompagner d'une perte d'estime pour la qualité de son travail et d'une perte de confiance des usagers.

Etre fier de la qualité de son travail, c'est une étape importante de reconquête de la confiance entre usagers et prestataires de soins.

L'EPP est un des moyens de prendre en main son destin de soignant, d'améliorer ses pratiques et d'en témoigner.

Psy-Cause peut être un acteur créatif dans cette démarche en publiant les résultats des équipes et en favorisant les échanges de savoir-faire et de savoir être entre équipes de terrain...

Bibliographie

HAS, *Le guide EPP*.

KOHN L., *To err is human*. (BERWICK M.D. : adverse events), National Academy Press, 2000.

RICOEUR P., *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil, L'ordre Philosophique, 1990.





Youssef Mourtada

Le sevrage aux soins : un problème de santé publique

La condition humaine

Le réel, ce qui est autre, une effraction, constitue le symptôme de notre réalité. Un symptôme qui origine également cette réalité. La condition humaine ou la condition de notre humanité, c'est de s'arrêter et de s'interroger. Sans le pourquoi face au réel, il n'y a pas d'humanité. Seul, le pourquoi va permettre au ça d'advenir dans une réalité, une réalité qui ne fait pas semblant avec son blanc originaire. En effet, c'est dans le questionnement et l'étonnement que va naître la représentation. Loin des enjeux, des solutions, des sutures et des réponses, la représentation est un jeu du réel qui va permettre à chacun de réaliser l'autre qu'il est, de cesser sa guerre, de guérir et de métamorphoser à chaque instant sa vie de mortel en quelque chose de possible, de naître dans une réalité.

L'espace de ce questionnement où l'un saigne l'autre et l'un enseigne l'autre, est précisément l'espace psychique. Au cœur du psychisme, c'est le schisme, une drôle de déchirure fondatrice de l'être par la présence de l'autre. Mon sentiment de soi n'est valable qu'à être un autre et ce sentiment de soi s'efface par l'effacement de l'autre, autrement dit un nouveau-né va construire sa conscience de soi à travers le regard de cet autre parental dont il est l'effraction et de ce fait, le lien à l'autre, c'est-à-dire que le lien social est intrinsèque et non le contraire. C'est ce lien qui va permettre au somatique, cet amas de cellules organisé en espace fœtale, de naître dans un corps où l'autre est réellement constitutif et où la mort est un instinct de vie.

L'appareil psychique, au-delà d'un organe, d'un organisme ou d'une organisation, c'est un corps qui va de l'un à l'autre, du somatique au social. Le psychisme, c'est l'embryologie en soi de cet autre constitutif, une embryologie qui durera l'espace d'une vie, une embryologie dont la cavité est ophthalmique ; le placenta est une rétine et la délivrance est un acte d'écriture.

Ainsi, cet espace psychique est une déchirure qui grandira avec le temps, une déchirure qui fait signe, qui nous fait signe et dont la trace constitue notre corps et notre langage.

Ce qui précède nous montre l'ampleur du désastre quand ce corps se perd et perd son espace vital, quand le mental se retrouve réduit à un simple arc réflexe entre vulnérabilité somatique et stress social, sans trace ni mémoire ni histoire ni lendemain, hormis les cadavres que l'on terrasse en commun.

Des soignés et des soignants

La dépression, qu'elle soit narcissique ou objectale, c'est un fléau post-moderne et une maladie contemporaine à



combattre pour que le moi se retrouve à nouveau si sûr. En réalité, la dépression reflète surtout l'arrêt du semblant et la retrouvaille du blanc et seul le blanc est créateur.

Malheureusement dans notre emballement, on cherche à effacer rapidement dans une frénésie quasi maniaque une déprime qui constitue pour un sujet la retrouvaille du réel. Ce réel, instantanément mortel est la condition même d'une naissance ou d'une renaissance dans une temporalité, en somme, une réalité qui métamorphose le temps qui coule en espace qui demeure.

La dépression, maladie actuelle et amnésique, pose pour un sujet la question de sa filiation, de son histoire et le sens de son quotidien.

La question qui s'impose, ce n'est pas tellement qu'il y a des soi niés déclarés ou non déclarés à soigner, mais surtout qu'est-ce que c'est d'être soignant ?

Soigner, nous voilà au cœur du problème. Comment prendre soin de cet être de néant quand il s'adresse à nous, et il ne cesse pas de s'adresser à nous là où il est, c'est-à-dire, à nous adresser son réel. Un réel, qui constitue au quotidien, les couleurs de cette fresque intime et publique qui nous regarde, maladie, angoisse, déprime, passage à l'acte destructeur de soi, de l'autre, catastrophe, famine et guerre.

Prendre soin de ce nier, ce n'est pas lui injecter un sens, mais lui ouvrir à nouveau la voie de son sens, la voie de sa liberté dans une fraternité à laquelle nous sommes souvent inégaux si de notre néant ou de notre sens, on ne veut rien savoir.

Cela nous amène à dire que seul un niant, celui qui est capable de dire non, peut être soignant. Dire non est au centre de toute éducation, non pas de l'enfant mais des parents, leur permettant de regarder leur enfant comme un autre, lui permettant dans cette radicale séparation de structurer son psychisme et d'accéder à un corps et à un langage autrement dit, à son propre nom.

Dire non est aussi le centre de gravité de tout lien social. Là aussi, c'est le gouvernement qui est l'émanence de la conscience politique des citoyens et non le contraire. Malheureusement, faute de cette évidence du non chez les citoyens, les gouvernements fonctionnent souvent avec le refoulement ou la répression et rarement avec la réalisation du réel.

Cela nous amène à dire que pour être soignant, il ne suffit pas d'avoir un diplôme, mais surtout d'être porteur d'un non propre et être capable de l'opposer, quand il le faut, au sens commun. L'exemple de FREUD est éloquent à cet égard puisqu'il a osé faire de son rêve scientifique une science des rêves de chacun.

Soin, assistance et thérapie

Etrangement, notre modèle de soin médical et d'assistant social reproduit sur une scène publique une autre scène intime et primaire, celle de la relation avec la mère. Une

mère est soignante si elle est suffisamment bonne, c'est-à-dire surtout pas parfaite, permettant à son enfant dans cette incomplétude, d'accéder à son altérité, à son espace, de grandir et de partir.

En effet, la mère est le réel de son enfant, autant qu'il est aussi son réel, à elle. Une mère est soignante si elle parle son réel et non si elle parle au nom du réel, au nom de son enfant. Parler au nom de l'autre revient à le nier, à le dissoudre dans une totalité sans limite hormis cette limite finale, la mort. Parler à l'autre, c'est réaliser son altérité, le réaliser et se réaliser par cette parole. Au cœur de la fonction maternelle et soignante, c'est cette évidence de l'altérité de l'autre qui fait qu'on ne peut pas répondre parfaitement à ce qu'on suppose de ses besoins, ni de ce qu'on prépose au nom de l'instinct.

Finalement, une mère est suffisamment bonne à ne pas être seulement une mère, à voir en elle dans cette fonction primaire et originaire une altérité, d'avoir en elle de l'autre. Cette bifonctionnalité ou cette bisexualité est la définition même de la fonction du père. Une fonction qui permet à l'enfant de ne pas rester un petit bout et de se mettre debout.

Une fonction qui permet à la mère de ne pas être instrumentalisée en machine à reproduction mais de pouvoir sauvegarder son espace, son psychisme, son altérité, à savoir sa féminité. Et c'est la femme qui origine la mère et non le contraire.

Une fonction qui permet aux hommes de se défaire de leur plus identitaire, de leur soit d'emprise et de pouvoir pour retrouver une identité dans cette capacité de voir l'autre, de faire lien et de prendre corps. Ce qui nous amène à dire que la femme est le corps de l'homme, en somme, son être de père, sa créativité.

Ce qui précède nous montre que la ligne de démarcation de la sexualité est avant tout psychique, une bisexualité qui fait qu'il a de l'autre en soi. Cette question de l'autre en soi ou d'un soi autre nous fait saisir que le public est au cœur de l'intime, que le fantasme est la version secrète de ce conte, que le symptôme est le reflet d'une urgence éthique qui témoigne publiquement de l'intimité de notre être, de notre rapport à l'autre.

Quant au thérapeute, au-delà d'un concept mythique, la psychothérapie, son art, c'est de prendre soin de cet autre, de pouvoir l'assister là où il est, fut-il le néant, le vide ou le désert. L'art d'un thérapeute c'est de ne pas se défaire de ce visage qui nous envisage, de métamorphoser le fantasme en corps et le symptôme en langage.

L'effet thérapeutique n'est pas une question d'appellation ni une affaire gagnée d'avance. L'effet thérapeutique est de pouvoir habiter à chaque instant cette terre éthique, l'altérité de l'autre qui nous habite, de cesser cette guerre de tranchée, de guérir et de métamorphoser sa vie en trace. Un thérapeute ne tire son portrait qu'en permettant à l'autre de se tirer.

Sevrage et santé publique

La santé, cet état de bien être n'a pas à être définie par l'absence de la maladie, dans cette affaire c'est la santé qui est primaire. De même que cet état intime est d'essence publique. Le bien-être est la présence en soi de l'autre. Cette présence de l'autre est un point de fuite et de perspective qui dessine un espace vital, et seul l'espace est vital, permettant ainsi à l'humain tout en étant déterminé et fini d'échapper à son déterminisme médico-social et de transcender sa vie de mortel en œuvre qui demeure.

Nous avons vu que cet espace qui naît du schisme fondateur de l'autre est le psychisme. C'est ainsi que toute réalité est psychique et que la santé est mentale, une capacité d'être à chaque instant présent à soi par la représentation de l'autre. Au-delà d'un modèle bio-psycho-social, l'appareil psychique avec ses bords somatique et social signe l'accès à un corps et la présence d'un langage. L'intérieur de l'humain, sa liberté ou sa santé ne se limite pas à ses viscères ni à des constantes biologiques, légales ou morales ; l'intérieur de l'humain c'est son regard, une chair qui se situe entre peau et mur.

L'embryologie de cet appareil psychique qui dure toute une vie, c'est la parentalité et sa formidable accélération, la

natalité, ses étapes, le soi et l'autre ou le miroir et l'Œdipe, ses épreuves, le sexe et la mort où les adolescents et les personnes âgées, cette embryologie nous permet un autre regard sur la santé et ses pathologies.

Cet autre regard nous fait saisir que le sevrage est un concept central de santé publique. Il nous fait saisir que la dépression maternelle signe un arrêt nécessaire pour la réalisation de ce processus de séparation. Faute de ce deuil, d'un acte de passage, ce processus se résout souvent par des passages à l'acte, que la dépression à l'adolescence et de toute personne âgée signe le même arrêt nécessaire pour pouvoir dérouler une vie, qu'une tentative de suicide ou de meurtre est aussi une tentative de naissance finale au prix de détruire la vie pour ne pas faire semblant.

Quant au soin, c'est aux soignants qu'il appartient de réaliser que le sevrage au soin est l'élément central de tout processus thérapeutique, faute de quoi, on ne fait qu'instituer l'annulation de l'autre avec son cortège de passages à l'acte destructeur de soi et de l'autre, des passages à l'acte qui malheureusement envahissent de plus en plus notre actualité et nous pose, au-delà d'une supposée maladie mentale, le sens de notre vie.



Actualité scientifique

méditerranéenne et occitane

**Laragne les 22, 23 et 24 mars 2006 : XXèmes Journées de Laragne
organisées par l'Association de Formation et de Recherche
des Personnels de Santé des Hautes Alpes (AFREPSHA)**

« Psychiatrie : espace de rencontre ou quand on aime on a toujours 20 ans* ... »

- I -

« Il y a 38 ans, le mois de mai débutait le 22 mars ». C'est ainsi que Pierre Delion commence ces rencontres, après que Dimitri Karavokyros et Marc Livet l'aient remercié d'être présent à Laragne. A cette heure en effet, il devait participer au « téléphone sonne » à France Inter. Il s'agissait de répondre à cette enquête de l'Inserm préconisant le repérage des enfants qui dès l'âge de 3 ans pouvaient être fichés comme prédélinquants. Une pétition rassemble à ce jour plus de 140 000 signatures.

Marc Livet pose les questions : que deviennent les fondamentaux de la psychiatrie dans cette société de formatage et de standardisation qui ne tolère ni l'aléatoire ni les faibles ? La psychiatrie est-elle encore une médecine de l'humain ? Comment maintenir une certaine philosophie du travail ?

Ce sont ces questions que Marc Livet, Dimitri Karavokyros, Pierre Delion et Jean Oury ont abordées ce soir-là. Professeur de psychiatrie à Lille, Pierre Delion fait le constat que les étudiants en médecine ainsi que les nouveaux infirmiers ne sont pas en mesure, sauf talent personnel, de répondre sur le plan « relationnel ». Cela débouche souvent sur des mesures de contention.



Pierre Delion

Le livre de Patrick Coupechoux « Un monde de fous » (Le Seuil, 2006) est un excellent état des lieux de la psychiatrie : on est proche du niveau zéro. Ayant mis en place un D.U. de Psychothérapie Institutionnelle, Pierre Delion affirme que l'urgence en psychiatrie est d'en faire passer les principes de base.

Pourquoi y a-t-il si peu de vrais clubs thérapeutiques ?

Jean Oury suggère ironiquement que les enfants fichés comme prédélinquants soient tatoués sur un avant bras. « Ca fait longtemps que ça dure et ça ne fait que commencer » (Beckett).

Il dénonce une fois de plus cette fallacieuse opposition entre Psychothérapie Institutionnelle et Secteur, véhiculée même par les meilleurs. (Allusion à Philippe Paumelle, auteur d'une thèse remarquable en 1952 sur les quartiers d'agités, qui accusa plus tard la Psychothérapie Institutionnelle d'être « hospitalocentrique »). C'est *aussi* à Saint Alban qu'est né le secteur. Pensons à Bonnafe.

Oury met en cause les médecins des hôpitaux psychiatriques qui ont été « achetés » par l'Etat pour ne plus s'occuper des hôpitaux. Ils n'auraient jamais dû renoncer à assurer la direction de l'hôpital. Il n'est pas admissible, selon lui, qu'un bureaucrate fasse la loi à l'hôpital. Contre les administratifs et les comptables, il affirme que *ce qui compte c'est ce qui ne se compte pas*.

Pour soigner les psychotiques malades du lien social, ce qui est important est toujours de l'ordre de l'insolite, de ce qui ne se voit pas.

Il déplore la dégénérescence, la destruction de la psychiatrie. C'est ainsi que maintenant pour faire un diagnostic, il n'y aurait plus besoin de parler : ça trouble l'objectivité !

La suppression des écoles d'infirmier psychiatrique disqualifie *l'expérience* au profit d'une logique *manageriale* en rapport avec l'organisation étatique de la psychiatrie. Cela est valable aussi pour la pédagogie et le monde éducatif.

* Compte rendu de Pierre Evrard. Les illustrations sont de Pierre Sadoul, réalisées lors du colloque.

Notre travail c'est le *transfert*. Le concept de transfert est un *mot d'ordre*. Le *concept du transfert* est un *mot d'ordre politique*. Politique entendu comme *du* politique de l'organisation des soins (non de la politique, celle des « partis »).

La psychiatrie s'occupe de *l'existence humaine*, du *parlêtre*. Ce n'est pas une affaire de bureaucrates.

Oury évoque la misère de certains services où l'on supprime les ateliers, les clubs, en considérant que « c'est ringard » mais où l'on introduit des vigiles voire des chiens policiers. A tous ceux qui pensent que la psychiatrie est en marche ascendante, il répond « ce n'est pas vrai ».

Dimitri Karavokyros rappelle qu'il n'y a pas qu'à l'hôpital que c'est détruit, dans l'extra hospitalier aussi, faute de Psychothérapie Institutionnelle.

Cette opposition entre hôpital et secteur, Pierre Delion la trouve du reste ridicule. Ce qui compte est la continuité des soins. La psychiatrie devient de plus en plus une psychiatrie *d'urgence*, une psychiatrie de la *rupture* faute d'un dispositif assurant cette continuité.

En s'appuyant sur Winnicott, Delion indique qu'un tel dispositif doit rechercher la bonne distance pour *chaque* patient. Se garder du risque d'occuper la place de la mère « suffisamment trop bonne » et intrusive ou celle de la mère trop lointaine en attendant la demande. Tout cela n'est pas *protocolisable*.

Cela débouche sur la capacité de *penser* dans la relation avec l'autre, de penser le transfert et donc sur des questions de formation et de transmission.

Concluant ces conversations, Oury rappelle que c'est avec des notions de *transparence* et d'*homogénéisation* que l'on a commencé à remplir les camps de la mort.



Jean Oury et Dimitri Karavokyros

- II -

La matinée du jeudi 23 mars fut consacrée à la succession des rapports sur la *psychiatrie* commandés par les divers gouvernements qui se sont succédés depuis 25 ans.

Dimitri Karavokyros constate qu'un vent mauvais souffle sur Laragne : les grillages s'installent, les internements augmentent. « Nous vivons l'*aporie* de la psychiatrie », c'est-à-dire l'impasse dans laquelle se trouve le soin dans un hôpital psychiatrique marqué par l'éloignement et la « sécurisation » – ici comme partout. Pour lui il faut installer le soin temps

plein ailleurs qu'à l'hôpital psychiatrique. Il rappelle son mot d'esprit d'il y a plus de 20 ans : on dit qu'on va fermer les hôpitaux psychiatriques – oui, à double tour !

Ce retour aux contraintes, aux chambres d'isolement, cette invasion de protocoles, se sont accompagnés de plusieurs coupures :

- coupure entre équipes de soins et administration,
- coupure entre médecins et infirmiers, on a assisté à un saccage – saccage de la clinique, de la pratique permanente du partage, du travail en équipe.

Emmanuel Dignonnet, présidant cette table ronde, envisage la succession des rapports dans leur contexte politique, et dans l'air de leur temps. Ce ne sont pas seulement des rapports destinés à finir au placard. Ils marquent une évolution, un lien avec ceux qui précèdent. Derrière chaque rapport il y a un *projet politique*.

1 – Le rapport Demay

Intervention de **Guy Baillon**.

Il se présente comme le plus écervelé de la commission Demay. Ce rapport marque un *tournant* dans l'histoire de la psychiatrie. Le titre de ces journées de Laragne « quand on aime on a toujours 20 ans », l'incite à introduire le rapport Demay en *chantant* la Folie sur l'air de la Bohème de Charles Aznavour : Je vous parle d'un temps... Là à Laragne nous avions tous du génie... Autour de Jean Demay nous passions des nuits blanches...

Après des applaudissements nourris, Guy Baillon enchaîne sur la *censure* dont le rapport Demay a été l'objet. Il s'agissait d'un *message fort, bien écrit*... qui n'a jamais été publié.

Il rend hommage aux onze (sur trente) membres de cette commission aujourd'hui disparus.

Le contexte de l'époque, les suites de mai 1981 et son espoir formidable. Alors l'hôpital écrasait tout. C'était avec le conseil général qu'il fallait installer le secteur. Ralite nomme Demay pour présider une commission qui travaille de septembre 1981 à juin 1982. « On travaille dans tous les sens ». Avec l'aide de M.R. Mamelet du ministère, s'élabore



l'idée de l'Etablissement Public de Secteur. Cette proposition simple va dans le sens de la nécessité de gérer les choses *au niveau* où elles se font. Avec l'EPS, l'hôpital en droit disparaît. Tout le travail de la commission s'est cristallisé autour de l'EPS. Affirmation de la spécificité de la psychiatrie, de la formation des infirmiers, tout le dispositif hors de l'hôpital (hôpital psychiatrique comme hôpital général), conseils de santé mentale locaux, etc.

L'après rapport : le silence.

Il a été oublié parce qu'il mettait en cause le pouvoir de la direction des hôpitaux. C'est sur un ton lyrique que Guy Baillon nous invite à puiser vérité et force dans le rapport Demay, aux fins de retrouver nos capacités d'union et de solidarité.

Le rapport peut être chargé sur le site www.serpsy.org

2 – Rapport Zambrowsky

Michel Massat, ancien directeur d'hôpital, faisait partie de cette commission installée par Michèle Barsach en 1986. Partie du constat que la psychiatrie représente un tiers des dépenses de l'Assurance Maladie, que l'hospitalisation financée par l'Assurance Maladie absorbe 90 % des dépenses de psychiatrie (les 10 % restants étant du ressort des conseils généraux), la commission s'était fixée pour objectif de favoriser les alternatives à l'hospitalisation. La méthode : fermer les surcapacités hospitalières et redéployer les moyens à l'extérieur.

Massat attribue à ce rapport des qualités de pragmatisme réformiste et de gestion humaniste. La visée est d'adapter l'outil de soin à coût constant : création d'hôpitaux de jour, de centres médico-psychologiques, de centres de post-cure, de placements familiaux, Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel... Le Premier ministre de l'époque (J. Chirac) a contraint l'Assurance Maladie à financer ces structures extra-hospitalières.

Donc : - unité de gestion : le centre hospitalier,

- unité de financement : l'Assurance Maladie.

La rédaction de tous ces textes officiels doit tout à J.F. Bauduret.

3 – Rapport Massé (1991)

C'est B. Durieux, ministre centriste du gouvernement Rocard qui commande un nouveau rapport à G. Massé en juillet 1991.

Le descriptif est celui d'une grande diversité des moyens des secteurs dans une proportion de 1 à 19.

Il s'agit toujours de réduire l'hospitalisation et de développer l'extra-hospitalier.

Le travail à l'hôpital général se développe : urgences, psychiatrie de liaison. De nouvelles demandes apparaissent, ainsi que de nouveaux partenaires (usagers...).

Gérard Massé confesse ne pas avoir vu à cette époque venir le problème crucial de la démographie médicale. Ce rapport aura des prolongements sous la forme de la « Mission nationale d'appui en santé mentale ».

Gérard Massé justifie un de ses outils : celui de la médiation par des « professionnels reconnus » dans les situations de conflits au sein d'un hôpital (G. Richon dira plus tard ce qu'il faut en penser dans la pratique !).

En 1992, B. Kouchner publie ce rapport. 1992 est aussi la dernière année de lutte pour la défense du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique. Cette bataille sera perdue.

4 – Rapport Piel et Roelandt (2001)

Eric Piel évoque la nature politique de la commande d'un rapport par un ministre. Il révèle que c'est le rapporteur lui-même qui est chargé d'écrire la lettre de mission. Il nous fait part des problèmes liés à la condition de rapporteur, vécu par certains comme expert, par d'autres comme traître.

Eric Piel s'est situé dans la filiation du rapport Demay : « tout y est dit ».

Il salue la collaboration avec *Mme Gillot* (Secrétaire d'Etat à la Santé pendant que Kouchner était au Kosovo). « De la psychiatrie à la Santé Mentale » a été reçu comme une « provocation ».

La place que ce rapport donne aux usagers et à leurs associations est toujours objet de polémiques, ainsi que beaucoup de mesures proposées (participation des psychiatres libéraux à des activités de santé publique, mise en cause de la liberté d'installation, moratoire sur les grands investissements hospitaliers pour favoriser le redéploiement dans la cité des hospitalisations, révision des formations universitaires...). Eric Piel renvoie à un engagement de nature *politique* en affirmant que le libéralisme est l'ennemi des plus faibles parmi les hommes. Il n'est pas trop tard, ni utopique de vouloir changer les choses.

E. Digonnet rappelle que les Etats Généraux de 2003 à Montpellier témoignent que ça suffit d'enfiler les rapports alors que sont refusés les moyens pour que la psychiatrie change.

5 – Rapport Clery Melin – L. Kovess – J.-C. Pascal (2002-2003)

Jean-Charles Pascal met en garde contre la mythification d'une psychiatrie d'avant. Il n'y a pas d'autrefois paradisiaque et un maintenant catastrophique. Il n'y a jamais eu autant de psychiatres que maintenant. Seulement ils ne sont



pas répartis correctement. Ils sont surtout dans les villes de fac. Il faudrait un plan « par région ».

J.-C. Pascal est favorable à une spécialisation des structures : par exemple, les psychoses émergentes chez les 15-25 ans. Le « plan d'action pour la psychiatrie et le développement de la santé mentale » devait être discuté avec la profession. Au moment de la remise du rapport exit Mattei, Douste-Blazy publie un Plan de Santé Mentale, extrait du rapport. Les éléments qui pouvaient faire problème ne seront pas repris pour ne pas faire de vagues !

Pour E. Dignonnet, le Plan de Santé Mentale n'est qu'une pièce d'un édifice plus global : le plan hôpital 2007.

La succession de ces rapports durant ce quart de siècle écoulé a pu faire penser à certains qu'on était passé de l'« utopie » de la Psychothérapie Institutionnelle et du secteur au « pragmatisme » de la santé mentale.

C'est avec vigueur que Guy Baillon refuse de considérer le rapport Demay comme utopique. Il est *politique*. Quand on parle politique ce n'est pas utopique.

La Folie pose le problème philosophique et politique de la place de la parole folle dans la cité. Dès que l'on devient « pragmatique » et qu'on oublie la dimension politique et anthropologique, on continue à stigmatiser la folie et à l'enterrer. Quand on parle de citoyenneté ce n'est pas de l'utopie !

Marc Livet, constatant le peu d'effets des rapports sur les moyens attribués à la psychiatrie et qu'il a d'une certaine manière « suffit » du drame de Pau pour que soit débloquée une somme de 487 millions d'euros, s'interroge sur la place de la santé mentale en France.

Une infirmière du collectif « fous de rage » constitué à Toulouse après l'explosion d'AZF qui a sinistré l'hôpital, évoque la « honte qu'il y a à penser le travail psychiatrique ».

Un intervenant voit une cohérence entre le rapport Cléry-Melin et la politique des pôles : c'est l'introduction du rapport marchand dans la psychiatrie publique. « Combien ça va me rapporter » sera la première question des responsables de pôle.

- III -

Le jeudi après-midi plusieurs équipes sont amenées à témoigner.

Gabriel Richon et l'équipe de l'hôpital de Thouars dans les Deux-Sèvres, exposent la singularité de leur expérience : une organisation psychothérapique centrée sur le malade : les *groupes thérapeutiques*.

Cette organisation concerne à la fois les services d'hospitalisation temps plein et les centres de jour.

Les soignants s'imposent individuellement et collectivement de respecter et d'assumer l'engagement pris auprès d'un patient. Cette préoccupation attentive favorise chez le patient son sentiment d'exister, celui d'être considéré comme une personne. Il s'agit là d'une exigence qui a demandé pour se réaliser d'âpres combats pour obtenir les moyens d'une part et aménager les horaires de travail d'autre part (plusieurs rejets en CTE pour sortir des « horaires asilaires » !).

Divers groupes thérapeutiques sont proposés à chaque patient dès son entrée (ou dès que son état le permet). Il est notable que les unités d'hospitalisation accueillent sans discrimination des patients sous contrainte ou libres et que les unités restent *ouvertes*.

L'inscription de chacun dans un ou plusieurs groupes, l'implication de *tous* les soignants font généralement céder l'hostilité aux soins ou le recours à la violence. Les unités d'hospitalisation comptent ainsi 24 supports (arts plastiques, écriture, percussions, revue de presse, équitation, expression théâtrale...).

Par exemple, un groupe dit de « photolangage » animé par une psychologue et une infirmière, utilise des photographies pour stimuler les « projections » des patients par leur expression verbale à partir de leur choix (négatif ou positif – ce qui évoque le Szondi).

Pour les soins au long cours, la participation régulière des patients à divers groupes fait l'objet d'un contrat de soins. Les référents de chaque groupe participent à des supervisions 3 fois par an.

On dénombre 42 groupes fonctionnant de septembre à juin dans les centres de jour (1/2 journée par semaine). Cette



La tables
des rapporteurs



dimension *groupale* est conçue comme un espace intermédiaire entre l'individuel et le collectif. Richon, référant sa pratique à la Psychothérapie Institutionnelle, considère le « groupe » comme un « chaînon manquant ».

L'enthousiasme qui accompagna la présentation de cette communication fit contrepoint avec le pessimisme ambiant. G. Richon est un « psychiatre heureux ». Ce qu'il a réussi à instituer est le résultat d'une longue lutte « politique », avec adversaires ou alliés au sein de toutes les instances. « Si le soin est un combat, le secteur est son champ de bataille ». « On a failli mourir ».

« On est sorti de la crise par le haut ».

G. Richon voit les menaces de ségrégation des malades toujours à l'œuvre, bien que plus subtiles. Les conditions de la rencontre avec le malade se compliquent. La « verticalisation » des réponses, le développement de « filières », le « tri » des patients mettent en danger le secteur. Le secteur est pour lui une idée indépassable à promouvoir face aux forces « ségrégantes » (référence à L. Bonnafe). Le secteur nous confronte à *l'obligation d'autrui* (Levinas).

Richon fait partie de ceux pour qui soigner et militer ne font qu'un.



Gabriel Richon

Karavokyros remarque une ressemblance entre les secteurs de Thouars et de Laragne. Secteurs à dominante rurale, implantés sur un « terroir » qui les rend différents de secteurs urbains. Les problèmes de secteurs de Bondy ou de Marseille sont autres.

Ce fut ensuite aux équipes de Laragne d'intervenir.

Thérèse Barniaudy rend compte de son parcours dans des institutions pédo-psychiatriques des Hautes Alpes, dans un IME, dans un lieu d'hospitalisation, puis dans un centre de jour. Son récit retrace l'histoire d'une démarche personnelle, une aventure humaine à travers les *liens* tissés avec les enfants. Les soigner c'est vivre un bout de leur histoire avec eux. Tous ces échanges débouchent sur des doutes, des interrogations. Parcours professionnel et aventure humaine ne font qu'un.

Une intervenant relève l'intensité de la contradiction que vit la psychiatrie :

- d'un côté les GEM
 - de l'autre les grillages, l'enfermement et le sécuritaire.
- Elle pense que l'on ne s'en sortira que par une alliance avec les patients et les familles.

Jean Oury soulignant l'excellence de l'intervention d'Isabelle sur la « fonction club », rappelle que la démarche de la Psychothérapie Institutionnelle est de traiter l'établissement, le lieu d'exercice et que l'élément de base du traitement c'est le **CLUB**.

De la même façon, Jacques Depeyre racontera son parcours dans les institutions de Laragne en parallèle avec l'histoire d'un patient qui lui aussi les a fréquentées.

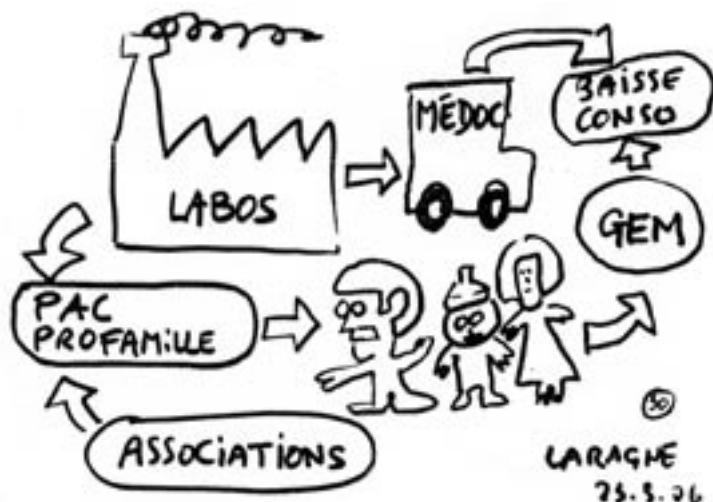
Isabelle Gastambibe de Toulon interviendra sur la « fonction club » et la vie quotidienne partagée. Le passage du club thérapeutique au GEM représente actuellement un nouveau « décentrement » en psychiatrie.

Guy Baillon à ce propos relève l'importance de ce qui se met en place avec les GEM : *la rencontre de la psychiatrie avec le citoyen*. La « poussée populaire » de l'UNAFAM et de la FNAPSY a permis la Loi de février 2005 et la circulaire d'août 2005, ainsi que 20 millions d'Euros pour que se mettent en place 300 GEM en France.

Il déplore que dans le passé la psychiatrie et la Croix Marine aient laissé passer les clubs. Combien y a-t-il de clubs depuis la circulaire de 1958 ? Une vingtaine ? Bien peu.

Baillon invite à tout repenser. La psychiatrie doit se décentrer vers la société et doit s'appuyer sur les usagers, les acteurs sociaux, les clubs... (Bon courage ! nous souhaite ce jeune retraité).

A ceux qui craignent de laisser les patients seuls dans les GEM, Isabelle Gastambibe rappelle les conventions de parrainage prévues pour la constitution des GEM. C'est bien ainsi que le GEM « passe-muraille » des Hautes Alpes fonctionne, avec le soutien des soignants et de l'AFREPSHA. Les soignants membres de « passe-muraille » sont des « gemiens » à part entière.



- IV -

Le vendredi 24 mars aborde le problème des *urgences*, avec les interventions complémentaires de Patrick Pelloux (Médecin Urgentiste de l'hôpital saint Antoine) et Elisabeth Baldo (des Urgences Psychiatriques d'Aix).

La « pression » dans les services d'urgence des hôpitaux est révélatrice de ce qui ne marche pas en amont. Beaucoup de patients vont à l'hôpital en urgence faute de voir traitée leur demande ailleurs. La coordination avec les réseaux de soins en aval pose aussi des problèmes cruciaux.

Les services d'urgence deviennent le lieu du rejet tant de la misère que de la Folie. Comment rétablir une *continuité* dans ces *ruptures* ? On doit concevoir le travail psychiatrique dans les services d'urgence comme la porte d'entrée dans le dispositif de secteur. Pour sa part, P. Pelloux a perçu les effets de la fermeture du centre d'accueil et de crise de la Roquette.

E. Baldo défend la possibilité pour les patients d'être accueillis 48 heures à l'hôpital général, ce qui permet de transformer l'urgence en travail de *crise*.

Guy Baillon répète avec vigueur que ce travail *doit* être effectué au niveau des équipes de *secteur*. Le secteur est du reste battu en brèche par la multiplication de structures spécifiques par pathologie ou classe d'âge.

L'importance croissante de la *précarité* est un facteur d'afflux aux urgences.

E. Baldo insiste sur les mutations sociologiques et culturelles qui privilégient les urgences. Les mentalités connaissent une « contraction du temps » valorisant l'instantanéité, la vitesse, le « temps réel », l'efficacité, l'intervention rapide, voire prestigieuse – à l'instar du feuilleton « urgences ».

Cette surcharge du présentisme infiltre les procédures au détriment des attitudes de temporisation, de réflexion et d'attente...

P. Pelloux s'insurge contre le système qui oblige à remettre à la rue des SDF après leur passage aux urgences.

D. Karavokyros insiste sur le fait que la psychiatrie aux urgences est un travail qui doit *d'emblée* être un travail de psychothérapeute. Une clinique du *transfert* accentuera M. Lecarpentier.

Ensuite D. Karavokyros lit le texte envoyé par Jean Furtos (Le Vinatier) sur « Santé mentale et exclusion ».

Furtos associe le syndrome d'*auto-exclusion* à une véritable *maladie* psychique, marquée par l'impossibilité de vivre avec les autres autant qu'avec soi-même (« la disparition de soi »). Signes de *désubjectivation* – laquelle représente un moyen de défense contre la souffrance psychique. Perte de la capacité de penser, d'agir, d'aimer, perte des liens et de la capacité même de ressentir la souffrance, de demander une aide, etc.

Il dessine ainsi toute une clinique psychosociale, qui ne doit pas selon lui être limitée à un problème politique qui dispenserait d'intervenir (selon ce qu'il nomme le syndrome de Snoopy, ce chien qui se réfugie dans sa niche et proclame « ce monde est pourri, je lui donne huit jours pour changer »). Comment dès lors agir avec pertinence ? Il y a urgence à traiter la question.

Devant les situations d'incurie, le syndrome de « disparition du sujet », beaucoup de monde est concerné (cf. rapport Lazarus).

Furtos évoque les risques de cette conception de la santé mentale : risques de psychologisation, de psychiatrisation, de scientification du social, risque du dolorisme compatissant.

L'antidote au syndrome d'auto-exclusion consiste à retrouver la possibilité de ressentir à nouveau la souffrance, pour retrouver la capacité d'agir.



Guy Baillon soulignant la qualité du texte de Furtos met une nouvelle fois en garde contre les « spécialisations » (suicidants, adolescents, exclus, etc.) qui s'exerceraient hors du cadre sectoriel.

Patrick Pelloux insiste sur la nature *politique* de ces problèmes. C'est le pays qui est en souffrance, les politiques ne réagissant qu'à l'événementiel par des saupoudrages sans travail de fond.

F. Theodore pointe les dérives à l'anglo-saxonne, les urgentistes et les psychiatres continuant ce travail dans des hôpitaux destinés aux « pauvres ». Il est important de ne pas se contenter de solutions de « bienfaisance ».

P. Pelloux voit pointer la privatisation des hôpitaux à côté d'« Hôtels Dieu » reconstitués pour la charité.



Marie Ban

- V -

Le vendredi après-midi *Marie Ban*, responsable de la formation continue au Centre Hospitalier de Montfavet, présente le dispositif de formation complémentaire mis en place pour les nouveaux infirmiers diplômés d'Etat. Ce dispositif, visant à accélérer le « processus de professionnalisation », offre aux nouveaux infirmiers ayant deux ans de pratique, de travailler sur la clinique, de construire des « savoir » avec les plus anciens qui transmettent les leurs. Cette réflexion sur les pratiques, sur l'histoire et sur l'institution amène les jeunes infirmiers à dépasser le cadre des seules prescriptions. L'objectif de cette formation vise aussi la construction d'une « identité professionnelle ».

Josiane Sauque, infirmière ayant vécu cette formation témoigne, au nom d'autres, de l'enrichissement obtenu dans le rapport à l'autre, patient comme soignant. Remettre en question la formation initiale, appréhender l'importance du transfert, avoir un recul critique face à l'institution, sont parmi les acquisitions de cette formation.

Deux infirmières, ayant participé à ce stage d'une semaine par mois pendant un an, racontent le bonheur (et la fatigue) de ce « voyage » qui les a fait évoluer, découvrir des théories, partager en groupe, rédiger des textes dont un mémoire clinique. Elles encouragent les autres à changer leurs habitudes de manière à vraiment travailler pour le soin – dont leur vision a changé chemin faisant. D'où l'importance de la formation continue qu'elles réaffirment malgré les sarcasmes de l'un de leurs cadres qui voit d'un mauvais œil leurs absences pour de telles « futilités ».

Il faut *oser*, retiendra Dominique Friard avant de passer la parole à François Theodore (Ville Evrard). Il se livre à une tentative, bien risquée, de prospective concernant la psychiatrie. Défenseur du secteur et de l'implantation au plus près de la population des lieux de soin, il milite pour la fermeture des hôpitaux psychiatriques. Ses positions sont « optimistes », pour lui la psychiatrie est en marche. Jamais les soignants en psychiatrie n'ont été aussi nombreux. Pour lui l'époque est faste. Les gouvernants n'auraient aucune politique en matière de psychiatrie. Ce sont les acteurs de celle-ci qui la font.

Les hôpitaux devront disparaître au profit de petites structures. Les infirmiers devront gérer les traitements et la

psychothérapie. L'avenir est à de nouvelles compétences, selon un principe de subsidiarité. Tout un travail de liaison sociale sera nécessaire. Il n'y a plus de violence dans les services de psychiatrie. C'est la violence sociale qui s'accroît. Elle n'est pas de notre ressort. Il faudra articuler nos secteurs avec la dynamique des droits des patients, de leur prise en compte. Notre avenir tient dans la résistance et la défense du *secteur*.

Avec G. Richon, F. Theodore est l'autre psychiatre heureux de notre époque.



Saül Karsz

Saül Karsz (Philosophe et Sociologue) donne à son intervention pour titre – en écho aux 20 ans des Rencontres de Laragne – le mot de Paul Nizan « ... je ne laisserai personne dire que c'est le meilleur âge de la vie ».

Il propose de faire un pas de côté, partial, « sans portée consensuelle », à propos de la psychiatrie : une « affaire qui marche ». Ce n'est pas tant une question de coût ou de logique manageriale qui affecte la psychiatrie : c'est surtout une transformation des mentalités due à la révolution néo-libérale qui n'est pas seulement économique mais *idéologique*. Ce qui est en question, ce n'est pas le soin en tant que tel : c'est le soin pour les *pauvres*.

Soigner les soins

Karsz se demande ce qu'on entend par « souffrance psychique » si souvent évoquée. Comment se fait-il que cette notion soit aussi énigmatique ? Si elle n'est pas définie on risque de s'occuper de bien autre chose en croyant s'occuper d'elle. Question presque innocente. Peut-on ne s'occuper que du psychisme ? Quand on s'occupe du psychisme on s'occupe aussi toujours d'autres choses. La dimension sociologique et politique est *présente* dans le rapport que le médecin ou l'infirmier a avec le patient, ainsi que dans l'organisation des hôpitaux. Dans leur pratique professionnelle, les soignants mettent en œuvre de toutes façons une orientation idéologique même s'ils ne le savent pas.

La question des symptômes

Le symptôme est une construction de sens. Il permet à chacun de se tenir, de donner un sens à son être au monde. Le « malade » n'a pas l'exclusivité du symptôme. Comment imaginer qu'on puisse manquer de symptôme ? On dit que

le symptôme témoigne d'une souffrance, mais il témoigne aussi d'une jouissance. Le symptôme protège.

Quand on se représente le symptôme comme une souffrance sans bénéfice ni primaire, ni secondaire, on n'est plus dans le soin. D'où une *définition de la santé* : elle serait la possibilité d'installer un compromis acceptable avec ses symptômes. Aller bien, c'est-à-dire plus ou moins mal, serait établir une coexistence plus ou moins pacifique avec ses symptômes.

Personne ne veut de mal à LA psychiatrie. Il convient de savoir quelle psychiatrie on défend. Quant à l'éthique, elle est subjective, portée par un sujet, l'éthique est un risque personnel contrairement à la morale qui « s'applique ».

Autre question : qu'est-ce qui dans mes pratiques relèverait d'une pratique démocratique ? Jusqu'à quel point suis-je véritablement opposé au néolibéralisme ? Cela ne se résout pas dans des invocations lyriques.

Par exemple : la différence entre prise en charge et prise en compte.

La prise en charge suppose de mener à bon port quelqu'un « qui ne sait pas ». Il y a des « preneurs de charge » comme il y a des preneurs d'otage.

Autre chose est la *prise en compte*. Si prendre en charge c'est faire *pour* le patient, prendre en compte nous tire du côté de faire *avec*. Avec quelqu'un d'irréductible à ses symptômes, quelqu'un qui restera toujours énigmatique. Prendre en compte des sujets, qui laissent à désirer...

Guy Baillon rappelle que la psychiatrie traite traditionnellement l'homme seul. C'est une blessure que cette coupure avec la sociologie.



Guy Baillon

La psychiatrie va devenir autre avec l'apparition des *usagers*. C'est une autre parole, un autre regard qui apparaissent.

Jean Oury, saluant la rencontre poétique entre Nizan et Antigone, nous invite à ne pas fétichiser les choses : la « Psychiatrie » n'existe pas. Il ne faut pas confondre le *savoir* et l'*expérience*. L'expérience se partage, mais rien n'est fait pour que ça se *partage*. L'analyse institutionnelle est l'analyse de l'aliénation sociale, qui permet de la distinguer de l'aliénation psychotique. Pour délimiter ce champ, il convient de distinguer :

- *L'économie restreinte* qui fait de nous des produits, le « travailleur marchandise ». Le néolibéralisme c'est ça. C'est la naissance de la fétichisation et de l'objectivation,
- *et l'économie générale* : pour qu'il puisse y avoir cette marchandisation, il faut au préalable qu'il y ait un travail « inestimable » qui ne fasse pas dans la production mesurable de l'économie restreinte. « Combien ça vaut un sourire ». Tout ce qu'on fait en psychiatrie est de l'ordre de l'économie générale et non de l'économie restreinte (concepts repris de Marx par Georges Bataille).

Dans « l'expérience » il ne s'agit pas de la condescendance du Savoir. Cela met en question le sujet, celui du transfert ou du fantasme. Ce sujet n'est pas la personne. Tant qu'il y aura des hiérarchies où les gens se prennent pour ce qu'ils sont, il n'y aura pas de champ psychiatrique correct. C'est tout cela qui est abordé et qu'il faudrait développer. Avant de parler d'éducation, de psychiatrie, de n'importe quoi, il faut faire de *l'analyse institutionnelle*.

Chaque séance de ces journées fut clôturée avec talent par Victor et Rosalie, les Bataclowns, qui improvisèrent des comptes rendus mis en spectacle avec légèreté et gravité. La dérision fut aussi à l'œuvre avec les caricatures extemporanées de notre collègue Pierre Sadoul.

N'oublions pas la définition de l'humour par Jean Oury : c'est le produit du sérieux par le précaire.



Homage au docteur Jean Lhuissier¹

Les psychiatres de la région havraise ont appris avec consternation et tristesse la disparition le 7 mars 2006 du **Dr Jean Lhuissier**, ancien **Chef de service au Centre Pierre Janet**. Ce départ brutal nous laisse désespérés, nous lui devons tant. Tous, nous avons bénéficié de son enseignement, de son **sens clinique** et de son **humanisme**.

Après la destruction de la ville par les alliés, puis sa reconstruction par Auguste Perret, dans les années 60, la psychiatrie publique était inexistante au Havre, à l'exception du Dr Bonnafé qui assurait une fois par mois des consultations d'hygiène mentale.

Venant de l'hôpital psychiatrique de Mayenne, les Docteurs **Jean et Nelly Lhuissier** ont ouvert des **consultations**, puis le **premier hôpital de jour (de France)** du Boulevard de Strasbourg (1968), avec le projet d'ouverture d'un **service d'hospitalisation** à temps complet ; à cette époque, les malades mentaux de la région havraise étaient hospitalisés à Sotteville-lès-Rouen. Ce premier combat a été d'ouvrir un **hôpital en centre ville** (1972) et d'installer la **psychiatrie de secteur**, dont la finalité était d'assurer un suivi psychiatrique au plus près des lieux d'insertion et de vie quotidienne des patients.

Sur le **plan architectural**, il s'agissait d'implanter des petits pavillons comme de véritables lieux de vie ouverts : les malades peuvent circuler librement, ont accès à un self-service et à une cafétéria, ainsi qu'à des ateliers d'ergothérapie. Avec la volonté de faire sortir de l'asile les patients en particulier

psychotiques, un **profond respect des malades mentaux** animait le Dr Jean Lhuissier.

Une autre innovation fut d'introduire la **psychanalyse** au cœur du soin et de l'institution.

Enfin le Dr Jean Lhuissier était un **formateur dans l'âme**. Il a tenu à créer une école d'infirmiers de secteur psychiatrique (qui nous fait cruellement défaut aujourd'hui) ; il a contribué à la formation de la majorité des psychiatres havrais et de bien d'autres, en animant des conférences d'internat et en transmettant son excellent sens clinique.

A sa retraite, le Dr Jean Lhuissier a **poursuivi son engagement** dans de nombreuses activités, et, en particulier, à l'**UNAFAM** (Union Nationale des Amis et Familles des Malades Mentaux).

Nous voulons rendre hommage à son humanisme, à son profond respect des malades, à sa prise en compte de la souffrance des familles, à son soutien infailliable aux équipes soignantes confrontées à la maladie mentale.

8 Mars 2006



Entrée dans le port du Havre.

1. APRH – Association de Psychiatrie de la Région Havraise

N° d'agrément d'organisme de formation : 23760241476

Docteur Marie-Noëlle Gaveau-Glantin, Présidente

67 rue Jules Lecesne 76600 Le Havre – tél. 02.35.43.46.77 – Fax : 02.35.42.35.37

Notes de lecture

Familles et petite enfance Mutation des savoirs et des pratiques

Sous la direction de G. Neyrand, M. Dugnat, G. Revest et J.-N. Trouve

Cet ouvrage très complet écrit par des chercheurs et des cliniciens français interroge les mutations des pratiques induites par les bouleversements sociaux actuels, dans le domaine de la famille et de la parentalité. La place des parents est aujourd'hui controversée. La question de l'autorité et de sa délégation éventuelle, concernant des «jeunes» est brûlante comme un 4X4 en banlieue. La jeunesse est devenue référence, étalon-or social. Paradoxalement, les «jeunes-réels» sont en souffrance. Nouveaux-nés de mère paumées, enfants sous pression des résultats à l'école, adolescents sans avenir et jeunes adultes flottants dans un monde qui n'a pas besoin d'eux. Ces derniers sont placés par l'actualité au centre des préoccupations en raison de ce qui peut apparaître comme des troubles des conduites, des déviances ou de la désadaptation, tant au niveau individuel que collectif. Déscolarisation, désarroi, violences transversales dans les champs de l'imaginaire, du symbolique, du virtuel ... et du réel.

Aujourd'hui, un travail de re-élaboration théorique est nécessaire car les schémas mentaux rassurants ont brûlé eux-aussi. Ce travail dessine une urgente reconfiguration des savoirs en sciences humaines, dans le courant analytique qui offre toujours une grille de lecture incomparable, et concernant la politique de la famille et de l'enfance notamment.

Pour les intervenants dans ce domaine, la question est désormais : Comment et dans quelles perspectives intervenir auprès des familles (parents et enfants), avec quels enjeux citoyens? Au moment où un rapport controversé de l'INSERM porte à ébullition le monde de l'éducation

et du soin, mettant en relief les tragiques dérives possibles d'une politique de l'enfance déshumanisée qui serait basée sur le principe de précaution, la normalisation sans norme et le fichage activiste à travers le dépistage prédictif, voire prophétique des futurs déviants, dès l'école maternelle, des questions fondamentales émergent par les temps frileux qui courent.

Le parti-pris de cet ouvrage, c'est l'approche périphérique et transdisciplinaire. Chaque texte se suffit à lui-même mais c'est de l'entrecroisement des lectures que naîtra le doute salutaire pour les pratiques. D'une interrogation sur la place du père dans le nouage de la relation parentale à l'exploration sociologique des changements de normes dans la vie privée et la sexualité, des nouvelles représentations du bébé au retour à Dolto, chacun trouvera dans ce livre de quoi se nourrir l'esprit. Les auteurs sont divers et c'est tout le mérite des coordonnateurs du livre que d'avoir su les mettre en perspective.

Avec la participation de V. Clement-compoint, R. Dugravier, J. Fagnani, B. Golse, A. Guedeney, P. Guyomard, I. Jonaz, S. Lallemand, L. Mozere, F. Provansal, P. Rossi, C. Schauder, M. Schneider, C. Sellenet, I. Thery, M. Tort, M-l Vincent-fino, C. Zaouche-gaudron.

Didier Bourgeois

G. NEYRAND, M. DUGNAT, G. REVEST et J.-N. TROUVE (dir.), *Familles et petite enfance Mutation des savoirs et des pratiques*, Erès.

Le coin *littéraire*

La vie rêvée

Ce jour là, il y avait du cassoulet au restaurant du personnel. Comme toujours à cette heure, Mario le serveur s'agitait, les doigts poisseux, le verbe haut, distribuant œillades et rasades. Quoiqu'en pensent les grands pontes des autorités de tutelle, le Restaurant du personnel est bien le cœur stratégique d'un hôpital, beaucoup plus que le bloc opératoire ou le bureau du directeur. J'y rencontrais Jeff, comme souvent. Je le connais depuis vingt ans. Nous avions pris l'habitude d'aller ensuite boire de concert au distributeur un infâme café au goût de plastique. C'était le moyen de gagner un peu de temps avant la prise de service d'après-midi.

Après les interminables congés d'été qui avaient rogné les équipes et perturbé les pavillons, c'était la rentrée. Jeff était infirmier psychiatrique, comme moi, je ne l'avais pas vu depuis quatre semaines. Il avait triste mine aujourd'hui.

- « Tu as un problème Jeff, on dirait que tu as dormi toute la nuit dans une armoire ? »

Jeff, célibataire opiniâtre mais romantique, vivait avec sa vieille mère, il n'était pas du genre à faire la bringue.

- « Je n'ai pas dormi depuis six jours, pas une seconde... »

Il avait des yeux cernés, paradoxalement sombres et délavés, que je ne lui avais jamais vu. Il arborait ce teint diaphane et déjà transparent que l'on voit chez les prématurés et aussi chez certains agonisants dont la vie s'étirole. On dirait que leur réservoir d'énergie est presque vide, on en voit le fond. Dans mon métier, j'avais appris à décomposer sur les visages les dernières heures d'une existence qui s'égrenaient. Du coup, j'étais inquiet, Jeff paraissait vraiment au bout du rouleau.

- « Tu as fais un bilan ? »

- « Pas qu'un, trois consécutifs en six jours, le dernier date d'hier à peine ; mon généraliste n'en croit pas ses yeux, il a même téléphoné au laboratoire d'analyses pour savoir s'ils ne s'étaient pas trompé de nom sur la feuille de résultats ! J'ai tout fait... la totale, il n'y a que le Scan que je n'ai pas encore passé, rendez-vous dans trois mois, même en privé. Tout est complètement normal, affreusement normal. A n'y rien comprendre, je n'ai même pas une anémie à corriger. »

Mon café était passé, je récupérais la monnaie d'un doigt agile, tenant le gobelet brûlant des autres, ma main gauche étant occupée à tenir la revue de Sudoku que je m'étais promis de potasser, sinon d'épuiser l'après-midi au boulot. Du regard, je cherchais en vain deux places vacantes autour des tables. La salle était remplie, c'était l'heure d'affluence.

Jeff, ayant lui aussi attrapé son café, me suivit au dehors, docilement, d'un pas lourd. Il semblait avoir pris dix ans en un mois. Je savais que les quelques marches ensoleillées et tranquilles d'un escalier de service nous attendaient ; on y serait bien et finalement je préférerais être au dehors. Le ciel était limpide, une belle journée de septembre déployait ses charmes comme pour faire regretter leur choix à ceux qui rentraient maintenant de congé. Jeff s'assit auprès de moi, l'air abattu.

- « Racontes-moi, tu es encore retombé amoureux d'Ahlem ? »

Ahlem était l'une des plus belles femmes que je connaisse ; infirmière depuis deux ans dans le service des malades agités. Grande, mince mais remplie, et surtout subtilement bronzée, comme fartée au miel chaud, l'allure fière comme seules savent l'avoir les filles du Sud. Libre dans sa tête et d'une intelligence communicative, elle affolait les rares infirmiers mâles de l'hôpital. Mais elle était intraitable. Elle aimait un type, un pseudo-intellectuel rabougri au chômage, même pas employé de l'hôpital, qu'elle avait semble-t-il rencontré comme malade alors qu'elle était encore élève infirmière en ophtalmologie. Du gaspillage.

Pacsée, elle lui était fidèle. La rumeur de l'hôpital, un lieu où tout se sait et se colporte en quelques heures, le confirmait irrémédiablement. Jeff m'avait raconté ses émois amoureux et, bon collègue, j'avais tenté de le distraire avec quelques blagues sur les blondes en me disant que c'était un peu moi aussi que je cherchais à détourner d'Ahlem. Rien n'y avait fait au début, de toute façon c'était une vraie brune, assumée et triomphante. Et puis le temps s'était chargé de calmer ses hormones et son cœur. Peut-être avait-il rechuté ?

Jeff me dévisagea longuement, comme s'il me découvrait ou comme s'il me voyait pour la dernière fois, puis il parla.

- « Je vais mourir. »

- « Moi aussi je vais mourir, mais le plus tard possible ! » répliquais-je d'un air enjoué. Mais je sentais bien que quelque chose de grave se passait.

- « Lorsque je dors, je rêve. »

- « Jusque là, tu es normal, continue ! »

- « Ne rigole pas, ce ne sont pas des rêves banals, mes rêves me suivent d'une nuit à l'autre, ils forment comme une vie parallèle, je les retrouve de nuit en nuit. La nuit d'après mon rêve recommence là où j'en étais arrivé à mon réveil. »

- « Tu as une double vie mon vieux, ce n'est pas de toi ! »

- « Au départ, c'est vrai, c'était plutôt agréable, surtout que

ma vie rêvée était bien plus riche que ma vie réelle. J'ai même rencontré une gonze dans mes rêves, Norma... une fille formidable ! Depuis six mois on vivait ensemble, dans mes rêves... Je n'en parlais à personne, on m'aurait pris pour un fou mais elle est super, elle fait, elle sait tout ce que je désire au lit, même ce dont je n'ai pas conscience, elle m'attend chaque nuit... »

- « Toi, tu as trop lu Freud, il faudrait te mettre à lire *L'Equipe* maintenant, comme tout le monde. »

- « Non, c'était trop bien cette vie de rêve, j'attendais le soir avec impatience jusqu'il y a trois semaines. A ce moment, dans mes rêves toujours, j'ai ressenti une grande fatigue puis j'ai craché du sang... Je suis allé voir le docteur G, tu sais, la toubib de mon quartier... Dans mon rêve elle a vingt ans de moins, elle est gaulée comme une déesse mais c'est bien elle. »

- « Tu as de la chance mon vieux ! »

J'avais fini mon café, il me semblait amer cette fois ; machinalement, je tournais le bâtonnet de plastique dans le fond du gobelet où un résidu de sucre, brunâtre et odorant refroidissait doucement. Jeff se leva pour reprendre un café, il semblait fébrile et épuisé.

- « J'en suis à mon douzième kawa depuis ce matin, il ne faut pas que je dorme. »

- « Tu délirés, dormir, c'est la meilleure chose qui pourrait t'arriver. Si j'étais toi, j'irai voir le docteur G, même si elle a vingt piges de plus que dans ta réalité. Si tu lui racontes ça, et dans ton état, elle va te marquer au moins quinze jours d'arrêt, veinard ! »

Jeff me foudroya du regard. Son expression avait encore gagné en intensité, elle reflétait la mort.

- « Ecoutes-moi imbécile, dans mon rêve elle m'a diagnostiqué un cancer du poumon, une forme foudroyante, moi qui ne fume pas. En quelques jours j'ai attrapé un tas de métastases et je suis en phase terminale. La dernière fois que j'ai dormi, j'étais sous respirateur, placé en réa à l'hôpital, je souffrais atrocement, j'étais conscient mais sous morphine, des doses de cheval, et j'avais quand même mal, j'allais crever, c'est le réveil qui m'a sauvé. Eveillé, j'étais normal, en forme même, mais je sais pertinemment que si je me rendors encore une fois, je suis mort. Depuis, je lutte contre le sommeil, je bois du café, je prend des amphétamines, tous les psychostimulants qui me tombent sous la main mais ma dette de sommeil s'accumule. J'étais en repos depuis dix jours, enfin si l'on peut dire, mais là, aujourd'hui, je reprends et il ne faut pas, il ne faut plus que je m'endorme. »

La salle s'était peu à peu vidée, quelques agents hospitaliers, blouses blanches et blouses bleues mêlées, se dispersaient, il fallait que moi aussi je prenne mon service. Je regardais ostensiblement ma montre.

- « Ecoute-moi bien Jeff, tu déconnes, vas te coucher et dors jusqu'à demain, rentre chez toi. Maintenant je dois y aller, et toi aussi. »

Il serrait son gobelet comme s'il contenait un élixir de vie.

- « A demain vieux et bonjour au docteur G ; embrasse la pour moi et demande lui qui lui a fait son lifting dans ton rêve ; moi j'en aurai bientôt besoin. »

On retrouva Jeff le lendemain, il était allongé dans un couloir des sous-sols, comme s'il s'était endormi sur place. Sa mort posa problème au docteur G, appelée comme médecin certificateur. La direction et la police exigèrent une autopsie. Il paraît qu'on découvrit un corps rongé de métastases. Le plus étonnant, c'était, comme il me l'avait dit, que tous les bilans biologiques radiologiques, échographiques multipliés depuis quelques jours étaient strictement normaux. On ne fabrique pas cinq kilos de métastases en vingt-quatre heures. Le mystère resta entier.

Je suis allé à son enterrement mais je ne dis rien à personne de notre conversation de la veille de sa mort, j'avais trop honte de ne pas avoir pris en considération ce qu'il m'avait dit. On m'aurait pris pour un fou ! Et puis la vie a repris son cours. Ahlem avait enfin succombé au sexe, elle trompait son rabougri avec un psychiatre stagiaire argentin aux yeux de braises qui allait bientôt repartir dans son pays. Après son départ, la voie serait libre, la chasse serait ouverte, les paris étaient déjà lancés dans certains pavillons de son service.

Octobre était exceptionnel cette année ; plus qu'un été indien, un indice irréfutable du réchauffement climatique. Cette nuit là j'avais rêvé comme jamais, un long et superbe rêve. Ahlem en était mais elle y tenait le rôle d'une princesse berbère... ce n'était pas plus mal.

Lorsque la nuit suivante je l'ai retrouvée dans mes rêves et que tout s'enchaînait, j'ai été surpris. Et puis, nuit après nuit, mes soupçons se sont confirmés, j'étais dans le même système onirique que Jeff.... Pas de panique, il doit y avoir une explication me suis-je dit. Une vie parallèle, une extraordinaire vie rêvée me comblait.

Aujourd'hui, les frimas de décembre sont là, j'en suis à mon douzième café. Cette nuit, la dernière fois que j'ai rêvé, j'étais aux mains de terroristes islamistes, en Irak. Qu'est-ce que j'avais à faire là-bas ? En combinaison orange, allongé devant eux, sale et hirsute, pieds et poings liés. Quarantième jour de captivité. Leur chef lisait en arabe une longue diatribe anti-occidentale. Moi, qui ne comprenait pas l'arabe, normalement, je comprenais ici qu'il allait m'égorger à la fin du discours. Un long poignard acéré était posé sur une chaise en plastique à côté d'un paquet de cigarettes. Il avait prévu de s'en griller une après m'avoir saigné à blanc. Ahlem venait d'être exécutée d'une balle dans la tête. Devant moi, un grand escogriffe filmait la scène, la clope au bec, le sourire aux lèvres... Et c'est là que le réveil a sonné. Il était six heures trente. Mes poignets étaient légèrement endoloris comme si j'avais effectivement été lié, mais aucune trace n'était visible.

Je me suis habillé, le cœur serré. Mon pouls bat très vite à présent, je lutte contre le sommeil. Si je m'endors, j'aurai la tête coupée. Il ne faut pas que je m'endorme.

Didier Bourgeois

L'équipe de Psy Cause

■ Directeur de la publication et de la rédaction

Jean-Paul Bossuat (Avignon)

■ Rédacteurs en chef

Pierre Evrard (Avignon)
Philippe Khalil (Marseille)

Le comité de coordination rédactionnelle est constitué du directeur et des rédacteurs en chef.

■ Administrateur trésorier

Michel Bayle (Le Paradou)

■ Secrétaires de Rédaction

Webmaster : Didier Bourgeois (Avignon)

Sponsoring :

André-Salomon Cohen (Avignon)

Afrique : Monique Wagner (Boulbon)

■ Correspondants

Jeanne Aguila (Marseille)
Ashraf Amin (Toulon)
Michèle Anicet (Avignon)
Joëlle Arduin (Avignon)
Geneviève Ayach (Paris)
Nadia Benathzmane (Paris)
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)
Marie-Christine De Médrano (Aix)
Jacques Dubuis (Lyon)
Baba Fall (Valence)
Jean-Yves Feberey (Pierrefeu)
Olivier Fossard (Avignon)
Hervé Gady (Avignon)
Jean-Michel Gaglione (Martigues)
Réjane Galy (Béziers)
Dominique Gauthier (Laragne)
Dominique Godard (Martigues)
Jean-Louis Griguer (Valence)
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)
Bernard Petit (Aix)
Yves Petit (Papeete, Polynésie)
Rémi Picard (Avignon)
Michèle Platroz (Lyon)

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)
Laurence Feller (Uzès)
Huguette Ferré (Avignon)
Thierry Fouque (Nîmes)
Marielle Fontaine (Avignon)
Jean-Marc Galland (Fréjus)
Marie-Claude Gardone (Uzès)
Patrick Jouventin (Avignon)
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)
Patricia Princet (Fains)
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, Égypte)
Ivan Galuszka (Bila voda, Tchéquie)
Prosper Gandaho (Abomey, Bénin)
Momar Gueye (Dakar, Sénégal)
Fakhreddine Hafani (Tunis, Tunisie)
Pavel Hlavinka (Opava, Tchéquie)
Baba Koumare (Bamako, Mali)
Mohamed 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)
Maria Socolsky (Buenos Aires, Argentine)
Mohamed Tadlaoui (Tlemcen, Algérie)
Petr Taraba (Opava, Tchéquie)
Raymond Tempier (Saskatoon, Saskatchewan, Canada)
Bertrand Tirt (Gatineau, Québec, Canada)
Mathieu Tognidé (Bénin)

■ 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)
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)
Marie Rajablat (Toulouse)
Edmond Reynaud (Avignon)
Yves Rousselot (Aix)
Mohand Soulali (Avignon)
René Soulayrol (Cassis)
Jean-Pierre Suc (Avignon)
Nicole Vernazza (Arles)

■ Directeur honoraire fondateur

Thierry Lavergne (Paris)

Abonnement

– Bulletin d'abonnement –

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

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

Michel Bayle

La Méridienne, route de Belle Croix 13520 Le Paradou

Nom et prénom □

Adresse professionnelle □

Code postal Ville

et Instructions aux auteurs

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

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

Contenu de l'article

- L'article doit être obligatoirement constitué des rubriques suivantes :
- **Titre de l'article**
- **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 pages 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

Jeudi 8 et vendredi 9 juin 2006

Saint-Alban (1942) et/ou Largactil (1952)

Les mythes originaires de la psychiatrie contemporaine



Lieu du colloque

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