

# Psy



*au sud, les psy causent*

# Cause

- La psychiatrie : de ses premiers pas à Saint-Alban à son devenir paraplégique
- Horizons



# Sommaire

<b>Editorial : Idéaux et entraves</b> .....	2
<b>PsyCause I : La psychiatrie : de ses premiers pas à Saint Alban à son devenir paraplégique</b> .....	3
<b>Présentation</b>	
Pierre Evrard.....	4
<b>Éthique de la transmission – Transmission d’une éthique</b>	
Michel Gillet.....	12
<b>La rencontre psychiatrie psychanalyse : une source de malentendus, un dialogue jamais interrompu</b>	
Dr J. Dubuis .....	19
<b>La singularité du CMP de Vaison la Romaine</b>	
D. Hector, P. Baussan, R. Vigne, M. Schmitt, Dr A.-S. Cohen.....	24
<b>101 définitions de la thérapie institutionnelle</b>	
A. d’Anjou, J. Rousset, D. Arnaud.....	29
<b>La psychothérapie institutionnelle : Pourquoi ses principes sont toujours de première nécessité</b>	
Pierre Evrard.....	35
<b>Psychothérapie institutionnelle – Contrepoint</b>	
Pierre Chabrand.....	38
<b>La psychiatrie actuelle a-t-elle encore des mythes ?</b>	
Dr Youssef Mourtada.....	43
<b>Années 70-80 : le tournant, contradictions et impasses de la psychiatrie</b>	
Dimitri Karavokyros .....	46
<b>Les États généraux de la psychiatrie (2003) : et maintenant ?</b>	
Hervé Bokobza .....	48
<b>Brèves</b>	
Youssef Mourtada .....	53
<b>Réponse à Pierre Chabrand</b>	
Dr Jacques Tosquellas.....	54
<b>Au pied du Ventoux, Usbek et Rica découvrent la psychiatrie institutionnelle... Ils aiment</b>	
Jean-Jacques Lottin .....	59
<b>Pour conclure et continuer...</b>	
Anne Rivet .....	62
<b>Histoire et transmission : le futur antérieur – Prendre soin de parents et soigner des bébés sur les épaules de nos pères ou dans les bras de nos mères</b>	
Michel Dugnat .....	66
<b>Les années soixante et la suite – Regards d’un interne des années 60 sur une époque où tout n’était pas rose</b>	
Pierre Lasserre .....	75
<b>« Le billet »</b>	
Agnès, Delphine, Vanessa.....	80
<b>Expérience de construction d’une case africaine en hôpital de jour psychiatrique</b>	
Annie REDOULOUX.....	84
<b>PsyCause II : Horizons</b> .....	88
<b>L’hôpital de jour en psychiatrie : profil actuel d’une clientèle adulte</b>	
Raymond Tempier, Sylvain Laniel.....	89
<b>Une rencontre involontaire avec le néant, gestion des crises et catastrophes en Suède</b>	
Ola Lindgren .....	95
<b>L’excision au Burkina Faso : données sociodémographiques, connaissances et qualité de vie chez 200 femmes enquêtées dans la commune de Zabré</b>	
K. Karfo, Z. Sambaré Badi, I.R. Diallo, J.L. Ilboudo, Ch. Ouédraogo, J.G. Ouango.....	97
<b>Le contexte culturel des hallucinations chez les Moose (Burkina Faso)</b>	
K. Karfo, J.G. Ouango .....	102
<b>Actualités méditerranéennes et occitanes</b> .....	106



## *Idéaux et entraves*

Le congrès interrégional annuel de Psy Cause qui s'est déroulé en juin 2006 à Vaison la Romaine, avait pour titre : « *La psychiatrie : de ses premiers pas à Saint Alban à son devenir paraplégique* ». Une référence avait ainsi été faite à la célèbre métaphore de Ayme qui faisait évoluer la psychothérapie institutionnelle sur deux jambes : celle du Freudisme et celle du Marxisme. Comment cette alliance entre les deux révolutions majeures de la pensée humaine issues de la charnière scientifique européenne de la fin du dix-neuvième siècle et du début du vingtième siècle, a-t-elle ainsi fait long feu ? Comment expliquer au vingt et unième siècle ce grand écart mortifère entre deux jambes qui s'ignorent : celle des idéaux qui ne cesse de développer les droits des patients dans les textes et celle de la bureaucratie qui sur le terrain multiplie les entraves dans le dispositif de soins ?

Comment une classe politique appartenant à la génération de mai 68, qui dans son immense majorité avait rêvé de libérer l'homme à la fois des rets de l'oppression par l'inconscient et de ceux de l'aliénation sociale, qui avait rêvé d'un monde sans injustice et sans entraves, qui est au pouvoir dans les ministères et les administrations sans se soucier des pseudo-alternances politiques qui laissent au peuple l'illusion d'être souverain, en est-elle arrivée là ? A moins qu'il ne s'agisse d'une gigantesque hypocrisie portée par une idéologie masquée fondamentalement narcissique et individualiste, qui s'épuise à corseter une réalité qui de plus en plus lui échappe.

Dans ce contexte, il y a un défi à relever : celui de la liberté de parole, de la liberté d'expression, de la liberté des pratiques. L'existence même de Psy Cause est un défi. Dans notre congrès de Vaison la Romaine, nous avons refusé la pensée unique y compris au niveau des valeurs actuellement attaquées. La psychothérapie institutionnelle n'est ni un modèle figé du passé à exposer dans un musée, ni un dogme sacré objet d'une grand messe. Elle est à l'opposé des rites obsessionnels protocolisants qui prétendent maîtriser la mouvance du psychisme de l'homme au lieu de la mettre en perspective. La psychothérapie institutionnelle est dynamique, elle est un accompagnement signifiant des mécanismes mentaux en souffrance, à mi-chemin entre la contention par des entraves réelles ou symboliques prescrites au nom de la sécurité, et le « no restraint » qui dénie à l'individu la nécessité de limites. Tel était déjà le constat visionnaire d'Hermann Simon en 1929. Si de nos jours l'organisation de la santé voulue par les politiques et surtout par la haute administration, ne nous donne plus les moyens techniques de jadis pour cette pratique soignante, ne faudrait-il pas retrouver là, la marque de cette idéologie rendue inefficace, paraplégique, par ses contradictions internes entre une valorisation d'un moi sans limites et un projet social administré pour tous ? Les psychiatres savent que le chemin est court entre un psychisme affranchi de l'interdit et le recours aux entraves.

Oui, en 2006 la psychothérapie institutionnelle est subversive. Elle l'est non pas si elle se cantonne dans des congrès ou des publications, elle l'est si on la met en œuvre dans le lieu même de la contradiction, c'est-à-dire sur le terrain. L'une des spécificités de Psy Cause est justement son articulation avec le terrain. Nos correspondants étrangers ne s'y seraient pas trompés. Auraient-ils retrouvé dans notre revue, l'esprit critique et frondeur attaché à une certaine image de notre pays depuis le siècle des Lumières ?

Le 2 octobre 2006  
Jean-Paul Bossuat

## La psychiatrie : de ses premiers pas à Saint Alban à son devenir paraplégique

### 1. Présentation : Pierre EVRARD

### 2. Textes du colloque de Vaison

*Ethique de la transmission – Transmission de l'éthique* : Michel GILLET

*Psychiatrie et psychanalyse, le malentendu* : Jacques DUBUIS

*Singularité d'une expérience* : Equipe CMP de Vaison (Daniel HECTOR, Paulette BAUSSAN, Robert VIGNE, Murielle SCHMITT, André-Salomon COHEN)

*Enquête sur la psychothérapie institutionnelle – Les 101 définitions de la psychothérapie institutionnelle* : Jacques ROUSSET et Anne D'ANJOU

*La psychothérapie institutionnelle : pourquoi ses principes sont toujours de première nécessité ?* : Pierre EVRARD

*Contre-point : une réflexion critique sur la psychothérapie institutionnelle* : Pierre CHABRAND

*La psychiatrie actuelle a-t-elle encore des mythes ?* : Youssef MOURTADA

*Années 70-80. Le tournant : contradictions et impasses de la psychiatrie* : Dimitri KARAVOKYROS

*Les États généraux de la psychiatrie : et maintenant ?* : Hervé BOKOBZA

### 3. Réactions d'après colloque

« Brèves » : Youssef MOURTADA

Réponse à Pierre Chabrand : J. TOSQUELLAS

Au pied du Ventoux, Usbek et Rica découvrent la psychiatrie institutionnelle... Ils aiment : Jean-Jacques LOTTIN

Pour conclure et continuer : Anne RIVET

### 4. Histoire et transmission : témoignages

Hommage à Myriam David et à Stanislas Tomkewick : Michel DUGNAT

Regards d'un interne des années 60 sur une époque où tout n'était pas rose : Pierre LASSERRE

« Le billet » : Agnès, Delphine et Vanessa  
Expérience de construction d'une case africaine en hôpital de jour psychiatrique : Annie REDOULOUX





Pierre Evrard

## Présentation

L'origine commune de la psychothérapie institutionnelle et de la psychiatrie de secteur se situe à Saint Alban. Cet hôpital psychiatrique de Lozère a vu se succéder comme médecins directeurs Paul BALVET, Lucien BONNAFE, François TOSQUELLES, durant les années d'occupation et d'après guerre. OURY, GENTIS et tant d'autres se formèrent dans ce creuset. Ces pionniers nous apportèrent les paradigmes essentiels de nos métiers – psychiatres – infirmiers – psychologues – travailleurs sociaux etc.

Ils répétèrent volontiers :

1. « La psychothérapie institutionnelle c'est la psychiatrie » !
2. La psychothérapie institutionnelle marche sur deux jambes :
  - la psychanalyse
  - le marxisme

Le premier slogan indique que la psychiatrie ne peut se penser que dans une articulation complexe entre le biologique, le psychisme et le social. Cette même articulation doit se retrouver au cœur de tout dispositif de soin.

La seconde assertion invite à se servir de la théorie de l'inconscient et du transfert d'une part, et du repérage des facteurs d'aliénation sociale d'autre part.

Il convient bien sûr de ne pas confondre ces deux registres en refusant les réductionnismes. Aliénation psychotique et aliénation sociale sont toujours à distinguer, OURY le répète inlassablement.

Tout dispositif de soins aux malades mentaux produit plus ou moins une suraliénation qui déforme l'expression de la « maladie » et en escamote le sens. D'où la nécessité d'une **analyse institutionnelle** de nos propres organisations, de nos propres préjugés, de nos propres institutions.

Toutes les sciences nous apprennent que l'observateur par sa présence modifie l'objet observé. Pourquoi est-ce si difficile de faire considérer cela dans notre champ ?

Par exemple, la notion de « cadre thérapeutique » est souvent l'objet de grands malentendus. À l'instar de la situation psychanalytique, il peut être dit thérapeutique quand il provoque des effets de paroles ou d'acting-out dont on recueille le sens.

Ce qui devrait être institué de façon adaptable et révisable est le plus souvent imposé comme un système de règles et de contraintes « allant de soi », chacun étant assigné à un « ordre des choses » plus ou moins disciplinaire. Celui qui ne s'y soumet pas est soit considéré comme n'étant pas en « demande de soin », abandonné ou rejeté, soit soigné de force selon la situation.

Ce genre de dialogue de sourds est renforcé par le changement de paradigme de la psychiatrie actuelle. Le « cadre » obéit de plus en plus à des règles imposées de l'extérieur au nom de nouveaux principes qui constituent ce que Jacques MIERMONT a appelé « Le tétrapode sociétal totémique ».

Ce sont les principes de **transparence**, de **précaution**, d'**évaluation**, de **simplification**. L'« Homo Formaticus » a des devoirs envers ce totem d'un genre nouveau. Il en résulte un appauvrissement de la capacité de penser la complexité, la peur de toute prise de risque, la dégénérescence d'une véritable responsabilité. Tout cela fabrique des groupes-assujettis au détriment des groupes-sujets (selon la distinction de Félix GUATTARI).

Il se dessine en somme une évolution de la psychiatrie vers une paralysie de ses deux jambes.

- **La psychanalyse** est discréditée au profit d'un retour au behaviorisme et au scientisme (un peu comme dans la fin du XIX<sup>e</sup> siècle quand les « somatistes » supplantèrent les « psychistes »). L'abandon de la conception de l'hystérie par le DSM s'accompagne de régression inquiétante, cf. l'inquisition qui sévit aux États Unis : les pères sont tous suspectés d'être des abuseurs sexuels. On en revient avec toutes sortes de chasses aux sorcières aux impasses des temps pré-freudiens.
- **Le marxisme**, rendu responsable des atrocités staliniennes est lui aussi éliminé. Or le Marx des manuscrits de 1844

sur l'aliénation de l'homme par son produit mérite une certaine réhabilitation. Ce Marx là avait d'ailleurs été disqualifié (erreurs de jeunesse !) par les staliniens.

Une démarche sociologique un tant soit peu critique dégage l'aliénation comme consubstantielle à tout dispositif mis en place par la société pour tenter de résoudre ses problèmes. On n'y échappe pas, les institutions de soins non plus. Il s'agit d'éclairer les conséquences cliniques de tout ce qui s'institue malgré nous. Ce qui est requis pour cela s'appelle simplement l'analyse institutionnelle.

Cette « paraplégie » de la psychiatrie se manifeste à travers :

- une conception de la psychiatrie comme « police des comportements » au détriment de « l'accueil de l'autre » dans sa singularité,
- l'oubli de l'historicité autant des êtres que des institutions,
- une idéologie tout à la fois **scientiste**, **manageriale** et **sécuritaire**.

La collusion entre ces trois tendances est flagrante : que ce soit au niveau de la physiologie du cerveau, de la gestion d'un hôpital, des choix politiques de la société globale, on parle toujours de « dysfonctionnements » à « traiter » par toujours plus de règles, de lois, de procédures, de techniques, sans considérer le « travail du négatif » ni la « recherche de sens ».

Tout ce qui s'instaure contribue à paralyser la psychiatrie. Beaucoup, souvent de bonne foi, collaborent à cette évolution. D'autres veulent résister. Une majorité silencieuse fait avec tout ça comme elle peut, se replie sur de nouvelles routines, se démotive et se résigne peu à peu à un assujettissement plus ou moins confortable.

Accréditation, évaluation, transparence, qualité, précaution, hygiène, sécurité... Tout cela ne produit pas seulement des contraintes. Ce qui est plus grave encore, c'est l'état d'esprit ainsi induit. Tout le monde sait peu ou prou que c'est contre-productif, que l'engagement en psychiatrie est une toute autre affaire, mais les pensées sont peu à peu colonisées par cet empire.

Crise, destruction, liquidation, disparition... Ces termes sont souvent accolés à « la psychiatrie ». Des livres, des revues, des colloques répercutent des cris d'alarme. Sont-ils entendus par les majorités silencieuses ?

Patrick COUPECHOUX, journaliste, a dressé un état des lieux impitoyable de la psychiatrie actuelle. Dans « Un monde de fous », il montre « comment notre société maltraite ses malades mentaux » (Le Seuil 2006).

Ce livre nous permet de comprendre un paradoxe, celui d'une indignation croissante alors qu'en apparence se sont effectués des progrès notoires : « humanisation » des hôpitaux, droits octroyés aux malades, développement des soins extra-hospitaliers, moindre nocivité des traitements, réhabilitation sociale etc. S'agit-il de la même psychiatrie quand pour les uns elle est en voie de destruction et pour les autres elle progresse inexorablement ? Sans doute comme **La femme**, La psychiatrie n'existe pas.

Celle qui se développe, qui objective des « troubles » à l'aide du DSM et qui établit des protocoles impersonnels ne s'articule pas si mal avec les bureaucraties et les exigences d'accréditation-qualité-évaluation.

Elle considère la « relation soignant-soigné » comme un « rapport producteur-consommateur ».

Un « rapport » concerne des entités constituées, dont l'identité est close sur elle-même, c'est « l'individu » post-moderne. Au contraire une « relation » est ce qui se joue

entre des sujets pris dans un mouvement « constituant ». Chacun des termes d'une relation est en devenir, sans crispation sur une identité moïque pleine revendiquée comme telle.



Accueillir un sujet dans le respect de sa singularité, privilège au contraire la relation transférentielle et les liens tissés dans un groupe à la fois thérapeutique et socialisant.

Il existerait donc au moins **deux** conceptions de la psychiatrie. Ce n'est pas nouveau, mais une erreur délibérément entretenue consiste à ramener le problème à une querelle des « anciens » et des « modernes ».

Aux anciens les références à la psychanalyse, la psychothérapie institutionnelle, la philosophie, la critique sociale.

Aux modernes les neuro-sciences, l'économie, la gestion, le droit, en somme les choses sérieuses !

Prenons un exemple de situation récurrente qui illustre cette distinction.

On sait que les hospitalisations sous contrainte sont en accroissement. La plupart proviennent des urgences des hôpitaux généraux. La loi stipule que la mesure d'Hospitalisation sur Demande d'un Tiers concerne ceux qui nécessitent des soins urgents et qui sont dans « l'impossibilité de donner leur consentement ». Les principes de sécurité et de précaution tiennent de fait une place prépondérante dans la décision. Notons que ces situations signent la défaillance de l'accueil dans les « secteurs ».

Les urgentistes n'ont guère la possibilité dans l'urgence de faire autrement surtout quand ils ne disposent pas de « lits » permettant de **transformer l'urgence en crise**.

Le temps de l'acuité passé, que devient « l'impossibilité de donner son consentement ». S'il proteste, refuse de rester enfermé alors qu'il est en HDT, l'inquiétude devant le risque de fugue s'intensifie. Le patient sent bien que les excès de prudence de l'équipe trahissent la peur de répondre d'une faute face à sa hiérarchie. Pour peu qu'il ait énoncé des propos agressifs, délirants ou suicidaires, la surveillance se renforce. Le « bon sens » conforte l'idée que malgré son opposition il **doit** être soigné contre son gré. Le « délire » est considéré comme un indice de gravité et cela débouche volontiers sur une escalade : injections, chambre d'isolement, entraves...

Une conception objectivante de troubles pathologiques peut mener à vouloir les traiter à **tout prix**.

Un tout autre mode d'évaluation clinique ne confond pas le fait de délirer avec « l'impossibilité de consentir ». Plutôt que de s'obstiner, une fois un certain lien malgré tout établi, il peut être préférable de faire sortir le patient, lui donner un rendez-vous proche, l'inviter à revenir librement, se disposer à l'accueillir. Ca marche plus souvent qu'on ne croit.

Alors « **principe de précaution** » ou « **éloge du risque** » ? (référence à l'ouvrage de Marcel SASSOLAS – Eres 2006) « Oser le risque, c'est créer une alternative à l'angoisse, à la peur, aux mesquins pouvoirs réducteurs... c'est rendre possible l'espace du soin. » « La prise du risque est le moteur du travail clinique. »

L'opposition entre une clinique relationnelle et un point de vue objectivant est au cœur de la pratique quotidienne. Au delà d'une différence de point de vue ou d'expérience, c'est

d'une **différence de culture** dont il s'agit. On peut sommairement distinguer deux domaines culturels :

- l'un serait **médicomimétique** : recueil de signes objectifs – diagnostic – projet de soin – application de protocoles ayant fait consensus... Le patient doit entrer dans un cadre pré-formé. Le soignant dispose du savoir et du savoir-faire. Les acquisitions de « choses apprises » étant indépendantes de sa personnalité, de son propre désir ;
- l'autre renverrait à une **phénoménologie de la rencontre**. Chaque patient étant unique, le cadre doit être adapté et révisable : il s'agit de l'inventer avec lui. Le soignant doit souvent se déprendre de ce qu'il « sait », sa **formation**, toute différente d'un « enseignement » reçu, le conduit à travailler avec ce qu'il **est**. Son désir d'être là, maintenant, dans cette rencontre-ci est primordial.

La vraie **qualité** ne serait-elle pas plutôt à rechercher de ce côté-là, davantage que dans le seul respect de procédures instituées ?

L'évaluation collective que cela implique ressemble plus à des groupes Balint qu'à des « réunions qualité » !

La dégradation de cette culture de formation s'est accentuée avec les disparitions du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique et de l'internat des hôpitaux psychiatriques.

À ces bouleversements s'ajoutent des « formations » imposées par la logique administrative pour chaque échelon des hiérarchies infirmières, la pharmacologie pour les médecins, la législation pour tous.

Diverses officines lucratives proposent des sessions visant l'adaptation de chacun à cette nouvelle **idéologie gestocratique**.

Avec un peu d'optimisme, souhaitons que toutes ces dérives absurdes produisent un retour de balancier.

Une « culture » de soignant en psychiatrie est celle qui fait de notre propre psychisme le premier de nos outils. Notre expérience, notre recul critique, notre « docte ignorance » ont autant d'importance que nos savoirs.

Cette culture entre évidemment en conflit avec l'assignation à devenir « producteur de soin » dans « une entreprise ».

Le harcèlement par le **pouvoir managérial** (référence à « la société malade de la gestion » de Vincent de GAULEJAC – Le Seuil – 2005) et l'idéologie gestocratique (Denis DUCLOS) font obstacle à une psychiatrie digne de ce nom. La psychothérapie institutionnelle n'a cependant jamais rejeté une gestion responsable au service du soin.

Le travail sur la base matérielle et économique des institutions a plutôt été valorisé par elle. La psychothérapie institutionnelle a périclité dans le public avec la fin des médecins directeurs, elle survit dans quelques structures privées sous gestion médicale.

On pourrait de même affirmer que le souci d'une authentique **sécurité**, est autre chose que l'emprise sur les esprits de l'idéologie sécuritariste. Quant à une prise en compte de l'**hygiène** de la vie quotidienne, ce n'est pas la soumission obsessionnelle à des réglementations vétérinaires.

L'idéologie hygiéniste sabote nombre de démarches thé-

rapeutiques. La participation de patients à la confection des repas est de plus en plus prohibée (cf. l'hôpital de jour de BONDY (93), le Domaine Saint-Pierre (84)...).

La multiplicité des facteurs d'aliénation produits par ces mesures de sécurité-précaution-hygiène-bureaucratisme-rentabilité etc., ne sont pas spécifiques aux structures de soins psychiatriques. C'est cependant dans ces lieux qu'ils s'expriment avec le plus d'effets contre-productifs, avec détournement véritable des buts affirmés.

Que dire des horaires asilaires homogènes dans les services, des horaires de bureau dans les CMP : « Ce doit être pour tout le monde pareil ! »

Il est pourtant essentiel à nos métiers que soit introduit précisément de l'« hétérogène » !

Les structures de soins psychiatriques sont le lieu d'un choc des cultures. Ce n'est pas celui des jeunes et des vieux comme certains veulent le faire croire.

Il y a d'une conception de la psychiatrie qui noue ensemble le biologique, le psychisme, le sociopolitique.

C'est cette problématique « culturelle » que la revue *Psy-Cause* a voulu aborder lors de son colloque de juin 2006. Toute culture procède de « mythes originaires ». La réfé-



rence à Saint Alban joue un rôle préminent pour les uns et ignoré par d'autres qui réduisent les progrès de la psychiatrie à la seule pharmacologie.

TOSQUELLES disait que les psychiatres ont été contents de trouver les neuroleptiques... pour ne pas soigner les malades.

## SAINT ALBAN (1942) et/ou LARGACTIL (1952) – Les mythes originaires de la psychiatrie contemporaine

### Argument

*La psychiatrie a une histoire. À lire la pluralité des récits, elle en a même au moins deux.*

*\* Dans une de ses versions, entre l'électrochoc (1938) et l'emploi des neuroleptiques après 1952 : R.A.S.*

*\* Une toute autre narration fait de l'hôpital de Saint Alban, pendant les années d'occupation, le foyer de rien de moins qu'une révolution psychiatrique.*

*D'où le cri de Bonnafé : « ils ont oublié ce que nous avons fait avant la chlorpromazine ».*

*Notre génération, venue à la psychiatrie avec le Livre Blanc de 1967, la critique exaltée de ses institutions (1968) et sa séparation de la neurologie, a appris son métier au contact des acteurs de ces années d'après guerre.*

*La maladie mentale s'inscrivait dans un champ complexe aux multiples références : critique sociologique, psychanalyse, groupes, « fraternisation » des rapports soignants-soignés, phénoménologie, anthropologie... Les approches biologiques n'étaient pas exclues de ce champ. Le neuroleptique, l'antidépresseur y avaient aussi leur place.*

*De nos jours, cette complexité là est effacée. L'emprise du présent produit l'oubli de l'histoire. Le médicament dit « antipsychotique » est présenté comme LE traitement de la schizophrénie. La formation privilégie la pharmacologie, l'économie de la santé, le droit... Les notions d'efficacité, de rentabilité, de sécurité, d'hygiène, de judiciarisation dictent la conduite de tous.*

*On ne prend plus guère en considération la situation dans laquelle s'effectue la rencontre avec le malade.*

*Une psychiatrie scientiste, secrétée par nombre d'universitaires, monopolisant désormais la formation, dénigre comme obscurantiste tout ce que les générations précédentes ont forgé, notamment toute l'élaboration des « conditions de possibilité » du traitement des psychoses.*

*« Droit dans ses bottes », identifié à son statut et ne doutant pas de son rôle, le psychiatre post-moderne « communique » mais ne rencontre pas. Exit le transfert et le sujet de l'énonciation derrière les énoncés informatifs.*

*Le devenir de la psychiatrie inquiète. Un sursaut de résistance s'est manifesté lors des États Généraux à Montpellier en 2003. Une clinique de la « rencontre singulière » s'efface au profit d'interrogatoires standardisés.*

*Il apparaît nécessaire de faire appel à l'histoire, ne serait-ce qu'au titre d'un devoir de transmission.*

*Gardons-nous cependant de faire croire que « c'était mieux avant ». Nous n'avions que la chance de « penser » un avenir plus ouvert. Maintenant nos « marges de manœuvre » rétrécissent. Au delà des protestations contre l'État, les administrations, le post-moderne, les contraintes économiques, l'industrie pharmaceutique, le déficit de formation..., posons-nous aussi la question : qu'en est-il actuellement de l'engagement dans ces métiers du champ multiréférentiel de la psychiatrie ?*

Quelques précisions quant aux « **mythes originaires** ».

Un mythe est un récit. Il raconte une histoire qui délivre quelque chose de nouveau, fort, significatif, exemplaire. Les leçons de cette histoire sont précieuses. À l'encontre de l'acception souvent péjorative – légende, fiction, erreur – le mythe est réellement vivant dans une culture, s'il raconte une histoire vraie.

C'est en ayant eu lieu que la prise de la Bastille est devenue le mythe fondateur de la République.

Des dates, des lieux deviennent des **signifiants maîtres** qui renvoient immédiatement à un foisonnement de questions, qu'elles soient politiques, scientifiques, philosophiques. Ainsi 1789, la Commune de Paris, Auschwitz, Hiroshima, Mai 68...

« SAINT ALBAN » pour le champ psychiatrique est l'un de ces signifiants majeurs. Ce n'est pas seulement une évaluation pour amateurs d'historiographie. Nous sommes renvoyés à des questions vivantes d'aujourd'hui :

- Qu'est ce que la psychiatrie ?
- Qu'est ce que je viens y faire ?

Que ce soit en tant que médecin, infirmier, gestionnaire, malade ou citoyen, chacun est concerné et amené à soutenir ce questionnement.

Il y a beaucoup d'obstacles à s'engager dans ce labyrinthe : une foule de réponses toutes faites sont là, devant nous et en nous :

- des préjugés
- des discours
- des habitudes
- des règlements
- des injonctions sociales
- des statuts et des rôles
- une division du travail

En somme : des INSTITUTIONS

On se heurte à un : « c'est comme ça ». Il y a un « ordre des choses ». Il faut bien s'y soumettre.

Les **réponses instituées** obturent les questions.

Comme tout doit être prévu et encadré, ce que l'on doit faire est à l'avance inscrit quelque part. Il y a des conduites à tenir, des procédures. Chacun doit être à sa place et y rester. Il y est assigné.

Pendant la guerre et l'occupation, « l'ordre des choses » des hôpitaux psychiatriques était la concentration dans des conditions misérables de malades enfermés dans des quartiers : les agités, les gâteux, les tranquilles, les malades travailleurs. Les plus faibles étaient dénutris et mourraient de cachexie. Cela aurait mérité la rédaction de nombreuses « situations à problème » !!

Le plus improbable survint dans l'hôpital psychiatrique de **Saint Alban sur Limagnole** en Lozère.

Paul BALVET, médecin directeur, humaniste chrétien aux sympathies pétainistes à l'époque, accueille et recueille en

1940 un jeune psychiatre catalan passé par un camp de réfugiés espagnols : François TOSQUELLES.

Le médecin pétainiste et le militant du POUM (Parti ouvrier d'unification marxiste) vont dès lors constituer une sorte de « machine désirante ».

Ils vont révolutionner de proche en proche l'hôpital, les conceptions de la psychiatrie et les pratiques.

- suppressions des grilles
- ouvertures des quartiers
- responsabilisation des malades ; en premier lieu, ceux-ci participèrent à la course au ravitaillement.

L'hôpital apporte un soutien non négligeable à la Résistance. Il n'y a guère de famine comme dans la plupart des hôpitaux psychiatriques.

Après la guerre, Saint Alban deviendra le creuset de ce qui fut appelé « la psychothérapie institutionnelle ».

Cette histoire (« Histoire Sainte » selon l'auto-dérision de TOSQUELLES) est souvent occultée dans les histoires de la psychiatrie.

Pour ma part, arrivé en psychiatrie en 1967, je fus imprégné d'emblée par cette histoire, ayant eu la chance d'avoir été interne de Paul BALVET.

À cette époque le Vinatier était un creuset riche de références multiples, volontiers contradictoires, mais cela nous initiait à la complexité du champ psychiatrique.

On découvrait en même temps :

- la scandaleuse réalité asilaire, provoquant chez beaucoup une conscience de la nature politique de cet état de fait,
- la phénoménologie, la psychanalyse, la dynamique de groupe,
- l'ébauche du secteur,
- les travaux sur le médicament avec le CLRTP,
- l'antipsychiatrie,
- la séparation de la neurologie et de la psychiatrie après 68.

Le choc de toutes ces références faisait l'objet de débats permanents (il y avait à l'époque une « vie d'internat » et trouvait toujours une cohérence dialectique au contact de BALVET).

Être psychiatre c'est aussi se poser une question cruelle : « *Derrière le but apparemment clair de soigner les autres, ne suis-je pas un fantoche récitant un rôle qu'un étranger avait écrit ?* »

Ces mots de BALVET ont des résonances lacaniennes. Manière de pointer les combats douteux dans lesquels nous enrôle le Service des Biens.

« *Si dans d'autres métiers on se perfectionne en acquérant savoir et stature, en agglomérant et solidifiant, ici (en psychiatrie) on avance en niant, on prend âge adulte en se vidant* » (le dés-être ?).

Il revenait souvent sur l'attitude Don Quichottesque du psychiatre :



« De par sa vocation, il travaille à contre-courant : le malade rejeté est le sujet qui lui tient le plus à cœur. » « Pour lui seul l'engagement dans le service public valait pour réaliser cette vocation. »

C'était une des rares injonctions surmoïques qu'il nous injectait.

## Le Largactil

Si beaucoup d'histoires de la psychiatrie ignorent « ST Alban », le Largactil quant à lui est cité comme l'unique responsable d'une révolution en psychiatrie.

On sait que, recherchant un produit aux effets supérieurs au Phénergan, Henri LABORIT se vit proposer le 4560 RP. Il en fait un nouveau stabilisateur végétatif dans une perspective anesthésiologiste.

Aussitôt DELAY et DENIKER à Ste ANNE l'utilisent pour traiter les états d'excitation et d'agitation. Très vite, ils l'utilisent en cure prolongée pour traiter les états psychotiques. Le Largactil se diffusera largement à partir de 1954.

À cette époque on considère avant tout qu'il facilite l'action psychothérapique. On constate par des mesures effectuées en 1954 qu'il a fait tomber le nombre de décibels dans les services !!!

Dès le début de l'ère neuroleptique on assiste à des divergences – toujours actuelles – neuroleptique nécessaire et suffisant pour les uns, nécessaire et insuffisant pour les autres, médiateur de la relation avec effet quasi placebo pour certains.

BALVET se mettra au rang des « amoureux bafoués » après la « lune de miel neuroleptique ».

L'agitation, certes disparaît mais il constate l'importance prise par les comportements de passivité. En fin dialecticien il ne se contente pas d'accuser la seule imprégnation neuroleptique. Le neuroleptique favorise certes la passivité mais a aussi l'effet de révéler ce qui est à l'œuvre dans la psychose. Cette oscillation entre revendication et démission est aggravée par les situations d'abandon.

Nous aurons appris auprès de BALVET qu'on ne peut dissocier le médicament, la psychothérapie, le travail sur le milieu.

On ne peut oublier l'un de ces trois piliers.

Lors de ce colloque, Michel GILLET que BALVET a reconnu comme son disciple le plus fidèle, et qui affirme n'avoir eu qu'un seul maître – Paul BALVET – nous développera sa conception éthique de la transmission. Il convient d'opposer enseigner (diffuser les informations) et transmettre. L'« objet » de la transmission est une « métapsychiatrie » difficile à définir car elle concerne la relation

inter-humaine. La transmission est affaire de transfert et aussi de politique. L'éthique de la transmission est une transmission de l'éthique.

Un autre ancien interne de BALVET, **Jacques DUBUIS**, s'est lui aussi engagé dans le service public, auprès des pionniers lyonnais du secteur (GUYOTAT, HOCHMAN). Psychanalyste (formé par **Salomon RESNIK**), il évoquera le dialogue psychiatrie-psychanalyse dans l'abord des psychoses. Il constate que les nouveaux modèles réducteurs laissent un nombre croissant de jeunes psychiatres dans le désarroi et que beaucoup se tournent malgré tout vers une approche psychanalytique réintroduisant le champ du transfert-contre-transfert. Il préconise des groupes de travail où articuler expérience clinique et pensée théorique à l'instar de l'« Atelier du lundi » qu'il anime depuis une dizaine d'années à Lyon.

Ce colloque avait commencé avec les « régionaux de l'étape ».

L'équipe du CMP de Vaison : **Daniel HECTOR**, **Paulette BAUSSAN**, **Robert VIGNE**, **Murielle SCHMITT**, **André-Salomon COHEN**, ont présenté leur singularité fondée sur l'esprit de la psychothérapie institutionnelle dans un CMP.

**Jacques ROUSSET**, cadre de santé, militant actif et intelligent de la CGT, et **Anne D'ANJOU**, médecin assistant déjà bien engagée dans la psychiatrie de service public, vont nous commenter l'enquête auprès des soignants du secteur de Monfavet, qu'ils ont effectuée il y a 2 ans. On en lira le compte rendu.

Je relève dans les réponses au questionnaire que si la « psychothérapie institutionnelle » évoque les qualités soignantes requises (disponibilité, écoute, souci de la vie quotidienne, accompagnement, etc.), aucune réponse n'évoque le CLUB thérapeutique comme outil de soin, et que la confusion entre institution et établissement persiste.

C'est pourquoi j'ai voulu énoncer que « les principes de la psychothérapie institutionnelle sont toujours de première nécessité ». On peut même remonter à **Herman SIMON** (1929) pour affirmer entre autres que le « préjugé » d'irresponsabilité des malades est un des obstacles à toute psychiatrie digne de ce nom.

**Pierre CHABRAND**, médecin des hôpitaux psychiatriques, intervient quelques jours avant sa retraite. Reconnaisant comme maître le Docteur **Maurice DESPINOY**, lequel passa par St Alban avant d'ouvrir en 1962 l'hôpital Edouard Toulouse à Marseille. Il apprend auprès de lui à être critique sur l'adhésion à la psychothérapie institutionnelle, lui reprochant son côté « religieux » voire sectaire, où selon lui, se manifeste un désir de « maîtrise », une pulsion d'emprise jusque sur les rêves. Il invoque rien de moins que **Sade** : maîtriser l'objet jusqu'à ce qu'il meure !

Non sans malice, il compare le Club Thérapeutique au Club Méditerranée où les GM s'identifient aux plus forts et plus beaux d'entre eux pour vivre par procuration. Il prône davantage « d'humilité » et « d'éclectisme ». **Jacques TOSQUELLAS** lui répondra sur le CLUB, notamment celui

de l'hôpital Edouard Toulouse qu'il a bien connu lui aussi, a constitué le dispositif à même de traiter les clivages entre les différentes unités de soins. Pour lui les techniques de la psychothérapie institutionnelle sont à l'inverse d'une volonté de maîtrise, et sont plutôt proches d'une « fonction BALINT ». On trouvera une réponse de **Jacques TOSQUELLAS** au « contre point » de **Pierre CHABRAND** page 54.

**Youssef MOURTADA**, pédopsychiatre au Mans, fidèle des colloques *PsyCause*, pose dans son texte la question : « La psychiatrie actuelle a-t-elle encore des mythes ». Notre époque post-moderne se passe en effet de récits fondateurs. Il aborde les « métastases » scientifiques et idéologiques qui déstructurent la psychiatrie. Il y voit néanmoins l'occasion de penser le réel, de penser la mère, de penser la mort, de penser le réel de l'autre. Vieille question : la philosophie comme une des voies de la « guérison » ?

**Henri BOKOBZA**, médecin directeur de la clinique de St Martin de Vignogoul (près de Montpellier), fut formé à la psychothérapie institutionnelle auprès de **Jean AYME** qui fut le médecin directeur de l'hôpital de Moisselles. Il fut l'organisateur des États Généraux de la Psychiatrie à Montpellier en 2003.

J'ai rappelé à cette occasion que ce fut aussi à Montpellier en 1942 que **Paul BALVET** lança son manifeste dénonçant la scandaleuse inhumanité des hôpitaux psychiatriques.

Sous le titre «**Et maintenant ?**», il nous livre les conclusions d'un livre sur les États Généraux. Le principe de « qualité » avec son souci d'homogénéisation, de procédures et de protocoles normatifs excluent la singularité du sujet en l'incluant dans un discours réglementaire. L'abandon de la clinique psychiatrique rompt avec les fondements humanistes et éthiques de notre discipline. Le soin protocolisé constitue pour lui une « attaque frontale contre l'activité de penser ». Il dénonce cette logique bureaucratique de maîtrise, transparence et homogénéité, avec une virulence proche de celle de **J. OURY**, lui aussi médecin directeur de clinique psychiatrique. Malgré leurs différences, **Laborde** et **St Martin** conservent une éthique commune.

Puisque le problème est éminemment POLITIQUE, comment en est-on arrivé là ? **Dimitri KARAVOKYROS** retrace le tournant des années 70-80 qui conduit aux « contradictions et impasses de la psychiatrie ». Il a consacré sa carrière à militer pour la promotion du secteur et de la psychothérapie institutionnelle (pour lui inséparables). Il s'est formé auprès de **Hélène CHAIGNEAU**, **Georges DAUMEZON**, **Lucien BONNAFE**. Il a été membre de la commission **DEMAY** en 1982. Le rapport **DEMAY** a été un formidable espoir pour l'avenir de la psychiatrie. « Tout y est. » Il préconisait notamment la constitution d'Établissement Public de Secteur, indépendant des établissements hospitaliers. Cette voie n'a pas été retenue. L'hospitalo-centrisme l'a emporté pour longtemps. Les évolutions conjointes des politiques de santé, des réformes des études de médecine, le DSM, les nouvelles expressions des pathologies, le rôle accru des urgences en hôpital général, etc., sont passés en revue.

Durant le colloque, Michel DUGNAT, co-animateur du mouvement « pas de ZERO de conduite pour les enfants de 3 ans\* » dénonce le rapport de l'Inserm et le projet de loi de prévention de la délinquance faisant des personnes fragilisées des auteurs de troubles. Projet d'instauration d'un « carnet de comportement », de « stages de responsabilité » des parents, d'une coordination des informations par le maire. Il se dessine un projet de société sécuritaire avec mise à mal du secret médical. La loi de 90 est appelée à être révisée par le ministre de l'intérieur, pas par ceux de la santé et de la justice. Il s'implique par ailleurs dans la transmission, incitant les plus jeunes à s'approprier l'histoire, manière de faire un peu de pub pour les Editions Erès où il dirige une collection « rencontre avec » (BENEDETTI – SAPIR – GENTIS – RESNIK...).

On lira son texte sur « Histoire et Transmission » où il rend hommage à Myriam DAVID et Stanislas TOMKIEWICZ.

Je tiens à remercier pour leur participation active à la préparation de ce colloque, Chantal ROOSE, André-Salomon COHEN, Florence BERTRAND et toute l'équipe du CMP de Vaison, ainsi que Dominique PAQUET, Hanna SLOMCZEWSKA, et Agnès BEISSON qui ont présidé les

tables rondes. Ils tentent de maintenir vivants les principes de la psychothérapie institutionnelle.

Parmi les écrits qu'a suscité le colloque, on lira :

- Les « Brèves » de Youssef MOURTADA
- La réponse à Pierre CHABRAND de Jacques TOSQUELLAS
- Les développements sur les mythes originaires d'Anne RIVET, psychologue
- Les « Lettres persanes » de Jean-Jacques LOTTIN

Quatre textes seront joints au dossier, témoignant de l'histoire et de la transmission :

- Un hommage à Myriam DAVID et à Stanislas TOMKIEWICZ par Michel DUGNAT
- Le regard d'un interne des années 60 par Pierre LASSERRE
- « le billet » par Agnès, Delphine et Vanessa.
- Expérience de construction d'une case africaine en hôpital de jour thérapeutique par Anne REDOULOUX.

Enfin, en complément de ce dossier, on trouvera dans la rubrique «Actualités méditerranéennes» le compte-rendu des 21<sup>es</sup> rencontres de Saint-Alban (16 et 17 juin 2006), par Pierre EVRARD.



\* Site : [pasde0deconduite.ras.eu.org](http://pasde0deconduite.ras.eu.org)



Michel Gillet

## Éthique de la transmission – Transmission d'une éthique

Je ne sais plus qui, de Pierre Evrard ou moi, est responsable de ce titre un rien pompeux. Certes, j'avais envie de parler de la transmission dans ce colloque à la recherche de nos antécédents psychiatriques. J'en avais peur aussi : depuis des années, il me semble que je ne parle que de cela, que je me répète, peut-être même que je radote puisque j'ai cessé toute activité professionnelle il y a déjà cinq ans et que ma seule manière de transmettre un peu de ce que j'ai vécu est d'en parler « ex cathedra », ce que je n'aime guère. Mon maître Paul Balvet, celui qui parmi mes aînés m'a transmis le plus de choses, avait eu la sagesse de refuser tout discours psychiatrique au lendemain de sa retraite. C'était assez frustrant, il faut bien le dire, mais même ce refus transmettait encore un élément essentiel qui n'est autre que l'éthique de la transmission.

Je m'explique : seule une expérience réelle, présente, vécue, assimilée, intériorisée peut autoriser une véritable transmission, au sens fort du terme. Transmettre implique que quelque chose est envoyé, adressé à d'autres par et à travers quelqu'un. Je pense à la phrase de Jaurès : « On n'enseigne pas ce que l'on sait, on n'enseigne pas ce que l'on veut, on enseigne ce que l'on est. » Elle condamne de façon radicale tout enseignement de type « universitaire » qui cherche à transmettre un savoir livresque en accumulant des notions abstraites aussi bien que des recettes pragmatiques. Simplement parce que ce savoir ou ces recettes restent extérieurs à celui qui tente de les inculquer à ses élèves, parce que la transmission ne saurait être un commerce où le détaillant échange des denrées qu'il n'a pas produites, qui ne viennent pas de lui et ont été achetées chez d'autres, contre le bénéfice de monnaies sonnantes et trébuchantes, seule visée de l'opération mercantile. Trop souvent aujourd'hui on

réduit la transmission à une transaction commerciale et on se félicite quand les bénéficiaires (?) de cet apport peuvent au jour de l'examen restituer tant bien que mal la somme des leçons apprises pour obtenir le diplôme attendu, sans que rien ne vienne annoter leur adhésion à ce qu'ils annoncent sans même l'avoir réellement compris. Ce mal nécessaire, nous l'avons tous subi, nous l'avons tous pratiqué, et bien avant notre entrée en psychiatrie ! J'ai moi-même, il me faut bien le dire, organisé il y a bien longtemps des « conférences » d'internat où j'inculquais à de futurs collègues l'anatomie et la physiologie du système nerveux central... Dois-je dire que je n'avais pas l'impression ou l'intention de transmettre quoi que ce soit ? Je voulais simplement permettre à de jeunes médecins de réussir un concours imbécile qui les autoriserait à devenir psychiatres...

Cette facilité, cette imbécillité, une certaine éthique de la transmission se doit de les refuser, de la même façon qu'on distinguait dans les années soixante la formation (transmise) et l'information (apprise)... Balvet me racontait un jour qu'il s'était trouvé au jury du médicament, qui n'était pas encore le



Psychiatre des Hôpitaux.  
Le Vinatier – Lyon.

psychiatricat, avec Lucien Israël. Tous deux, lassés de voir sortir les questions classiques (la bouffée délirante, les signes de début de la schizophrénie, le caractère paranoïaque, etc...), avaient envisagé de rédiger une observation clinique et de demander aux candidats ce que leur évoquait cette tranche d'histoire en évitant de classer trop rapidement le cas dans des catégories diagnostiques ou thérapeutiques ! Les autres membres du jury, probablement adeptes des « conférences » préparant au concours, s'étaient récriés en imaginant derechef l'échec de leurs poulains. Le classicisme avait gagné, une fois de plus. Mais que dire de notre actuelle agrégation, celle qui nomme les futurs enseignants, quand elle mesure les capacités (?) de transmission psychiatrique des impétrants au poids des publications en langue anglaise concernant les mystères de la synapse ou du métabolisme des amines cérébrales ?

À l'opposé de cette pseudo-transmission que l'éthique réprouve, il existe une autre caricature. Alors que l'enseignant soucieux de remplir la mémoire de ses élèves avec une série de concepts, que je n'ose appeler des idées, se cantonnait dans une sorte d'existence fantomatique le réduisant à un rôle de tuyau amenant le liquide d'un récipient dans un autre, il en est qui, eux, existent trop... et y prennent plaisir ! Je parle des gourous, des enseignants charismatiques, si vous préférez. Certains ont des excuses, au moins au début : ils ne se sont pas faits tout seuls. Des élèves séduits sont devenus des disciples fervents, l'admiration s'est transformée en ferveur religieuse, les paroles banales ont été reçues comme un oracle, des hypothèses fumeuses se sont métamorphosées en dogmes infrangibles et, de l'estime initiale, on passe sans y prendre garde à l'adulation, voire à l'adoration. Une inflation mystique transforme l'enseignant en prophète et ses paroles doivent être respectées comme l'Évangile, apprises par cœur comme le Coran et défendues âprement contre les infidèles, pour ne pas parler de ceux qui restent simplement hérétiques ou sceptiques face à ce nouveau catéchisme.

Nul n'est à l'abri de ce genre de dérives éthiquement condamnables. Encore faut-il ne pas y prendre goût ! Nous connaissons trop de ces aînés, par ailleurs estimables, qui, au fil des années, enivrés par l'encens de leurs thuriféraires, en arrivent à se prendre pour les émules de Freud ou pour ses seuls successeurs authentiques. Je me souviens d'une conversation amicale avec Jacques Dubuis où nous déplorions, avec une ironie un rien envieuse, que l'accession au rang de « titulaire » dans une Société Psychanalytique se double d'une inflation narcissique telle que toute critique envers ce collègue titré devienne un crime de lèse-majesté quand elle parvient à l'atteindre. Les analystes n'ont pas le monopole de cette infirmité... La génération qui est la mienne proclamait, il y a presque 40 ans, la fin des « mandarins » ! Ceux-ci, tels le phénix, renaissent de leurs cendres et imposent à ceux qui leur sont confiés par des administrations sanitaires ou universitaires le partage de leur idéologie. Il ne s'agit plus de transmettre, avec tout ce que ce mot implique de liberté de choix, il s'agit d'imposer, sans nuances et sans vergogne.

L'éthique de la transmission exige le respect de ceux à qui elle s'adresse. Elle respecte leur liberté, leurs croyances, leurs errements. Elle ne cherche ni à séduire, ni à convaincre, elle propose, rien de plus. Elle se méfie des engouements trop rapides, des identifications excessives, elle redoute les adhésions sans critiques, elle lutte discrètement contre les enthousiasmes issus d'une ferveur juvénile. Et, finalement, tout ce qui véritablement se transmet ne nous advient que « par surcroît », de la même manière qu'on a pu dire que la psychanalyse soignait « par surcroît »... On y retrouve le même paradoxe : le désir de transmettre, aussi légitime soit-il, doit rester à l'arrière-plan, comme le psychanalyste se défie de son désir de soigner. Cela n'arrange pas nos affaires ! L'efficacité, tant prônée de nos jours, n'y trouve pas son compte.

Encore faudrait-il s'entendre sur l'efficacité recherchée... Cela m'amène à dénoncer une autre dérive actuelle que mon





éthique de la transmission réproue : la transformation de la transmission en communication, de préférence médiatisée à outrance pour atteindre le maximum de personnes, faire le maximum d'adeptes, engranger le maximum de bénéfices, aussi bien narcissiques que financiers. On retrouve le système commercial que je dénonçais plus haut et l'important est de vendre, par une publicité bien conduite, la drogue miracle, la technique efficace ou, plus subtilement, les théories et les thérapeutiques en vogue outre-atlantique. Ce mépris de l'intelligence m'apparaît aberrant pour des psychiatres, même si je sais que les citoyens ne sont pas logés à meilleure enseigne puisque tout homme politique ayant l'ambition d'obtenir un siège au Palais Bourbon, une place à Matignon ou le Graal de l'Elysée se doit de faire appel à des conseillers en communication qui lui forgeront les slogans simplistes censés attirer les électeurs. Et tout cela, bien sûr, au nom de l'efficacité...

Je ne me hasarderais pas à discuter le bien-fondé des techniques électorales actuellement mises en œuvre. Je peux simplement dire qu'elles m'exaspèrent. Mais, pour la transmission en psychiatrie, je proteste vigoureusement contre sa dégradation en « communication » sous prétexte de la rendre plus efficace. C'est transformer le psychiatre en « consommateur » soumis aux impératifs de la mode, c'est l'amener à changer en permanence ses techniques et ses idées (?) au gré des courants en vogue, c'est lui signifier implicitement que ce qu'on lui « transmet » ainsi n'est qu'un gadget périssable qui doit lui rester extérieur pour être facilement abandonné dès qu'un autre, vanté par les médias, viendra le supplanter. J'y vois un déni de l'intelligence et une invitation à cesser de penser, j'y vois la mécanisation d'un métier que je croyais fondé sur la relation inter-humaine entre le praticien et son patient, avec, au bout du compte, la néantisation du sujet devenu objet manipulable et manipulant.

La transmission « efficace », la vraie pédagogie (j'aime ce mot dans son étymologie grecque : conduire l'enfant... vers

l'âge adulte !) implique que celui qui reçoit un legs de ses aînés puisse, pour le faire véritablement sien, l'intérioriser, en peser la valeur, en comprendre le sens, voire le transformer pour le rendre plus assimilable. Nous savons tous l'échec des « techniques éducatives » visant à modifier les comportements par un dressage adéquat dosant avec adresse récompense et punition. Leur efficacité apparente aboutit à la construction d'un faux self incapable de résister aux bouleversements affectifs et aux événements de la vie quand ceux-ci s'éloignent de la normalité. Le désordre doit être fui, l'originalité réprimée, la folie enfermée. Quand le but des manipulations actuelles devient de « transmettre » aux jeunes médecins une idéologie normative permettant aux psychiatres (le seront-ils encore ?) d'éviter toute confrontation avec la folie, de rester « droits dans leurs bottes » face à la tragédie que vit le psychotique, je me dis que ceux qui nous ont transmis une certaine idée de la psychiatrie doivent se demander comment nous en sommes arrivés là, pourquoi les soubresauts de certains de leurs « enfants » restent impuissants à renvoyer dans leur nullité fondamentale les tenants d'une psychiatrie « moderne », aseptisée, désaffectivée, mécanisée, normalisée, soucieuse de résultats chiffrés et de rentabilité économique plus que du mystère qui fait parfois apparaître, après des années de rencontres, l'humanité de celui qui s'en était exclu pour fuir une angoisse inhumaine.

L'éthique de la transmission telle que je la conçois, telle que j'ai essayé trente ans durant de la pratiquer, exige que nos convictions, aussi fortes soient-elles, s'expriment dans la discrétion, dans l'ouverture, dans une certaine ambivalence. Il faut un discours, certes, mais un discours mesuré, il faut des actes, évidemment, des écrits sans doute (mais c'est si difficile d'écrire !) ; il faut surtout beaucoup de silence pour faire naître les questions indispensables à la recherche d'une certaine vérité, d'une vérité intérieure, loin des modes éphémères et des engouements passagers. De Paul Balvet, j'ai pu écrire un jour : « Que m'a-t-il appris ? Lorsque je me pose aujourd'hui cette question, je serais tenté de répondre : tout... et rien. Tout parce que je n'ai jamais cessé depuis trente ans d'essayer de pratiquer ce métier comme il m'a montré qu'on pouvait le faire. Rien, parce qu'il se refusait jusqu'à apprendre quelque chose, attendant avec patience qu'on découvre par soi-même ce qu'il savait mieux que tout autre, ce qu'il avait appris on ne sait où, on ne sait par qui. Par la vie, sans doute. Par ses rencontres... » Car il n'existe pas de transmission sans rencontre, sans une certaine identification dont il importe peu qu'elle soit, comme toutes les identifications, ambivalente, conflictuelle, source inépuisable de la fécondité de nos controverses intérieures.

Je viens d'essayer de dire, bien mal et bien confusément, ce qu'est pour moi l'éthique de la transmission. Reste à tenter de préciser l'objet de cette transmission, ce qu'il me paraît souhaitable de transmettre, et je risque d'être, dans cette deuxième partie, encore plus malhabile et plus confus que dans la première...

De prime abord, il me semble juste de rappeler que je n'ai rien contre la « transmission » des éléments positifs, matériels, de notre métier : tout psychiatre se doit de connaître une séméiologie élémentaire, de savoir utiliser à bon escient neuroleptiques, anti-dépresseurs ou tranquillisants, d'avoir à sa disposition le stock des hypothèses et des théories glanées au cours de ses années d'études. Tout cela, il l'a appris quelque part : pour apprécier un poème ou un roman, il faut d'abord savoir lire... J'ai enseigné pendant 20 ans la psychiatrie aux étudiants en médecine de 5<sup>e</sup> année à seule fin de leur fournir les matériaux avec lesquels ils pourraient, plus tard, essayer de devenir psychiatre. Il s'agit alors de transmettre des biens plus que des idées, au même titre que l'enfant hérite de ses parents une maison, des meubles ou des valeurs mobilières. Mais les autres valeurs, celles qui vont structurer sa vie, ne lui ont pas été transmises par un acte notarial. Elles découlent des identifications réussies au cours de l'enfance et de l'adolescence, bien avant la mort de ses ascendants. Et je dirais la même chose pour l'enfance et l'adolescence psychiatrique, à supposer qu'on devienne un jour adulte dans ce métier là ! Un dernier mot sur ce chapitre : il me semble que même dans l'enseignement le plus universitaire (encore une fois indispensable), il y a manière et manière d'enseigner. On peut faire un enseignement clos, assénant des certitudes, du type : devant un syndrome schizophrénique, il faut prescrire tel neuroleptique, à telle dose et durant tel temps. On peut aussi faire un enseignement ouvert au doute, au questionnement, esquissant des problématiques au lieu de fournir des réponses simplistes, laissant sa place à l'inquiétude, à la recherche, peut-être même à l'angoisse. C'est moins rassurant, plus difficile à réaliser, mais c'est peut-être poser le soubassement d'une transmission véritable.

Ce qu'il s'agit pour moi de transmettre, c'est ce que j'ai appelé, avec beaucoup de témérité, une « méta-psychiatrie ». Je me réfère évidemment à l'œuvre de Freud quand celui-ci donnait pour titre « Métapsychologie » au recueil d'articles fondamentaux (*Pulsions et destin des pulsions, Le refoulement, L'Inconscient, Deuil et Mélancolie...*) écrits en 1915. Freud incitait ainsi ses contemporains à voir plus loin que la psychologie positive en honneur à l'époque. Je n'ai en rien l'idée de me comparer à l'inventeur de la psychanalyse, mais je pense qu'il existe une métapsychiatrie qui fonde et autorise la psychiatrie quotidienne, au même titre que la métapsychologie freudienne est une pierre angulaire pour tous ceux qui veulent explorer le psychisme humain.

Est-il possible de la préciser, cette métapsychiatrie que je crois devoir être transmise ? C'est ce que m'a sadiquement réclamé Pierre Evrard quand il m'a demandé d'intervenir ce soir. Et j'ai pensé à ce disait Saint Augustin dans les *Confessions* en évoquant la question du temps... Je cite : « Qu'est-ce que le temps ? Si personne ne me pose la question, je le sais ; si quelqu'un pose cette question et que je veuille expliquer, je ne sais plus ! » Car le temps peut être divisé en quantités objectivables que mesurent la marche des astres et le balancier des horloges, mais il est aussi la durée, ce temps subjectif que le sujet ne mesure pas, qui s'accélère ou se ralentit au gré de nos fantaisies, qui fait que tel discours ennuyeux paraît interminable, même en ne durant que 10 minutes, alors qu'une représentation passionnante devient courte à nos yeux après des heures de théâtre... Notre psychiatrie aussi, si elle est parfois mesurable, objective, scientifique, échappe la plupart du temps à la rigueur des critères médicaux et devient subjective, centrée sur la mystérieuse relation du soignant et du patient, irréductible à une généralisation scientifique. C'est bien ce qui gêne nos



modernes scientifiques, au point qu'ils essayent de réduire la psychiatrie à sa dimension scientifique (bien piètre !) en évacuant la relation inter-humaine qui, pour nous, la fonde. La transmission d'une méta-psychiatrie s'oppose à cette mutilation.

Je cite, faute de pouvoir les réunir dans une synthèse provisoire que je vous laisse le soin de reconstituer, quelques éléments qui me semblent la constituer. D'abord la prévalence de la causalité psychique sur la causalité physique et leur différence irréductible sur laquelle je ne peux m'étendre : Henri Ey et Jacques Lacan en ont disputé de façon définitive lors du colloque de Bonneval... en 1946. En corollaire arrive l'importance que prend la recherche du sens des paroles échangées, les nôtres comme les siennes, plutôt que la quête vaine de la cause d'un trouble comportemental issu d'un métabolisme dévié des hormones cérébrales stigmatisable par l'IRM ou la caméra à positons. C'est dire le souci permanent d'être à l'écoute du discours du patient, qu'il parle ou non, qu'il se manifeste par des gestes, une attitude, un jeu, bref tout ce qui fait naître (du moins on l'espère...) la rêverie, les associations libres et tout ce que mon ami Jean-Claude Rolland appelle le « discours intérieur » du thérapeute. Cette attitude de « neutralité » (c'est ainsi qu'on la nommait, bien mal, dans les années soixante...) est en opposition flagrante aux investigations systématiques et objectives visant à obtenir au prix d'un interrogatoire incisif les résultats chiffrables colligés dans les « échelles » inventées par les laboratoires pharmaceutiques. De cette exigence en naît une autre, essentielle, à savoir le décryptage (toujours aléatoire, toujours à reprendre...) des éléments qu'on appelle « transférentiels », qu'ils soient du patient vers le soignant ou du soignant vers le patient. Il est quand même surprenant de penser que les physiciens modernes ont découvert, 50 ans après Freud, que la seule présence de l'observateur peut modifier l'observation, au point que les cyclotrons de Grenoble ou de Genève étudient l'impact des techniciens présents et celle des marées atlantiques sur la diffusion et la scission des atomes. Cela n'inquiète guère nos psychiatres biologiques pour qui les notions de transfert ou de contre-transfert relèvent de la fiction ou de la magie. Passons. Enfin, à l'arrière-plan, englobant et structurant l'ensemble de notre démarche, je crois que la métapsychiatrie que j'appelle de mes vœux exige la conscience aiguë que toutes nos démarches, tous nos efforts doivent tendre à redonner au patient la possibilité de s'inscrire dans un univers relationnel, dans le tissu social, qu'il soit ou non « guéri » selon les normes en vigueur dans les « échelles » dénoncées plus haut. Une certaine science est toujours en risque de s'approprier son objet, de le dominer, de l'utiliser, de le transformer. Ma métapsychiatrie n'est en rien scientifique : son objet, c'est le malade et elle ne peut que le respecter.

Respecter son objet... Vaste programme devant lequel le scientifique renâcle, habitué qu'il est à le manipuler pour en comprendre les rouages et en saisir l'essence. J'ai apprécié, il y a longtemps, le courant phénoménologique et

la « Dasein-analyse » de Binswanger à cause de ce respect. Quand Antonin Artaud écrit à son analyste, Allendy, il dit à la fois son éloge de la psychanalyse et son refus formel de « cette pénétration de ma conscience par une intelligence étrangère » ; il ne fait à mon sens rien d'autre que proclamer ce que Merleau-Ponty appellera plus tard « le désaveu de la science » en commentant l'aphorisme d'Husserl : « Revenir aux choses même ». C'est ce même Husserl qui a inventé l'« *Einfühlung* » que nous traduisons par empathie, à seule fin de rechercher un mode de connaissance neuf et respectueux. Il l'applique d'abord à l'esthétique avant de le généraliser à l'ensemble des moyens qu'il postule pour connaître l'objet tout en le respectant. Bref, il envisage une pensée plus contemplative que constructrice. Pouvons-nous la faire nôtre en face du psychotique ? Probablement non, ne serait-ce qu'en raison de la souffrance qui est la sienne et qu'il nous demande, plus ou moins clairement, d'atténuer...

Quand le souci de soigner s'impose à notre conscience, et même à notre inconscient, nous voilà en train de rechercher le pourquoi et le comment des choses, en quête des bases qui nous permettraient de transformer un malade délirant en sujet actif aux prises avec la réalité. Ainsi, toute vision « esthétisante » ou « contemplative » du psychotique vient mettre à mal toutes nos visées soignantes dans la mesure où celles-ci se heurtent au refus que proclamait Artaud... Et pourtant ce poète aussi génial que fou n'a eu de cesse, sa vie durant, de rechercher le praticien capable de lui enlever sa souffrance pour se résoudre, en fin de compte, à l'automédication que lui procuraient la drogue ou le délire dont il se croyait et se sentait le maître. Doit-on donc renoncer à soigner le psychotique sous prétexte de le respecter ? Je ne crois pas, mais on sait que cette option fut celle de l'anti-psychiatrie anglaise avec Cooper et Laing, peut-être aussi celle de Binswanger, deux courants qui se réclamaient aussi de Freud tout en critiquant la psychanalyse. Leurs échecs partiels (les histoires plus ou moins fidèles de Mary Barnes ou de Susan Urban ne sont guère convaincantes...) ont confirmés aux psychiatres « classiques » la nécessité d'employer l'électro-choc et les neuroleptiques dans le soin des psychotiques.

Et pourquoi pas ? Mais à l'unique condition que ces techniques soient précédées, accompagnées, suivies par une présence constante et respectueuse. Une présence que j'ai du mal à définir vraiment, une présence en même temps « contemplative » et pourtant sans cesse référée aux données scientifiques, une présence non interprétative, mais toujours reliée à un discours intérieur où fusent les associations qui permettront plus tard, peut-être, des interprétations, une présence qui permette à la fois d'être là et de surplomber une situation où nous risquerions de nous perdre en plongeant dans cette relation fusionnelle que le psychotique appelle de ses vœux. Il me paraît simplement indispensable de mesurer la hauteur de ce surplombement. Nous pouvons bien monter sur une montagne pour percevoir les sinuosités d'une rivière, comme le cartographe qui repère le relief à partir des vues

aériennes. Je ne crois pas que nous ayons l'œil assez perçant et l'oreille assez fine pour que cette situation surplombante laisse leur place aux reflets des mouvements de l'eau sur les galets, à la mélodie du ruissellement, aux éclats irisés que livrent les cascades... Il faut pourtant monter sur la montagne, sans quoi nous risquerions de nous laisser prendre au charme de la rivière, voire de nous plonger dans son sein et de nous y perdre. Simplement, il ne faut pas y monter trop vite parce que la rivière nous fait peur, il faut l'apprivoiser avant de s'en éloigner pour mieux la comprendre.

Je m'égare en parlant de la nécessaire présence au psychotique. Je crois pourtant qu'elle n'est pas sans rapport avec la transmission, avec cette métapsychiatrie qui m'apparaît essentielle. On n'est pas présent de façon très différente avec les patients et avec ceux qui ne le sont pas... La présence du patron à son interne, du psychiatre aux infirmières, réclament la même attention, le même respect que ceux qui sont dus aux malades. Et, à l'encontre des psychotiques, nous parlons la même langue... Avec eux, il faut un temps très long pour faire l'apprentissage d'une langue commune que nous ne parlerons sans doute qu'après avoir désappris notre idiome naturel pour retrouver au fond de nous, au fond des âges, ce langage universel qui lie la mère à son enfant bien avant la construction de la tour de Babel et la confusion des langues. Nous, j'espère que nous parlons la même langue, que nos mots n'ont pas perdu leur sens, qu'ils renvoient à des images et des idées banales, qu'ils ne sont pas contaminés par un langage abstrait à prétention scientifique. C'est dire que dans ce cas la transmission se

fera d'elle-même, qu'elle n'aura pas besoin de discours filandreux pour asséner de pseudo-vérités. Que se transmettra-t-il ? Je ne sais. Parfois beaucoup de choses, parfois très peu, en tous cas une certaine éthique de notre profession, acceptée ou refusée, cela ne nous regarde pas. Lors d'une des visites protocolaires exigées par les Sociétés de Psychanalyse pour affilier un nouveau membre, un postulant s'est entendu déclarer par l'un des « sélectionneurs » : « Je n'ai qu'un seul critère d'admission : Aurai-je envie de travailler avec vous ? Le reste... » Il y a des internes avec lesquels j'ai aimé travaillé, d'autres moins. Qu'ai-je transmis aux uns comme aux autres ? Mystère. Et c'est très bien que cela reste mystérieux.

Je pense enfin que la métapsychiatrie dont je parle n'est pas née ex nihilo dans ma cervelle un peu racornie. Elle a une histoire, elle est la résultante d'un long passé au cours duquel les psychiatres l'ont forgé, générations après générations. Cette histoire, il faut la transmettre, la raconter, la ressasser peut-être. « Il n'y a rien de nouveau sous le soleil » disait Qohélet, ce sage biblique pour qui tout était vanité. On peut ne pas partager cette vision fixiste. On peut aussi voir comment ont émergé, dans quel contexte, à quel prix, l'asile d'aliénés, la psychanalyse, la psychothérapie institutionnelle, le secteur, l'anti-psychiatrie. On peut suivre à la trace les démarches de nos devanciers, des démarches dialectiques, contradictoires, pleines de nouveautés fulgurantes comme de retours en arrière. On peut en tirer des leçons, s'il est vrai que celui qui n'a pas appris les leçons de l'histoire se condamne à les répéter. Bien que retraité, je ne suis pas



encore un ancêtre... Pourtant, quand je vois l'état de la psychiatrie actuelle, je retrouve mes enfances psychiatriques où la lutte pour l'indépendance de notre discipline occupait tous les esprits, où nous voulions barrer le « neuro » qui faisait de nous des neuro-psychiatres. Les mouvements qui protestent contre l'emprise anglo-saxonne qui transforme la psychiatrie en biologie du cerveau me semblent du même tabac. J'ai appris à aimer et à critiquer la psychothérapie institutionnelle parce que je l'avais reçue de Balvet et qu'il me racontait l'aventure de Saint Alban. Et je me réjouissais parce qu'un autre de mes aînés, Requet, avait écrit en 1955 un article intitulé « La fin des neuroleptiques »... Tout le monde ne peut pas être prophète ! Il n'est pas inutile de comprendre comment Babinski trahit Charcot pour éliminer l'hystérie (comme le DSM IV !) et la transformer en pithiatisme, comment Janet s'intéresse exclusivement au déficit là où Freud expose le conflit... Et on pourrait continuer pendant des heures.

Si la transmission de l'histoire peut nous permettre d'approfondir notre discipline, elle peut également être utile à nos combats, s'il est vrai, comme l'affirme Régis Debray, que « toute entreprise de transmission est une opération polémique, requérant une compétence stratégique » et il précise que « la transmission appartient à la sphère du politique ». Il n'est pas vain d'aller rechercher dans les archives la manière dont nos ancêtres se sont battus, les échecs qu'ils ont subis, les réussites qu'ils ont entrevues, les erreurs tactiques qui furent les leurs. Il ne s'agit bien sûr pas de répéter un passé évanoui. Il s'agit de ne pas être en retard d'une guerre et de s'enfermer derrière la ligne Maginot en oubliant les blindés de Guderian...

J'ai toujours pensé que la psychiatrie, au moins depuis la loi de 1838 et la création d'un corps de médecins fonctionnaires destinés à soigner les aliénés, était de nature politique. Or, la politique, pour moi, bon élève d'Aristote, c'est la pointe, le sommet, l'achèvement de l'éthique. La transmission de l'éthique, c'est l'enseignement véritable de la psychiatrie. Mais, me direz-vous : qu'est-ce que l'éthique ? Tout simplement la science de la vertu... Je souhaite des psychiatres vertueux. Plusieurs fois, au cours de cet exposé, j'ai cité mon maître Balvet. Ce grand psychiatre était aussi un grand chrétien, un contemplatif, un mystique et c'est pour lui rendre

hommage que je vais faire une conclusion... théologique.

On distingue en effet deux sortes de vertus : les quatre vertus cardinales, qui sont la force (ou le courage...), la tempérance, la prudence et la justice. Ce sont ces vertus cardinales que les pouvoirs attendent des psychiatres... Le courage de supporter les diminutions budgétaires, les compressions de personnel, les tracasseries administratives, les suppressions de lits, etc. etc. La tempérance, que je traduirais volontiers par économie, et qui permet de rogner sur toutes les dépenses, même les plus utiles... La prudence, qui va de pair avec l'idéologie sécuritaire en vogue de nos jours. La justice, qui permet les expertises et évite les internements arbitraires... Mais il y a trois autres vertus, celles qu'on appelle théologiques : la Foi, l'Espérance et la Charité. Balvet était un psychiatre vertueux. Il pratiquait les vertus cardinales et m'a dit plusieurs fois que le courage était la plus grande qualité qu'on pouvait attendre d'un psychiatre. Mais ce qui le caractérisait, c'était sa foi en l'homme, même et surtout s'il est aliéné, c'était son espérance indéfectible dans le progrès des soins psychiatriques, c'était sa charité respectueuse et tendre qui lui faisait transmettre aux autres un peu de ce qu'il était. Je laisse les mots de la fin à Charles Péguy dans sa « Ballade du cœur qui a tant battu » :

*Aux quatre Cardinales  
La certitude  
Mais aux Théologiques  
L'inquiétude*

*Les quatre Cardinales  
Marchent en rang  
Mais les Théologiques  
Donnent leur sang*

*Les quatre Cardinales  
Sont alignées  
Mais les théologiques  
Sont indignées*

*Les quatre Cardinales  
Savent leur monde  
Mais les Théologiques  
Sont plus profondes*

La ballade comporte plus de mille quatrains... Je m'arrête



Jacques Dubuis

## La rencontre psychiatrie psychanalyse : une source de malentendus, un dialogue jamais interrompu

### *Introduction*

Rencontre ancienne, majeure, qui fut et reste l'objet de tant de vicissitudes. Psychanalyse idéalisée ou vouée aux gémonies, psychiatrie entravée par ses missions diverses et ambiguës ; leur dialogue continue de s'imposer pour l'unique raison de l'énigme de la psychose et de la violence des processus psychiques engagés des deux côtés dans sa rencontre soignante avec le psychotique.

Pour illustrer cette rencontre, je ferai le constat de la situation actuelle de la psychiatrie, je prendrai quelques exemples dans les péripéties historiques de sa rencontre avec la psychanalyse et je décrirai très brièvement l'aménagement de cette rencontre dans un groupe de travail organisé depuis plus de 8 ans à l'hôpital de Vinatier ; l'Atelier du Lundi.

### *Une rencontre avec le psychotique sans transfert*

La psychiatrie est en crise : crise de moyens financiers avec comme conséquence une crise des effectifs médicaux et paramédicaux. Mais il y a également une crise des modèles professionnels. Au plus haut niveau des pouvoirs publics et des financeurs, semble apparaître un doute sur l'utilité de la psychiatrie. On voudrait semble-t-il la voir réduite à ses seules missions de maintien de la sécurité, de contrôle des déviations sociales et de prévention des conséquences du stress. Les troubles psychiatriques proprement dits devraient trouver dorénavant leur solution dans les structures médicales avec l'aide des médicaments. Les soins au long cours sont remis en cause dans les principes qui les fondaient jusqu'alors. Les troubles psychiques à long terme sont considérés comme résiduels et séquellaires et doivent être compensés socialement ; les psychiatres ne jouent qu'un rôle secondaire et mineur.

De l'évolution de la psychiatrie, pendant plus d'un demi siècle, à laquelle plusieurs générations de psychiatres ont collaboré, on ne veut garder que les psychotropes et on

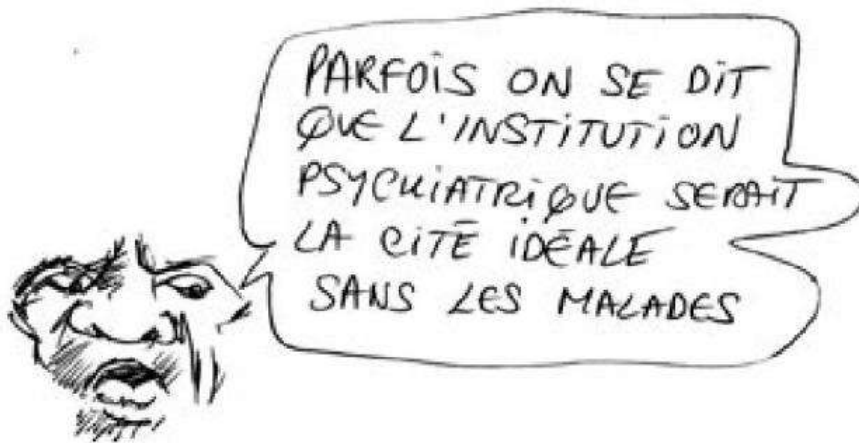
entend limiter sinon rejeter, parce que trop coûteuses et peu efficaces, les psychothérapies individuelles et collectives inspirées par la psychanalyse. C'est déjà le cas aux États-Unis où les assurances privées ne remboursent plus que les traitements de courte durée, des tableaux symptomatiques horizontaux inscrits sur l'axe I du DSM, ce qui ne laisse pratiquement place qu'aux thérapeutiques médicamenteuses et aux thérapies cognitivo-comportementales.

On s'oriente ainsi vers une psychiatrie chargée en priorité des soins d'urgence et dont les missions traditionnelles sont réduites et où une large partie des fonctions exercées jusque là par les équipes psychiatriques sont dévolues aux services sociaux et aux organisations caritatives. Bien entendu, le retentissement sur la formation des professionnels est déjà engagé. On connaît l'évolution de la formation des infirmiers, on aperçoit celle des médecins qui vise surtout à donner aux futurs psychiatres une identité médicale reconnue. Certes, celui-ci va tenir son rang parmi ses pairs, mais sa marge de manœuvre face à l'administration hospitalière, face aux organismes de tutelles, va se voir réduite. Tout se passe comme si l'organisation de la psychiatrie était une chose trop sérieuse pour qu'on puisse la confier au psychiatre. En plus, édulcorée par certains psychiatres eux-mêmes, celle-ci paraît simple. Ceux qui ne prônent pas cette simplification semblent avoir trop de talent pour compliquer les choses et pour le décideur profane on doit pouvoir faire aussi bien. Pour autant, ces psychiatres restent légitimes et libres de se former au maniement des médicaments, aux méthodes comportementales qui donnent à des conseils de bon sens une allure de méthode scientifique.

Je pourrais m'arrêter là, avec le sentiment d'avoir assez bien résumé la situation, et d'avoir rejoint le consensus évoqué ici tout au long de la journée.

### *Ainsi il ne serait plus nécessaire d'envisager une rencontre avec la psychanalyse*

Pourtant, certains faits insistent. Les jeunes médecins, malgré les difficultés, tout en réclamant quelques adaptations, continuent à se tourner vers la psychanalyse tout comme bon nombre de psychologues à la fois pour leur intérêt personnel, et aussi pour rechercher une aide avec leurs



patients. Médecins, psychologues, infirmiers, travailleurs sociaux demandent à pouvoir parler de leur pratique « hors institution » et recherchent : groupes de travail sur la pratique, groupes de supervision, formations se référant à la psychodynamique, etc... Chaque proposition de formation parfois à l'initiative d'une école d'analyse, rencontre habituellement un énorme succès. Ceci témoigne du désarroi des soignants devant la psychose et de la massivité de l'impact du transfert, sa puissance de sidération, et de l'effroi qu'il peut susciter.

Comment s'en dégager ? La psychanalyse offre principalement deux voies : le surplomb de la théorie, et l'analyse du contre transfert, ce qui nous ramène à l'analyse du transfert dans la cure analytique. Ces deux questions restent en partie inexplorées pour la psychose qui n'occupe pas la place qui lui revient dans la psychanalyse. Pourtant Freud reconnaît cette nécessité. Elle s'impose à lui pour des raisons qui sont multiples, et on peut comprendre ainsi son intérêt pour Breuer, Jung et Biswanger. Freud veut donner à la psychanalyse une assise internationale. Le Burghölzli lui offre cette possibilité d'établir une collaboration et une recherche dans un pays de langue allemande, à proximité de Vienne, et de ses élèves, avec la possibilité enfin d'y adresser certains patients. Se fut en particulier le cas avec Bellevue. On connaît le rôle déterminant de cette période dans

l'édification de la deuxième topique. La rupture avec Jung est vite consommée mais le dégagement vers la seconde topique est beaucoup plus progressif. A cet égard, le texte sur le narcissisme (1914) témoigne de l'intérêt pour des concepts qui concernent la psychose en même temps que s'esquissent d'autres voies vers la seconde topique.

Ces avancées et ces impasses théoriques se reproduiront avec Mélanie Klein, H. Rosenfeld, Winnicott, etc... mais c'est la question du transfert qui s'impose, qu'il apparaisse dans sa relation entre les hommes ou avec les patients. Je pense bien entendu à l'énigme de la relation avec Jung qui évoluera vers la rupture et l'isolement de celui-ci du courant analytique ; en opposition avec l'amitié entre Freud et Biswanger qui lui, jamais ne s'unira totalement ni même temporairement au mouvement psychanalytique. L'énigme reste aussi totale si on se penche sur le destin d'O. Gross, médecin patient et malade de Jung et Freud et de S. Spielrein, patiente, médecin avec le destin que l'on connaît et qui a été récemment remis sur le devant de la scène par plusieurs courants analytiques et dont Freud reconnaît la contribution à la reconnaissance de la pulsion de mort.

Avec le caractère violent, ambigu et flou de ces situations, fait retour l'imprévisibilité de la rencontre avec le psychotique et la massivité du transfert. Face à cette situation, la fuite qui ne veut pas pour autant dire l'abandon mais qui laisse le soin à d'autres modèles de répondre à la situation, ou bien la présence qui pose alors la question des outils à la fois théoriques et pratiques pour la soutenir. Du côté des patients, il en est de même. Dans une lettre d'Antonin Artaud à son analyste René Allendy, Antonin Artaud témoigne des bienfaits qu'il avait retirés de l'analyse mais affirme que « du plus profond de ma vie, je persiste à fuir la psychanalyse, je la fuirai toujours comme je fuirai toute tentative pour enserrer ma conscience dans...une organisation verbale quelconque ». Ce passage, cité par Jean Claude Rolland dans un texte présenté à l'Atelier du Lundi, sous le titre « Sorcellerie de l'image » pense qu'il faut aller au-delà d'une manifestation transférentielle de l'ambivalence mais défend que ce refus, cette haine de l'analyse traduit l'existence dans le psychisme de formations mentales qui, par leur nature même, résistent au courant transférentiel dont l'instance marque la frontière de ce qui rend justement possible l'analyse. Pour Jean Claude Rolland, il s'agit d'une frontière avec « une réserve sauvage » une nature primitive à partir de laquelle se fonde en s'opposant une civilisation nouvelle. Il conclut : « le refus du transfert ne serait donc



pas le négatif du travail analytique ; il en serait au contraire la source ». La relecture de ce passage comme proposition d'illustration de la violence du transfert, m'a également renvoyé à un ouvrage récent de JB Pontalis : « frère du précédent » dans lequel celui-ci nous dit sa difficulté à rendre compte à un niveau métapsychologique de la violence entre deux frères ; à la fois si proches, et si loin l'un de l'autre. Violences interpersonnelles, violences des processus intrapsychiques, se peut-il que ni le sujet ni le soignant ne soient capable de leur trouver un sens ou d'en rendre compte à un niveau topique dynamique et économique ? Cette difficulté est sans doute à rapprocher du pessimisme de Freud sur la valeur de la culture, de la civilisation, comme remparts à la violence de nos instincts et que l'on retrouve également dans la formule de Jean Claude Rolland : « la réserve sauvage » ou bien encore dans « le continent noir de Freud ».

Mais ce transfert sur la psychanalyse se retrouve également dans le transfert du profane. La théorie freudienne en a souffert mais en a également bénéficié. La psychiatrie y a participé, chacun d'entre nous entretient une relation plus ou moins secrète et inconsciente avec la psychanalyse, mais là on ne peut pas tout à fait parler de transfert profane. Le monde des arts, de la littérature dès les années 1900 a participé à ce mouvement. Parmi eux, S. Zweig prend sa place entre Jung et Binswanger et l'occupe de manière singulière. S. Zweig dans sa biographie passionnée de Freud *La guérison par l'esprit* nous fait la démonstration de la violence de ce transfert sur Freud mais également sur la psychanalyse lorsqu'il considère sur un même plan symbolique deux découvreurs émérites : Freud d'une part en ce qui concerne la psyché, et Wilhelm Roentgen qui s'efforce de vaincre les opacités du corps. Quelle puissance scopique attribuée à la psychanalyse ! Freud va souvent paraître encombré, gêné par cette admiration et cette idéalisation de la psychanalyse peu fréquente à cette époque à Vienne et à partir d'un mouvement profane. Pour Zweig la psychanalyse est la grande inspiratrice et à la fois son rapport au fondateur est très étroit et pour lui c'est la science qui bouleverse les temps modernes. Je le cite : « on le voit, dès que la science ouvre la moindre brèche dans le mur du mystère universel,

la fantaisie des poètes jaillit comme un gaz multicolore et anime la sphère nouvelle de formules et de faits vivants ; toujours, avec l'évolution de la psychologie, on assiste à l'éclosion d'une nouvelle littérature psychologique (à nos jours Freud en est un exemple) ».

Beaucoup de nouvelles de Zweig sont des analyses psychologiques et bien souvent celui-ci les soumet à Freud. Freud répond, corrige, critique mais se présente également comme un admirateur. Freud était de 25 ans l'aîné de Zweig. Il partageait de nombreux points de vue, notamment sur – notez l'ambiguïté de cette citation de Zweig – « combien est encore mince la couche de civilisation qui cache la violence de nos instincts sanguinaires, et comme une seule poussée de l'inconscient suffit à faire crouler tous les édifices audacieux de l'esprit et tous les temps de la morale ». Freud a certes de l'estime pour l'auteur et sans doute également de l'admiration, mais jamais il ne renonce à tenter de lui faire percevoir l'écart qui subsiste entre leurs perspectives et d'une manière plus générale entre la simple observation et le travail clinique. Il lui dit en 1925 : « il faudra que je vous dise un jour combien vous réussissez à tenir, avec la langue, quelque chose qu'à ma connaissance personne d'autre ne réalise. Vous savez rapprocher de si près l'expression de l'objet que les plus fins détails de celui-ci deviennent perceptibles, et que l'on croit saisir des relations et des qualités qui jusqu'à présent n'avaient absolument jamais été exprimées par le langage. Cela faisait longtemps que je me creusais la tête pour trouver un équivalent de votre façon de travailler ; finalement, il m'en est venu un hier, évoqué par la visite d'un ami épigraphiste et archéologue. C'est un procédé comparable à celui de prendre le calque d'une inscription sur une feuille de papier. On applique, c'est bien connu, une feuille de papier humide sur la pierre, et l'on contraint cette matière malléable à épouser les moindres creux de la surface portant l'inscription. Je ne sais si cette comparaison vous satisfera.

Mon admiration est d'autant plus grande qu'il n'existe pas, à proprement parler, de représentation exacte de ce que vous décrivez et que ce manque doit être combattu par l'utilisation des comparaisons les plus diverses en provenance d'autres domaines de l'expérience ».



Mais c'est en 1926 à propos de la lecture de l'ensemble du recueil des trois nouvelles : *24 heures de la vie d'une femme*, *la confusion des sentiments* et *la destruction d'un cœur*, que Freud est le plus incisif :

« Cher monsieur,  
Je souhaiterais presque ne jamais avoir connu personnellement le Dr Zweig et qu'il ne se fut jamais comporté d'une manière si aimable et avec tant d'égards envers moi car j'éprouve quelques inquiétudes aujourd'hui en me demandant si mon jugement n'est pas influencé par une sympathie personnelle. Si le même recueil de nouvelles, mais d'un auteur inconnu de moi, me tombait entre les mains, je n'hésiterais pas, à coup sûr, à dire que j'ai rencontré un artiste et une création de premier ordre.

Mais je crois véritablement que ces trois nouvelles – soyons plus sévères : que deux d'entre elles – sont des chefs d'œuvres. Je connaissais déjà la première, *24 heures de la vie d'une femme* et à l'époque, j'avais critiqué un quelconque détail que je ne suis pas parvenu à retrouver cette fois-ci. Elle avait tout particulièrement éveillé mon intérêt parce qu'elle acceptait une interprétation analytique, la réclamait même, et parce que j'avais pu me persuader, vous connaissant, que vous ne saviez rien de ce sens secret, tout en l'exprimant sous une forme extérieure parfaite. Vous n'allez probablement pas admettre une telle interprétation, elle vous sera peut-être même intolérable, mais je ne peux pas l'écarter, et elle m'est apparue cette fois entièrement confirmée. L'analyse nous fait supposer que la grande richesse, apparemment inépuisable, de situations et de problèmes traités par le poète, est réductible à un petit nombre de « motifs originels » qui, dans la plupart des cas, trouvent leur source dans des expériences refoulées de la vie psychique de l'enfant, de sorte que ces œuvres correspondent à des rééditions déguisées, embellies et sublimées des fantaisies enfantines. Ceci peut être facilement montré pour la première nouvelle. Que l'on désigne clairement le noyau inconscient, et cela paraîtra répugnant. Le motif est celui de la mère qui initie son fils aux rapports sexuels en s'offrant pour le sauver des dangers de l'onanisme, lesquels paraissent à l'enfant démesurés et mettant sa vie en péril »....  
« dans votre nouvelle, il est si clairement indiqué que le jeune joueur tient le rôle du fils qu'il est difficile de croire que vous n'avez pas suivi une intention consciente. Mais je sais que

ce n'est pas le cas et que vous n'avez pas fait travailler votre inconscient ». Enfin, comparant Zweig à Dostoïevski, Freud conclut : « votre type est celui de l'observateur, de celui qui écoute et lutte de manière bienveillante et avec tendresse, afin d'avancer dans la compréhension de l'inquiétante immensité. Vous n'êtes pas vous-même violent.

Au lieu de vous demander pardon pour ce petit morceau de vivisection, je vous remercie et vous salue cordialement.

S. Freud »

Malgré le caractère « profane » des échanges, S. Zweig mesurait bien en partie l'importance des enjeux et à la notion d'ambivalence de Freud il opposait celle du dualisme, révélant ainsi par intuition la complexité et la variété de la dynamique transférentielle.

C'est à cette question notamment en ce qu'elle concerne la psychose que l'Atelier du Lundi s'est attaqué.

### ***Une voie possible pour autoriser cette rencontre***

Depuis maintenant plus de 9 ans, nous sommes plus d'une douzaine, rassemblés dès le début par et autour de Jean Claude Rolland, sollicités parce que nous étions à la fois différents et complémentaires les uns des autres. Différents par la formation, l'âge et la fonction ; certains travaillant dans le public, d'autres exerçant dans le privé.

Les uns psychiatres, les autres psychologues, certains psychanalystes, d'autres pas, mais tous enthousiastes et animés par une même volonté de ne refuser aucun face à face, de ne fuir aucune situation clinique. Le modèle proposé mettait dès le départ sur le devant de la scène, l'élaboration d'un travail clinique dans un cadre de travail indifférent (cadre public ou privé, institutionnel ou en consultation, individuel ou en groupe...), complétée par une élaboration théorique, l'ensemble argumenté par un discutant, puis soumis à une large discussion de groupe.

Evidemment ce qui plut le plus d'emblée fut la possibilité de parler de cas difficiles ou de soins entrepris dans des cadres variés, parfois peu préparés à cette manière d'écouter et de répondre à la souffrance des patients ou à celle qu'elle suscite chez les soignants. On a aussi beaucoup assisté à la présentation de situations cliniques qui à l'extrême, engageaient le pronostic vital des patients ou exigeaient des mesures conservatoires.

Cette démarche impliquait d'accepter de se laisser guider par le travail que nous proposons vers de nouvelles constructions théoriques, constructions destinées à enrichir une théorie du soin. C'est une démarche qui se voulait fidèle à la manière dont Freud avait fait naître une première métapsychologie, qui répondait au besoin de rendre compte de la psychologie de l'inconscient par la prise en considération de ses trois points de vue topiques, dynamiques et économiques. Mais cela exigeait aussi de nous pour avoir une chance d'y parvenir une grande liberté dans les échanges à propos de la clinique.

Revenir à l'expérience clinique est toujours pour la pensée théorique une tâche rude. On court en effet aussi le risque d'aller contre la théorie et de devoir toujours faire un long

travail pour la compléter, la dépasser, alors qu'il serait si confortable de pouvoir toujours s'y référer. C'est également un travail difficile pour celui qui rend compte de son travail, qui s'oblige à dévoiler ses références explicites et implicites, parfois à son insu, un peu comme le patient que Freud amenait par la psychanalyse ; « à dire ce qu'il ne sait pas ».

Les Ateliers du Lundi étaient nés. Ils ont rassemblé plus de 150 participants sur des thèmes toujours dérivés de la « psychopathologie de la pratique quotidienne » ; pratiques de l'hôpital psychiatrique, pratiques des centres de consultations publics, des cabinets privés, celles des psychologues, psychiatres, psychanalystes, de bénévoles ou de profanes. Mais aussi des lieux d'urgence médicale et psychiatrique, de la prison, de lieux d'accueil médico-sociaux, etc.

Dans tous ces lieux, le soignant est confronté, quel que soit le niveau de son expérience et le type d'intervention qui est attendu de lui, à la réalité clinique ou institutionnelle mais surtout à l'étrangeté du fait psychique, à son obscurité et au sentiment d'être démuné. La mise en place de cet Atelier est donc aussi née de la nécessité de revenir après coup sur la pratique quotidienne, d'en repérer les difficultés, les énigmes et à partir de là non seulement d'éclairer différemment

cette pratique, mais surtout de la changer, et en définitive de promouvoir des soins psychiques dans des lieux ou pour des patients auxquels ils ne sont habituellement pas proposés. Nous nous sommes en fait aperçus que ces soins restaient une priorité pour bien des lieux de soins publics, mais que les contraintes actuelles aussi bien idéologiques que financières constituaient une menace pour ces soins. Les Ateliers, de ce point de vue, constituent un encouragement sinon une garantie.

À chaque réunion, il y en a 7 chaque année, chaque intervenant fait état d'une expérience, de l'élaboration d'une difficulté rencontrée au plus près de cette réalité clinique qui lie patients et soignants dans un groupe fait de souffrance et d'espoir. Chaque année les communications, les présentations structurées des discutants, la mémoire de la discussion, sont éditées au seul usage des participants pour des raisons de confidentialité.

Chaque année, ces travaux font l'objet d'une reprise et d'un approfondissement avec la participation d'un public élargi pour bien montrer notre volonté de témoigner, non seulement dans notre groupe professionnel mais aussi dans la cité.





Daniel Hector<sup>1</sup>, Paulette Baussan<sup>2</sup>,  
Robert Vigne<sup>3</sup>, Murielle Schmitt<sup>4</sup>,  
Dr André-Salomon Cohen<sup>5</sup>

## La singularité du CMP de Vaison la Romaine

### Présentation

*par Daniel Hector*

Nous avons, cette année, la chance d'accueillir le congrès de PsyCause à Vaison la Romaine. Le personnel du CMP a été mobilisé par l'organisation de cette rencontre. Nous inaugurons les interventions, c'est une responsabilité car nous allons donner le ton. Nous avons choisi, pour profiter de la parole qui nous est donnée, de vous entretenir de la singularité du CMP de Vaison la Romaine.

Cette intervention se fera à cinq voix :

Mademoiselle Paulette BAUSSAN communiquera sur « La porte ouverte ».

Monsieur Robert VIGNÉ continuera sur le thème de « Candide au CMP ».

Madame Murielle SCHMITT vous fera part de son expérience personnelle : « Du Nord au Sud ».

Le Docteur André Salomon COHEN conclura avec un texte qui s'intitule : « L'originalité de l'expérience de Vaison ».

Pour ma part je vais décliner mon intervention selon 3 axes : une succincte présentation du CMP, un questionnement sur le choix du thème : la singularité du CMP de Vaison la Romaine et enfin je terminerai mon exposé en abordant la singularité de la place qu'y occupent les patients.

Le CMP est une structure classique, bien connue des professionnels de la psychiatrie où interviennent infirmiers, psychologue, psychiatres, assistante sociale, secrétaire... somme toute, rien de très singulier... Mais où se cache donc notre originalité ?

1. Cadre de santé.

2. Psychologue.

3. Infirmier.

4. Infirmière.

5. Psychiatre des Hôpitaux.

CMP de Vaison la Romaine – Montfavet.

Notre spécificité réside dans la longévité du CMP, dans une histoire à laquelle je participe depuis 2 ans.

En effet le CMP a 27 ans. Même si le personnel s'est renouvelé, certains ont vécu son ouverture en 1979 et restent les témoins de l'évolution de cette structure. Souvenons nous pour certains d'entre-nous, essayons d'imaginer pour les autres, cette période durant laquelle nous avons quitté le cocon du centre psychothérapeutique départemental de Montfavet, et comment nous avons dû inventer alors nos nouvelles pratiques, comment nous avons développé de nouveaux savoir-faire.

Une autre spécificité du CMP est son implantation géographique en centre-ville, qui le rend facilement accessible. Mais quel sens aurait cette implantation au centre-ville si l'ouverture de la porte était contrôlée ; par exemple par un visiophone ? La porte, quoique vieille et un peu lourde, est ouverte et autorise les allers et venues. Nous sommes là pour accueillir la souffrance psychique et tout particulièrement celle liée à la psychose.

Jean OURY abordait. Je le cite

Je dis «liberté de circulation», cela veut dire que pour qu'il puisse y avoir liberté de circulation, l'espace est nécessaire... Avoir la liberté de marcher, c'est parfois avoir la liberté de rester sur place. Parce que la circulation, la déambulation ne se fait pas simplement avec ses pieds, cela peut être aussi dans la tête: une circulation, la liberté d'être tranquille. Je cite souvent quelqu'un d'important dans l'administration qui me disait, il y a quelques années : «Mais qu'est-ce qu'on peut faire pour vous ?» Je lui ai répondu : «Nous foutre la paix !» Bien sûr, je n'ai pas été bien vu, mais il n'empêche qu'il est très important d'être là, non pas dans une spontanéité au sens du spontanéisme le plus décadent, mais dans une structure qui permette que ça vaille le coup d'aller d'un point à un autre (OURY).

Comment avons-nous choisi ce thème : la singularité du CMP de Vaison ? Ne serait ce pas plutôt de la singularité des personnes dont il serait question ? En quoi ce C.M.P. est-il singulier ? L'est-il ? Et s'il l'est, pourquoi avons-nous le besoin, le désir de vous en parler ?

Au-delà de la singularité qui n'est peut-être, ou tout au moins en partie, qu'une illusion, celle nécessaire à un groupe pour pouvoir travailler, s'investir, s'impliquer, c'est tout simplement de notre pratique que nous souhaitons vous entretenir. Car cette pratique est menacée par de nouvelles organisations : l'hôpital 2007, la nouvelle gouvernance, la mise en place des pôles, les contrats d'objectifs et de moyens, autrement dit la carotte et le bâton. Ce ne sont plus les soignants qui décident des traitements, mais la raison économique. Est-ce vraiment raisonnable ? Nous avons le sentiment d'être entrés en résistance... Notre ennemi la technocratie, notre cause les patients.

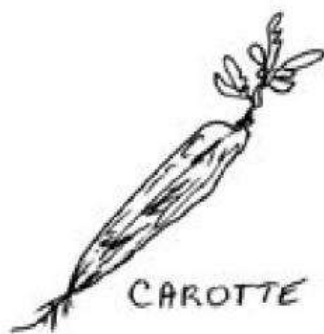
Quel mot ai-je écrit ? Résistance. Cela évoque une période sombre de notre histoire, notamment pour les malades mentaux qui ont payé un très lourd tribut : 40 % des malades mentaux hospitalisés moururent de faim et de misère

physiologique (Encyclopédie Universalis). Par association, d'autres mots arrivent à ma conscience : collaboration, clandestinité... La résistance est un chemin difficile et exigeant.



Notre singularité est caractérisée par notre histoire, par l'expérience acquise, par notre implantation dans la cité et enfin par la place qu'occupent les patients au sein du CMP. Je tiens à évoquer ici la salle d'attente qui n'a pas que cette fonction. Elle est aussi un lieu de rencontre entre les personnes. Lorsque nous réalisons la pauvreté des relations sociales des patients, nous comprenons aisément l'importance d'un tel lieu, dans lequel se nouent et se dénouent des liens. La salle d'attente est donc un lieu vivant, tout ce qui s'y passe ne nous regarde pas, mais en même temps nous en avons quelques retours. Bien sûr, c'est un lieu qui nous fait travailler, d'une part il nous amène toujours à réfléchir sur les relations entre les personnes qui viennent en consultation, d'autre part, c'est un lieu où beaucoup de choses nous échappent. C'est un lieu polémique, certains pensent que les patients qui n'ont pas de rendez-vous n'ont rien à y faire.

L'hôpital est sans tabac et pourtant certains continuent à y fumer. Certains sont dérangés, d'autre pas. Certains sont tolérants, d'autres sont exaspérés... Certains y sont exubé-



rants, d'autres passent inaperçus...

Le CMP reste un lieu vivant, un lieu d'accueil dans une société de plus en plus normative. Les personnels qui y travaillent, sont en première ligne pour soutenir cette idée : l'intégration des patients dans la cité.



## La porte ouverte

Par P. Baussan

Mon premier souvenir remonte au temps de ma formation de psychologue clinicienne à l'IPPMS de Montpellier. Le directeur était Robert LAFFONT (auteur du Vocabulaire de psychopédagogie de l'enfant) institut ouvert à la psychanalyse qui arrivait en direct aux étudiants par l'intermédiaire des enseignants en analyse chez LACAN. C'était dans les années 1970.

On parlait de DELIGNY et de ses autistes, de Saint Alban qui me paraissait loin de Montpellier. Lieu mythique pour des étudiants complètement ignorants de la psychiatrie.

Nous avions des cours à Font d'Aurette, avec Pierre MARTIN, psychanalyste, Jean-Louis FAURE (qui a participé au dictionnaire de psychanalyse de Jean LAPLANCHE et J. B. PONTALIS).

Ils nous parlaient du stade du miroir, de la forclusion, du nom du père, du point de capiton, de la psychose.

Il y avait la passion des enseignants pour la psychanalyse, mais aussi une image désespérante de la psychiatrie. À entendre ces beaux parleurs, vouloir s'intéresser aux malades mentaux, était plutôt saugrenu.

À chaque présentation de malades, je me disais : mais alors, à quoi sert de s'intéresser à des personnes catégorisées insoignables ?

Le pessimisme me désolait de la part de ces adultes chargés de former la jeunesse.

Peut-être que c'est là que s'origine ma révolte, une résistance à ne pas accepter la réalité du malade mental, une fois pour toute.

Puis il y a eu Mai 68 qui a fait apparaître du possible.

Passer le DESS n'était pas chose aisée. Il faut «soutenir un mémoire» sur la pratique de stagiaire. La psychologie clinique nous plonge au cœur du «sujet», mais il est évident que la psychopathologie nous conduit vers ce qui est «anormal».

Pour ce qui me concerne, le sujet normal, n'attire guère mon intérêt. Écouter des patients qui ont les mêmes problèmes que moi, n'aiguise pas ma curiosité. Ça me donne l'impression que c'est toujours la même histoire qui est racontée.

Je voulais travailler et être utile à des personnes «malades» mentales. Être confrontée à l'extrême de l'être humain

avec ces questions : pourquoi toute cette différence ? Qui est cet autre ?

Alors, le DESS en poche, me voilà partie à la recherche d'un travail, n'importe lequel pourvu que je travaille. J'étais prête à tout voir, à tout découvrir. Les places étaient rares...

En 1977, j'entre à Montfavet ; un poste était libre aux UMD. Tout exactement le contraire de ce que je cherchais ; un lieu ouvert, accueillant pour soigner des malades en souffrance. Quel idéal !

Après le pire des enfermements, une opportunité m'est offerte de participer à la création d'un dispensaire d'hygiène mentale.

Le 1<sup>er</sup> janvier 1979, nous nous installons, à Vaison la Romaine, une maison avec un jardin, pas de barreaux aux fenêtres, en pleine ville, loin de Montfavet, pas de porte fermée à clé. Mais, Est-ce raisonnable pour accueillir des malades mentaux ?

La phobie de l'agression du médecin chef nous poussait à nous enfermer à l'intérieur de peur de...

Il s'agissait d'ouvrir une structure hospitalière, de service public, à des usagers vivants dans la cité et pour cela, on nous demandait de fermer la porte...

Et c'est là que l'aventure du secteur commence !

«L'originalité» du travail s'est fondée depuis sa création sur la porte ouverte entre les spécialistes de la psychiatrie et ses usagers.

Depuis l'origine à nos jours on a constaté une multiplication des demandes, une diversification des services rendus. Une des caractéristiques fût le passage de la vocation perçue uniquement en post-cure des patients, à une vocation préventive, un début de suivi avant l'hospitalisation. Cela a eu pour résultat la mise en place de la véritable vocation du travail de secteur qui, avant tout, doit limiter le temps d'hospitalisation, ce qui est un avantage pour les patients, un gain pour la sécurité sociale.

Il s'agissait de lutter contre les déviations entraînées par de longues hospitalisations.

Donc, petit à petit, le nombre des consultations a augmenté, d'autant plus que le CMP s'est ouvert aussi aux usagers limitrophe du secteur 7 (la Drôme) et ce jusqu'en 2005, avec l'ouverture des CMP de Nyons et Pierrelatte.

Pour moi, la deuxième révolution fondatrice est l'ouverture aux psychothérapies individuelles des névrosés mais surtout des psychotiques.

Très rapidement, il apparaît que ce travail ne peut avoir lieu s'il est isolé, sans lien avec d'autres interventions. La multiplicité des liens permet de tisser la trame du soin, de nouer des points d'ancrage différenciés, en passant du suivi infirmier, à la consultation psychiatrique, sociale, médicale, psychothérapeutique formant des points de capiton auxquels va s'arrimer le patient pour mener sa vie de personne.

Cela est-il représentatif du travail de la psychothérapie institutionnelle ? Aurions nous fait comme Monsieur JOURDAIN, de la prose sans le savoir ?

Le recul aujourd'hui m'amène à conclure que le travail de secteur va plus loin que la psychothérapie institutionnelle, dans le sens où il est directement ouvert sur le dehors, et que l'objectif du soin, c'est avant tout un retour dans la société, alors que l'utilisation de la psychothérapie institutionnelle s'évertue à soigner les soignants pour soigner les patients et après, pour quels projets ?

Troisième ouverture : la parole donnée aux patients spécifiquement dans les réunions de travail avec les soignants. Il s'agit en quelque sorte d'utiliser la notion de «présentation de patients» pour articuler autour de la clinique, psychiatrique ou analytique, un projet de soin, un projet de vie.

Les néophytes ont souvent décrié cette manière de travailler, en y voyant peut-être une sorte d'indiscrétion ou en projetant leur propre difficulté à prendre la parole sur les patients pensant qu'ils vont être mal à l'aise. La plupart du temps, c'est le soignant qui ne sait pas comment articuler sa parole à celle de l'autre. Cette capacité à être en lien s'apprend, ça ne va pas de soi, sauf si on a envie.

Quand à la représentation de ce temps de soin, il illustre pour moi, la mise en œuvre de la dialectique entre deux parties (soignant – soignés) pour que quelque chose de l'autre «puisse exister chez les psychotiques».

Point d'articulation entre différentes paroles qui viennent faire point d'appui pour chacun, moment de rencontre exceptionnel ou quelque chose de la psychose se dit et vient faire écho chez le névrosé et nous mettre au travail de capitonnage.

Il suffit d'attraper le fil, de faire des points (de capiton bien sûr). Le travail de réparation peut commencer (ça fait étayage). Chacun dans sa tâche quotidienne, dans sa fonction singulière.

Par moment, nous avons besoin de nous en parler, parce que nous avons perdu le fil, et il y a toujours quelqu'un pour le retrouver : C'est la vertu de l'équipe pluridisciplinaire.

Voilà ma découverte du travail du secteur, le point où j'en suis de ma démarche personnelle.

C'est le constat d'un dispositif qui a fait la preuve d'effets positifs ; Et pour que ça marche, il faut du bon fil, de bonnes aiguilles, du petites mains, du cœur à l'ouvrage, de la patience, de l'observation, de la précision, de la rigueur, de la régularité, la répétition, la conscience de la tâche fondamentale à accomplir.

Si un point est raté, c'est tout l'ouvrage qui risque de se défaire. Il faut de la passion, pas celle qui est mortifère, mais celle qui sous tend le désir d'accomplir sa vie dans une aide à l'autre.

Si j'ai compris une chose, il me semble que c'est le fondement de ce qui a amené l'inspiration de la psychothérapie

institutionnelle, à savoir la subjectivité en opposition à l'objectivité, la neutralité

Ainsi d'années en années s'est tissée la trame de l'originalité du travail de l'équipe psychiatrique du CMP de Vaison la Romaine.

La recherche d'une identité à la fois fixée à des règles fondatrices, mais toujours en mouvement anime chaque membre de cette unité et en fait sa force, sa qualité de travail.

Quant à la question du désir, elle reste une affaire personnelle, c'est lui qui nous tient debout et contrairement aux formateurs de ma jeunesse, je voudrais le transmettre aux générations soignantes à venir et affirmer qu'il n'y a pas de désespérés, il n'y a que des situations pas suffisamment travaillées, élaborées. Il suffit, de s'y mettre, ne pas se laisser impressionner par la distinction entre la théorie et la pratique, ne pas laisser la parole uniquement à ceux qui veulent la monopoliser et en faire leur métier.

L'hôpital psychiatrique a été ma véritable école de formation, d'apprentissage, de la connaissance, de mon désir et d'aujourd'hui, j'adresse un merci à tous ceux que j'ai rencontrés tout au long de ma carrière et ont permis que je sois ce que je suis aujourd'hui, d'aller le plus loin possible dans ma quête de soignante.

## Candide au CMP Vaison

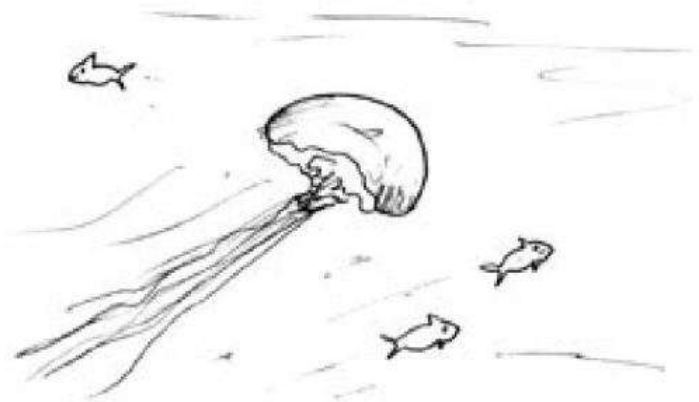
### Par R. Vigne

Voilà la vision subjective et forcément parcellaire d'un infirmier de secteur psychiatrique (30 ans d'âge !) mais depuis seulement quelques mois au C.M.P. de Vaison :

Pour moi, je situe la singularité de notre travail **au cœur de la relation avec les patients.**

Cette singularité s'est bâtie au fil du temps :

Du passage de l'asile aux premières expériences de secteur dans les années 70 puis enfin au travail en réseau.



### VISION BIOLOGISANTE DE LA PSYCHIATRIE DE SECTEUR

Elle s'est aussi bâtie à travers un travail personnel et grâce aux relations dynamiques avec les patients.

Elle s'est construite à l'inverse d'un savoir livresque dans chaque leçon que nous donne la vie, la notre et celle des patients, de leur maladie.

La souffrance et la demande du patient restent au centre du processus de soin infirmier.

Je trouve donc à Vaison la Romaine cette qualité relationnelle qui tend à disparaître au profit d'une gestion, certes plus rationnelle mais ô! combien écrasante pour les individus.

En l'espace d'une année ou deux voilà la psychiatrie institutionnelle submergée par une grosse vague sécuritaire. Les îlots où l'humain résiste deviennent de plus en plus rares.

Il est loin le temps où l'on proclamait « la liberté est thérapeutique ».

Restons donc singulier.

Et cette singularité là, inquantifiable, que vous partagez forcément avec vos patients est source de vie.

Et le travail d'infirmier psy, comme je le dis en résumé aux étudiants, est de vivre avec les patients et de par-là les faire vivre.

Serait-ce l'art du savoir-vivre ?



## Du Nord au Sud

*Par M. Schmitt*

A l'heure de l'hôpital entreprise, du tout sécuritaire, du tout technocratique, que devient le symptôme ?

A l'heure encore où le roman de Jules Romain (Dr Knock) redevient d'actualité (pour vendre des médicaments, inventons des maladies), il est plus que temps et nécessaire de nous questionner, de nous positionner de notre place de soignant.

Alors résistons ! Car résister c'est créer.

Cette réflexion me ramène tout naturellement en 1987, à l'hôpital psychiatrique de Brumath (en Alsace).

Me voilà donc, mon bac en poche, accepter un poste de TUC d'une durée de 6 mois dans une unité de P.I.V. (Psychose Infantile Vieillie), unité encore rattachée à l'inter-secteur de pédopsychiatrie du Dr CARRAZ alors médecin chef du service. J'apprenais que sa pratique s'inspirait depuis quelques années de la psychothérapie institutionnelle.

Rapidement, j'y ai rencontré Lucien, alors éduc spé, à qui je faisais part de mes difficultés à aborder ces personnes très atteintes dans leur physique et leur psychisme, et dont la rencontre me valut de faire de terribles cauchemars.

Lucien me conviait alors à des réunions hebdomadaires qui réunissaient quelques unes de ces personnes n'ayant pour seul moyen d'expression que leurs corps en mouvements... leurs cris..., leur souffrance.

Cette expérience aussi étrange et singulière, enrichissante sur un plan personnel a permis la rencontre, une mise en mots de leur histoire, ainsi que la fin de mes nuits tourmentées.

Je pouvais percevoir la dimension humaine et soignante. De plus, je commençais à m'inscrire dans un travail d'équipe, travail d'équipe sous tendu de la psychothérapie institutionnelle.

Puis vint le temps de passer mon diplôme d'infirmière psychiatrique, suivi de trois années en intra-hospitalier où je devais découvrir une façon différente de soigner. J'étais loin du temps où l'on pouvait penser le soin.

Insatisfaite de cette manière de prendre en charge la souffrance, je saisis l'occasion, quand celle-ci s'est présentée, de retourner à mes premiers «amours» dans le service du Dr CARRAZ, pour y rester une douzaine d'années.

Forte de cette expérience, j'appris que la psychothérapie institutionnelle ne devait pas s'apprendre mais se vivre au quotidien, au sein d'une équipe pluridisciplinaire perpétuellement en questionnement.

Un déménagement en 2001, une autre région, un autre lieu ; le CMP de VAISON la ROMAINE, mais une éthique

professionnelle dont les orientations étaient similaires à ma conception du soin : Je pouvais alors continuer à donner du sens à mon travail, à respecter mon engagement de soignante vis-à-vis de la personne en souffrance, vis-à-vis de ma façon de penser le soin et de participer à une réflexion d'équipe autour de la psychothérapie institutionnelle. Ce qui explique que nous avons provoqué notre déplacement à LA BORDE, au printemps dernier, ce haut lieu de la psychothérapie institutionnelle, d'où l'on sort grandi par cette expérience humaine et soignante.

Le CMP de Vaison, comme tous les CMP, est un lieu d'accueil, un lieu de consultations mais, c'est également un lieu de réflexions où la parole circule. Elle fait débat lors de réunions, quelquefois sereine, quelquefois tendue, elle se veut en tout cas, présente, accueillante du sujet, elle permet de donner sens. Sens au symptôme, sens à l'histoire, elle permet de donner du temps à la souffrance.

Le patient se retrouve sujet, acteur de sa propre vie, acteur du soin et acteur de théâtre (en référence à notre troupe de théâtre Elsa TRIOLET qui existe depuis 8 ans). A cette occasion, soignants, soignés se retrouve sur scène ; là, l'humour, la souffrance, le travail, le trac est partagé de tous. On ne parle plus de maladie.

Le fait d'être présente parmi vous, ce jour, me permet de continuer mon cheminement professionnel et personnel, je tiens à remercier tous ceux qui m'ont permis de ne pas m'égarer pendant toutes ces années.

## L'originalité de l'expérience de Vaison tient en 4 points :

*par le Dr Cohen*

1. Le Secteur (7<sup>e</sup> secteur de Vaucluse)
  - Installation du 1<sup>er</sup> CMP en 1979, de l'unité d'hospitalisation Le Soustet (géronto-psychiatrie) en 1990.
  - Une psychologue, Mlle Paulette BAUSSAN y travaille depuis 1979. Elle assure donc une certaine continuité en racontant l'histoire de l'expérience Vaisonnaise depuis ses débuts au sein des équipes de Vaison mais aussi du 7<sup>e</sup> secteur.
2. Quitter l'hôpital de Montfavet, recherche d'alternatives à l'hospitalisation : appartement communautaire, appartements personnels.
3. Le travail en équipe : pour l'illustrer nous avons tenu à honorer la séance en équipe.
4. Un retour à la psychothérapie institutionnelle depuis 2003. Le responsable médical des 2 UF (le CMP et le Soustet), est aussi président du Comité Hospitalier de Montfavet.



Anne d'Anjou<sup>1</sup>  
Jacques Rousset<sup>2</sup>  
Dominique Arnaud<sup>3</sup>

## 101 définitions de la thérapie institutionnelle

Mesdames, Messieurs, chers collègues,

L'hôpital public, la psychiatrie sont en profondes évolutions.

Là où les psychothérapies institutionnelles apparues en France dans l'immédiat après guerre, fondent-elles encore notre pratique ?

Sont-elles elles aussi en mutation ?

Comment vivent ou survivent-elles dans notre pratique hospitalière actuelle ?

Une question se pose : le secteur est-il menacé de disparition au profit de nouveaux « territoires de santé », centrés sur une mutualisation des réponses sanitaires aux besoins de la population ?

Le secteur est-il menacé du fait d'une nouvelle réforme, nouvelle gouvernance, nouvelle organisation de l'hôpital ?

Rappelons que les infirmiers de secteur psychiatriques ont vu en 1995, la fin de la délivrance de leur diplôme spécifique, et, qu'il semble de plus en plus, que la psychiatrie réaffirme son appartenance aux disciplines médicales et que les orientations actuelles de la politique de santé publique se font vers un retour à une forme d'hospitalocentrisme sous couvert d'ouverture.

À l'heure de ce qui est nommé « psychiatrie active », pour les tutelles, que devient le psychotique chronique ?

La psychiatrie publique qui de par son histoire et ses fondements était au cœur de la cité se déplace au carrefour du sanitaire et du social. L'accent est mis sur les situations d'urgence et la coopération avec les somaticiens dans de nouvelles prises en charge (douleur, soins palliatifs,...). Les soins de post-cure, la réinsertion s'orientent vers la recherche la plus efficace possible de structures dans lesquelles la réponse sanitaire s'efface devant la prise en charge sociale (FH, FO, MAS,...) moins coûteuses pour le comptable.

Enfin, l'ampleur des contraintes et impératifs administratifs, le manque de moyens en personnel qualifié et la diminution des budgets, souvent incriminés, sont-ils une autre menace pour les soins ?...Autre question...

### Qu'en est-il actuellement de l'engagement dans ces métiers du champ multiréférentiel de la psychiatrie ?

Madame Anne d'Anjou médecin assistant arrivée dans l'institution depuis peu et moi-même Jacques Rousset, infirmier de secteur psychiatrique cadre de santé, travaillant en psychiatrie depuis près de 30 ans, avions en 2003 confronté nos expériences et pratiques quotidiennes auprès des patients. Nous en sommes naturellement venus à nous questionner sur le sens que pouvait trouver la psychothérapie institutionnelle pour chacun d'entre nous : **quelles définitions en donner ? quelles réalités au quotidien ? Quelles évolutions ?**

Ces interrogations partagées nous ont conduit à lancer une invitation à l'écriture à nos collègues, c'est-à-dire à l'ensemble des personnels du 1<sup>er</sup> secteur de psychiatrie générale adulte du Vaucluse, service du Docteur Dominique Arnaud...

### L'objectif proposé était d'obtenir 101 définitions de la thérapie institutionnelle !

Le recueil et la réunion des différentes pratiques et des différents abords de la psychothérapie institutionnelle, par la mise en commun des définitions écrites par chacun, nous a permis de mettre en lumière la richesse et la diversité des expériences personnelles quotidiennes.

Dans un deuxième temps, il a été fait restitution de ces écrits et retour aux auteurs et acteurs de cette entreprise d'écriture collective.

C'est donc le compte rendu de ce travail, qui a fait l'objet d'une première présentation aux journées de l'AFREPSHA à Gap en octobre 2004, que nous allons vous exposer.

1. Médecin assistant

2. Infirmier, cadre de santé

3. Médecin Chef de Service

1<sup>er</sup> Secteur de psychiatrie Générale - Centre Hospitalier de Montfavet-84140.

## Un questionnaire pour carton d'invitation

Nous avons donc souhaité proposer à chacun un temps de réflexion à la fois personnel et collectif, sur ce qui fonde notre pratique quotidienne. Temps de liberté pour penser ou panser ses inquiétudes, pour compter et raconter ses espoirs, ses convictions. Un temps informel, pour informer l'autre, les autres, un temps de libre expression que chacun peut s'accorder sur son temps de travail, si compté, si surveillé aujourd'hui... et sur son lieu de travail.

Sans se soucier du protocole, pour inviter chacun au RISQUE de l'écriture, nous avons diffusé, par courrier interne un questionnaire à l'ensemble des personnels de notre service et de toute catégories confondues en ces termes :

« Proposez en quelques lignes votre définition de la thérapie institutionnelle, en utilisant la forme que vous souhaitez (littéraire, imagée, poétique,...) ... Il était précisé : Vous pouvez l'écrire à partir de votre expérience personnelle et relationnelle, avec un patient, un collègue, l'administration... »

Voilà, le rendez-vous était posé. L'anonymat préservé, nous demandions quelques renseignements qui nous ont semblé importants pour présentation des invités : profession, ancienneté, affectation.

Un texte de Pierre Delion<sup>1</sup> sur le sujet de la thérapie institutionnelle, ainsi qu'un texte sur l'histoire de la profession infirmière en psychiatrie<sup>2</sup> ont dans le même temps été adressés à chaque unité, comme une sorte de repères que nous souhaitions communs, certains diront sans doute que c'est également... non protocolaire.

Ainsi, 151 questionnaires ont été distribués dans notre secteur mais aussi dans 2 fédérations (Deligny et ergothérapie). Un mois plus tard, environ, 93 nous avaient été retournés, 60 collègues se sont attachés à écrire sur leur qualité personnelle les plus utiles à leur pratique et 30 d'entre eux proposaient une définition de la thérapie institutionnelle.

Une réunion de restitution a eu lieu quelques semaines plus tard, temps d'échange et de commentaires pour chaque participant.



1. Delion Pierre, *Thérapeutiques institutionnelles*, EMC-Psychiatrie, [http://www.ifrance.com/institutions/pages\\_textex/articles/Delion/Thérapeutiquesinstitution.htm](http://www.ifrance.com/institutions/pages_textex/articles/Delion/Thérapeutiquesinstitution.htm)

2. HISTOIRE DE LA PSYCHIATRIE INFIRMIERE, <http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/histoire.htm>

L'objectif n'était pas une analyse statistique, ni une interprétation des résultats, ce questionnaire semble avoir permis d'apporter ensemble quelques éléments personnels, pragmatiques à cette tentative d'écriture de définitions et de poursuivre ainsi une réflexion tant personnelle que collective sur la thérapie institutionnelle.

Nous vous proposons donc ici, dans l'esprit de ce questionnaire, de parcourir ensemble quelques définitions en nous arrêtant parfois aussi sur des références tirées de la littérature qui nous permettront d'établir un éventuel parallèle entre écrits pragmatiques et théoriques.

\* \* \*

## Les écrits, critiques criblés et cris d'espoirs

Interrogations écrites, critiques criblés et cris d'espoirs seront alors soulignés dans cette tentative de définitions au pluriel, à partir de nos pratiques actuelles, de la thérapie institutionnelle.

Les références et définitions des thérapies institutionnelles sont nombreuses dans la littérature, elles seront ici prises comme autant de repères possibles au cours du cheminement qui nous conduira d'une définition à une autre.

### CHAPITRE 1 – Thérapie institutionnelle : cadre de soins, espaces d'échanges et de rencontres...

Dans ce sens, un psychologue exerçant depuis 20 ans donne cette définition : « *Thérapie à l'intérieur et sous couvert d'une institution et de son cadre de soins (...)* »

Pour un ISP exerçant depuis plus de 20 ans, c'est la « *Mise à disposition, dans un cadre reconnu à l'exercice des supports de soins, de réponses adaptées aux souffrances de individus...* »

Pour un autre infirmier, également ISP « *La thérapie institutionnelle est la structuration et l'aménagement des équipes soignantes psychiatriques pour les rendre aptes à la pratique de psychothérapies quelles qu'elles soient. (...)* »

Un cadre de qualité, comme le précise un cadre supérieur : « *Quiconque dans l'institution entrera de la qualité recevra...* »

*Ces quelques mots figurent sur la charte qualité de l'hôpital, et je faisais partie du groupe qui avait pondu cette formule...*»

Citons encore un autre cadre supérieur : « *En intra-hospitalier : L'hospitalisation permet de séparer provisoirement le malade du milieu familial et social, en lui permettant de*

*vivre dans un nouveau milieu... de nouvelles relations ayant une valeur thérapeutique : La notion de soins est avant tout une notion de rencontre*»

Rappelons à ce sujet ce que Pierre Delion<sup>3</sup> écrit :

« *Aujourd'hui, les thérapeutiques institutionnelles démontrent, plus que jamais, le visage humain que la psychiatrie doit préserver en insistant sur les pratiques concrètes qui mettent le sujet, bien qu'il soit malade mental, au centre de sa "guérison".* »

En effet, « *C'est un espace d'échange où tout acte simple de la vie quotidienne peut devenir une médiation à la relation, devenir un soin* », écrit un infirmier IDE depuis moins de 5 ans.

Un « *Accompagnement au quotidien du patient psychotique dans sa souffrance psychique et son autonomisation* » comme le définit un autre IDE.

Ce qu'un autre infirmier ISP, exerçant depuis plus de vingt ans, écrit encore ainsi : « *Organisation pluridisciplinaire et institutionnelle qui, par la conception de supports, permet la rencontre avec le patient et lui permet de travailler sa problématique.* »

### CHAPITRE 2 – Thérapie institutionnelle : continuité dans le temps, l'espace, secteur et pluridisciplinarité

Dans ce sens, un infirmier exerçant depuis 20 ans nous dit « *Je décrirais la thérapie institutionnelle comme un faisceau d'éléments entrant dans la prise en charge d'un patient en milieu hospitalier : le personnel soignant ainsi que le cadre institutionnel de l'unité d'accueil (...)* »

Un « faisceau d'éléments », qui n'est pas anodin, selon Monsieur Delion<sup>4</sup>, « *nous retrouvons là tout ce qui fait la particularité de la psychothérapie institutionnelle, à savoir l'accueil d'un patient en souffrance psychopathologique pour tenter de le soigner, quels que soient ses symptômes, sa culture, ses croyances, son appartenance, et surtout sans d'abord penser à qui adresser ce patient dont on est pas justement le spécialiste* ».

Un médecin depuis 5 ans précise : « *La thérapie institutionnelle... se déroule dans un cadre défini de manière non exhaustive par les lois, les murs, la gestion administrative, l'organisation de diverses compétences professionnelles intervenant pour permettre à cette thérapie un fonctionnement tant hospitalier qu'extra-hospitalier.* »

L'institution ne s'arrête pas aux murs de l'hôpital, ainsi, Pierre Delion<sup>5</sup> définit « *la psychiatrie de secteur comme condition de possibilité d'exercice de la psychiatrie tandis que la psychothérapie institutionnelle est la méthode organisatrice* ».

3. Delion Pierre, op cité.

4. Delion Pierre, op cité.

5. Delion Pierre, op cité.

Ainsi, un aide soignant note que « (...) pour que l'on parle vraiment de "thérapie", il faut mettre en valeur, notre capacité de travail en réseau (long cours). »

Le travail se fait en continuité dans le temps, comme le souligne Pierre Delion<sup>6</sup>, « le patient peut compter sur nous dans la durée, sans pour autant prétendre à être les seuls capable de le faire, bien au contraire, les articulations nombreuses avec tous les partenaires du patient, chacun avec sa spécificité, sont une des avancées que les thérapeutiques institutionnelles ont théorisées et permises ».

Pour un infirmier DE depuis plus de 5 ans, la thérapie institutionnelle est un « cadre thérapeutique instauré par l'équipe soignante pouvant s'appliquer sur les structures intra et extra hospitalières.

La thérapie institutionnelle permet d'impliquer le patient dans son projet de vie. »

Se construit ainsi également tout un travail de prévention :

Pour un autre infirmier, également IDE, « (...) le but étant de recentrer cette personne sur elle-même et de lui faire prendre conscience de ses troubles afin qu'ultérieurement elle perçoive les podromes de sa pathologie. »

Or relève Pierre Delion<sup>7</sup> : « La prévention fait authentiquement partie de la pratique renouvelée au service des patients...Il est apparu que l'importance de prendre des relais dans la cité était un des aspects fondamentaux d'une prévention bien comprise. »

« La thérapie institutionnelle : vaste sujet » lance un infirmier... il poursuit :

« Soigner en institution tout en ayant à l'esprit l'histoire et le devenir du patient et de tout ce qui pourrait contribuer à l'allègement des soins dans notre société.

Société se présentant plus précaire que tolérante vis-à-vis des soins psychiatriques. »

Mais, « La thérapie institutionnelle ne doit pas oublier que le patient a son propre environnement, son vécu familial, social et culturel » affirme un infirmier exerçant depuis 5 à 10 ans.

### **CHAPITRE 3 – Thérapie institutionnelle : soins, transfert, énoncé informatif, énoncé administratif**

« La thérapie institutionnelle, n'est pas une demoiselle. Sans elle, ce serait le « fourbi »... nous crie un ISP

Le malade mental présente en effet une double aliénation : mentale et sociale, mais la priorité reste donnée aux soins. Ainsi, pour Pierre Delion, il faut « savoir articuler au plus près de sa problématique personnelle les moyens de travailler son aliénation psychopathologique par les approches

psychothérapeutiques et ceux de son aliénation sociale par les approches institutionnelles (liens avec les systèmes hiérarchiques, administratifs par exemple). »<sup>8</sup>

Nous pourrions revenir sur la notion de « constellation transferentielle » de Tosquelles<sup>9</sup> ou de « champ transférentiel » de Resnik<sup>10</sup>, au sein duquel oeuvrent différentes forces. Il existe des « influences directes et indirectes » entre « les objets constitutifs d'un champ ». Ainsi, le fait d'être en lien indirect avec le patient n'exclut pas de faire partie intégrante de l'institution et de sa fonction thérapeutique.

Le système d'organisation hiérarchique, administratif semble tenir une place importante pour un cadre de santé, en un schéma, il nous en dresse le portrait :

- «1. lieu de travail
2. cadre de service
3. enveloppe institutionnelle - le CHM
4. la région, l'ARH
5. le ministère de la santé, etc... »

Un trait qui devient presque menaçant, sous la plume d'un infirmier depuis plus de vingt ans :

« Administration toute puissante  
Economie, économie  
Médical  
Economie, économie  
Camisole chimique) faire disparaître le symptôme sous couvert de soulager les angoisses  
+ thérapie flash) (...)  
LE TOUT BIEN BETONNÉ sous une chape de protocoles.  
Mais à travers les failles repousse le chiendent (...). »

Ce qui provoque un certain nombre d'inquiétudes, notées par un infirmier :

« Thérapie institutionnelle/institution : mots clés

- soutien
- aide
- accompagnement
- normalisation - formatage - rejet de l'anormal
- dépendance
- transmission du savoir - expérience professionnelle
- déperdition du savoir »

La première des inquiétudes peut-être ainsi soulevée est la lutte contre le rejet d'une société qui ne serait que trop rassurée par la « normalité », c'est une sorte de chaînon tenant lieu et place du chaînon manquant entre le sujet et les autres. Deleuze donnait cette définition : « Les institutions sont des systèmes organisés de moyens destinés à satisfaire des tendances, médiations entre l'individu et la société »... « c'est précisément pour régler cet échange entre la demande du sujet et la réponse que lui apporte le groupe que va se placer l'institution »<sup>11</sup>

6. Ibid.

7. Ibid.

8. Ibid.

9. Tosquelles F., Actualité de la psychothérapie institutionnelle, cité par Delion P. in « Thérapeutiques Institutionnelles », op cité.

10. Resnik S., Temps des glaciations, Erès, Ramonville, 1999, p28, cité par Delion Pierre, ibid

11. Michaud G., La Borde, un pari nécessaire ; de la notion d'information à la psychiatrie institutionnelle, Gauthiers-Villars, Interférences, Paris,1977, P31.



#### CHAPITRE 4 – Thérapies institutionnelles : transmission du savoir, expériences professionnelles, engagements, humanité :

« Ne pas perdre toutes nos valeurs de soignants » revendique un aide soignant avant de préciser : « Travailler en collaboration avec toute l'équipe pluridisciplinaire, en nous laissant les moyens et le temps. »

Un savoir et une pratique fondés sur l'humain, comme le souligne un infirmier depuis plus de vingt ans :

« Avant toutes thérapies institutionnelles, il faudrait parler de la dimension humaine de la fonction d'infirmier (absence totale actuellement : robots manipulant des colis !!).

La psychiatrie n'étant pas une science exacte, nous en apprenons jusqu'à la fin de notre carrière. »

Transmission et expérience acquise vont souvent de pair. Les courbes démographiques annoncent le départ des infirmiers les plus expérimentés souvent ISP, et l'arrivée de nouvelles générations d'infirmiers... Les médecins, quant à eux n'ont également plus la même formation qu'auparavant.

Si l'on conjugue cela aux évolutions actuelles du système de soins, en particulier psychiatrique, doit-on se laisser gagner par le pessimisme ?

Voici la définition proposée par un médecin exerçant depuis plus de 10 ans : « Une thérapie qui se fonde sur la dimension institutionnelle des soins c'est-à-dire sur les liens que les

hommes établissent entre eux, leur communication, leurs capacités de changement, l'institution représente ce qui a été institué et ce qui va être modifié.(...)»

C'est une rencontre, comme le souligne une psychologue depuis 20 ans :

« La thérapie institutionnelle doit favoriser l'échange, la rencontre avec ce qui est différent, et mettre en scène tout ce qui favorise le dire, la parole.

Toutes ces activités étant prises comme support à un ailleurs, à un geste retrouvé, à une rencontre avec. »

La relation soignant-soigné met en jeu des qualités personnelles, intersubjectives : « Les rencontres entre un sujet malade et les soignants qui l'accueillent dans un service de psychiatrie ne peut passer que par un premier niveau, celui du sujet, dont la fonction peut être soignante puisqu'il en a le statut et donc le rôle » affirme Pierre Delion<sup>12</sup>.

La relation soignant-soigné est une rencontre intersubjective qui a pour cadre l'institution.

Ce travail humain auprès des patients est un soin qui a ses exigences, pour un aide soignant, il s'agit de « ne jamais oublier que la personne soignée est une "personne" qui a un passé, sûrement un futur et qui attend du soigneur une solution à ses problèmes ».

C'est un soin centré sur le sujet : « Le groupe psychiatrique devra donc en premier lieu intégrer cet homme non intégra-

12. Delion Pierre, op cité, p 21.

ble, et ceci, non en lui présentant un cadre tout fait dans lequel il doit se perdre, mais au contraire en modifiant les cadres antérieurs, à la mesure de sa personne. » note Mme G. Michaud<sup>13</sup>.

Bref, « un peu d'humanité, de temps et de compétence (...) » écrit un cadre de santé.

Car, nous comme nous l'affirme un médecin depuis plus de vingt ans : « *Le plus important de la thérapie institutionnelle repose sur ce qui n'appartient pas à l'institution.* »

Et, en quelques lignes de poésie, voici une autre définition donnée par un infirmier DE :

« *Être présent, favoriser l'écoute  
Constitue sans aucun doute  
L'essentiel de notre démarche  
Sans quoi rien ne marche (...)* »

Allez, de l'optimisme :

« *Une philosophie de soins alliant "thérapie" et "institution" ne peut être qu'un chemin menant à la lumière...* », encourage un cadre de santé exerçant depuis plus de 10 ans.

\* \* \*

Répondre à ce questionnaire a correspondu à un libre choix.

C'est un temps que chacun s'est donné au cours de son « temps de travail ».

C'est un moment de réflexion personnelle, faisant face aux contraintes administratives et aux manques de moyens souvent incriminés dans le risque d'entraîner un travail quotidien, trop répétitif et protocolisé, vers une chronicisation.

Tout au contraire, la liberté d'écriture dans le quotidien des personnels de toutes qualifications, nous a permis de réunir ici, des définitions non pas une, mais multiples et riches de leurs diversités.

La mise en commun des réponses à ce questionnaire correspond à un travail inter, multi-disciplinaire et pour être bien dans l'air du temps qui s'inscrit dans la transversalité. Elle permet aussi un cumul des différentes expériences acquises.

Ainsi, au risque de l'écriture, au fil des définitions, semble s'établir une continuité entre ce qui a fait et ce qui continue de fonder la thérapie institutionnelle : un travail avant tout humain.

Si la psychose porte en elle-même le processus de la chronicité, l'institution permet par un travail sur le temps humain, temps des soignés et des soignants d'établir des passerelles entre l'institution et la cité.

La thérapie institutionnelle, qui semble désormais étendre son champs d'action bien au delà de la psychose invite et engage à un travail sur la tolérance et la différence, des soignés et des soignants, dont l'aboutissement est d'éviter d'exclure les exclus et ainsi de proposer des soins centrés sur les besoins de chaque patient.

Toutes ces définitions, tant passées que présentes nous montrent également que le sens de la thérapie institutionnelle traverse le temps, qu'elle vie et évolue, portée par tous ces acteurs soignants et patients.

Elle garde toute capacité à s'adapter.

Elle se transmet, s'actualise dans son essence, sans protocole.

Elle se partage, d'une génération à l'autre, d'une catégorie professionnelle à une autre, d'un lieu à un autre.

Quant aux légitimes inquiétudes écrites face au carcan économique imposé et aux logiques des enveloppes budgétaires, citons pour terminer une nouvelle fois Delion qui à ce sujet dit :

« *...les considérations économiques déjà évoquées laissent planer une ombre sur la possibilité de continuer à développer cette méthodologie très astreignante en quantité et exigeante en qualité de travail et consommatrice de beaucoup de personnel soignant, eu égard aux moyens actuellement disponibles. Mais comme ses fondateurs nous l'ont montré et appris, la résistance aux différentes adversités est toujours possible...* »

Mesdames, Messieurs, chers collègues nous vous remercions de votre écoute et pour conclure, citons une dernière fois Tosquelles :

« *Je reste convaincu que tant qu'il y a des hommes à la surface du monde, quelque chose de leur démarche reste acquis, se transmet, disparaît parfois, mais ressurgit quoi qu'il en soit de catastrophes mortifères qui nous assaillent souvent. Comme on le sait, cette résurgence prend le plus souvent des formes nouvelles qui s'actualisent entre nous dans les jeux du transfert.* »<sup>14</sup>

Merci de votre attention.

13. Michaud G., op cité, p 31.

14. Tosquelles F., Biographie d'un psychiste, Pédagogie et psychothérapie institutionnelle, Hiatus, 1984, p216, cité par Delion, op cité.



Pierre Evrard

## La psychothérapie institutionnelle : Pourquoi ses principes sont toujours de première nécessité

L'évocation de la P.I. suscite des réactions contradictoires :

- c'est dépassé,
- c'est une histoire d'anciens combattants,
- ça maintient les malades dans des asiles ou des « néo-sociétés ». Il faut au contraire « désinstitutionnaliser » !

À l'inverse – l'enquête de J. Rousset et A. d'Anjou en témoigne – la P.I. évoque la spécificité de « qualités » personnelles et collectives : l'écoute, l'échange, la rencontre, la transmission, l'expérience, le souci de la vie quotidienne, la structuration des équipes soignantes, l'accompagnement, l'attention, la créativité....

...jusqu'aux 101 définitions de la P.I. qui concourent à donner à la psychiatrie un visage humain, à combattre les tendances à la robotisation, à penser la qualité de l'accueil et l'importance des liens.

Ce qui serait pour les uns la prise en compte de l'« humain » serait pour les autres une vieille lune dépassée.

A quoi tient un tel divorce ?

C'est peut-être le même divorce que celui qu'on observe entre les doctrines et les pratiques.

Ecoute, disponibilité, accueil permanent etc qui peut soutenir cela sans inconstance ?

Cela nécessite bien entendu une certaine ambiance, une couleur particulière du milieu, un certain mode d'investissement du « travail ». On sait que « qualités personnelles » ne suffisent pas. Il faut bien que soit effectué un travail collectif d'analyse de tous les blocages, empêchements, évitements, assujettissements. Le milieu doit être travaillé suffisamment pour qu'une éthique des soins soit à l'œuvre.

Nous appelons ça analyse institutionnelle parce que nous insistons sur la surdité plus ou moins inconsciente ou délibérée de ceux qui ne veulent ou ne peuvent pas entendre ce que veut dire le **concept d' institution**.

Déjà que la plupart du temps, comme le répétait inlassablement Tosquelles, on confond institution et établissement,

« je travaille hors institution » ou « je travaille dans l'institution » entend-on couramment.

Or l'institution n'est pas seulement un donné, un système de règles qui serait un objet extérieur à nous.

C'est aussi un acte, c'est l'**action d'instituer**.

Dans un groupe social chacun institue, soit en reproduisant des rapports sociaux, soit en en produisant des nouveaux. Ferdinand de SAUSSURE définissait la langue comme une institution. La langue, ses règles de grammaire sont certes un donné dans lequel un sujet humain doit s'installer. Il se fait instituant en parlant, son acte d'énonciation est reproducteur et producteur.

Nul doute que soigner un psychotique est de lui permettre d'instituer de nouveaux rapports sociaux et de favoriser son énonciation.

Nous savons aussi que producteur et reproducteur d'institution, l'homme est **asservi** par son produit. Il est aussi le produit de son produit.

La multiplicité des appartenances et des références conditionne l'institution, au sens actif, du sujet humain en tant que personne.

Dans son rapport aux autres et aux choses, chacun est le siège de processus d'individuation, de singularisation, ses actes, ses pensées, ses émotions en témoignent.

Cette tension vers un **devenir** semble en panne chez beaucoup de ceux que l'on est amené à soigner. La compulsion de répétition, le temps figé du schizophrène, les ruminations du déprimé, l'absence de perspectives vivables pour beaucoup nous interpellent. Comment répond-on ?

Que mettre en place pour aider à relancer cette dynamique de repersonnalisation ?

Tant mieux si pour certains un « bon médicament » s'avère presque

Mais les autres ?

Mais tous ceux qui nous arrivent dans le service public et que nous n'avons pas préalablement sélectionnés ?

Les institutions furent longtemps subsumées par l'État.

Cornelius CASTORIADIS en parlant des forces d'union et de tension dans la société, affirmait que ce qui est symbolique dans l'institution c'est le fait de représenter dans un secteur particulier de la pratique sociale le sens du système

social tout entier. Ce qui évoque bien sur une logique fractale.

Les choses se sont compliquées. Si on avait tous un petit «état» dans la tête il a tendance à être remplacé par un conseil d'administration ou un manager de groupe financier mondial. D'où le «chacun pour soi» qui n'est guère propice à des démarches collectives. D'où peut être la réticence et la résistance à l'analyse des institutions qui nous traversent.

Étant bien rappelé qu'invoquer la psychothérapie institutionnelle ne veut pas dire faire de la psychothérapie « dans un établissement psychiatrique », il faut insister sur le fait qu'il s'agit d'un travail sur la multitude des institutions qui président aux échanges interhumains. Ce n'est que par la médiation de ces institutions que l'on travaille.

C'est en instituant un espace du dire que FREUD a été génial. Il a donné la parole aux hystériques sans leur faire reproche de se tromper ou de simuler. Il fallait pour cela accepter l'idée qu'elles avaient de bonnes raisons – inconscientes- d'offrir de tels symptômes.

De même il s'agit en psychiatrie de favoriser les capacités instituant des patients sans l'activisme de vouloir pour eux une adaptation forcée.

Ce sont du reste les ratages de cette adaptation forcée qui produisent tant « d'inadaptés ».

Ce sur quoi insiste toujours OURY, c'est de bien distinguer ce qu'il en est de l'aliénation psychotique et ce qui revient à l'aliénation sociale. Ce qui permet d'opérer cette distinction s'appelle **Analyse institutionnelle**.

C'est d'autant moins dépassé comme démarche que la clinique de nos patients se transforme.

Hystérie ? ou psychose ? La question se pose de plus en plus souvent. À coup sûr dans ces cas là, BERGERET, à qui on présentait des malades au Vinatier aurait répondu État limite ! D'autant plus qu'on ne voit presque plus de tableau clinique franc : accès maniaque, bouffée délirante, tentative de suicide... sans l'appoint d'un usage de diverses drogues hallucinogènes.

La société devient confuse, les structures de personnalité aussi. Il n'est pas étonnant qu'on nous refile le DSM pour nous contenter de collecter des symptômes, ou plutôt des « troubles ».

\* \* \*

Pour revenir à cette P.I. prétendue dépassée, je remonterais à un précurseur éminent, qui a tant inspiré TOSQUELLES et BALVET :

Hermann SIMON qui publia en 1929, au temps de la République de Weimar, « une thérapeutique plus active dans les hôpitaux psychiatriques ».



Les trois maux contre lesquels il a cherché à lutter étaient :

- l'agitation
- la passivité
- l'irresponsabilité des malades

La P.I. est née de l'articulation de ces trois préoccupations.

Ne soyons pas captifs des conditions concrètement atroces des hôpitaux psychiatriques de l'époque et posons nous seulement la question :

Ces trois soucis :

- conduites d'agitation et de violence
- conduites de passivité et d'inertie
- préjugé d'irresponsabilité et son corrélat de surveillance tutélaire.

ne sont ils pas au cœur de notre pratique, non seulement dans « l'établissement » mais partout dans le « secteur » ?

Ne sont ce pas les principes de la P.I. qui peuvent nous guider pour traiter l'ambiance, intervenir sur le milieu, responsabiliser.

Que ce soit dans une famille, un quartier de ville, une école, ou un hôpital, celui qui est désigné comme malade n'a-t-il pas le plus souvent à faire à une « ambiance défavorable » qui aggrave son état ?

Il existe toute une pathologie réactionnelle au milieu qui est à prendre en compte et à distinguer d'un processus pathologique endogène. Tout ce que J. OURY appelle pathoplastie.

Bien sûr que le patient souvent s'y prête – mais que de travail pour qu'il ait accès à ça !!

Les soignants eux-mêmes ne sont pas à l'abri de la paranoïa institutionnelle commune. Nous savons tous la consistance que peut prendre l'imaginaire, les contagions d'inhibition, les manifestations de persécutions.

Les principes de la P.I. sont des outils. Il n'y a pas de modèle à reproduire. Il ne s'agit pas de faire des petits LABORDE partout ! – bien que pour beaucoup de schizophrènes ce ne serait pas si mal.

Faire appel à ces outils est bien utile quand on constate les tendances actuelles :

- Il devient quasi impossible de constituer des équipes pouvant former un collectif. Les infirmiers (ères) sont affectées dans les services, juxtaposés les uns aux autres, interchangeables, leurs horaires sont homogénéisés, elles/ils sont pris dans une hiérarchie subsumée par une logique administrative.
  - Les patients aussi sont considérés comme des entités juxtaposées. On se méfie à priori de leurs interrelations. S'ils font groupe c'est une menace. Leur participation à la fonction soignante (qu'il importe de distinguer du statut de soignant) n'est guère envisagée.
  - La continuité des soins en tant que permanence de liens tissés est de moins en moins respectée.
  - La défaillance d'une disponibilité à un accueil permanent entraîne un afflux des patients aux urgences de l'hôpital général.
  - Il est très difficile de faire admettre l'idée qu'un certain nombre de manifestations pathologiques sont réactionnelles aux effets du milieu. Les débordements de comportement sont rapidement « sédatisés » ?, les états de crise transformés en urgence. L'enfermement, l'isolement, le recours aux entraves sont des pratiques de plus en plus courantes. Alors que la contrainte devrait être l'exception c'est la liberté qui redevient exceptionnelle.
- « L'open door » date du 19<sup>e</sup> siècle. Hermann SIMON s'y réfère. BONNAFE dénonçait l'internement comme une conduite primitive.

Bien sûr qu'il faut y avoir recours parfois ; sûrement pas dans les proportions actuelles. Quand l'hospitalisation et sa fonction contenante est nécessaire, il faut travailler le milieu pour prévenir les conduites réactionnelles. Prendre soin aussi de distinguer passage à l'acte et acting out.

Pourquoi dans tant de services on laisse enfermés des patients sans autre perspective que déambuler dans le service en attendant les repas. Il ne s'agit pas de les « occuper » mais de leur offrir la possibilité de s'inscrire dans une activité médiatrice. Cela dès leur entrée.

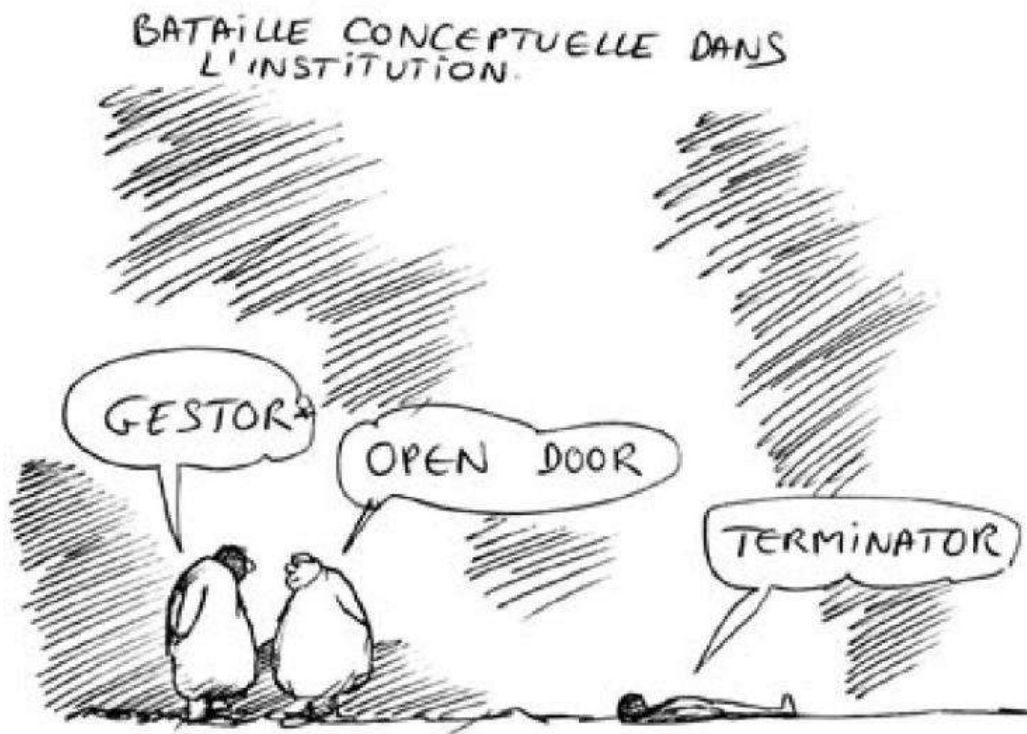
Chez le patient en apparence le plus incapable, le plus irresponsable, il y a toujours des ressources latentes, pour peu que le milieu favorise leur éclosion.

Pour tout cela il faut certes des moyens humains. Il faut aussi et surtout qu'un nombre suffisant soit convaincu par ces principes, que le désir d'y travailler soit là, qu'on se sente le droit de critiquer ses propres désengagements, ses propres assujettissements et de partager vraiment ses questionnements avec d'autres.

Une part de ces questions est à partager aussi avec les patients, qui ne sont pas des adversaires mais des compagnons de rencontre et de route.

Dans les réunions ou les entretiens avec les patients se mêlent des questions de vie quotidienne autant que philosophiques.

Il s'agit après tout des grandes et petites questions de l'existence. Pas seulement d'un équilibre incertain des amines cérébrales.



\* GESTOR : LOGICIEL DE GESTION DU PERSONNEL SOIGNANT



Pierre Chabrand

## Psychothérapie institutionnelle – Contrepoint

### Introduction

Le projet de cette communication est né de l'écoute du discours sur ce même thème prononcé par le docteur Pierre Evrard à Assouan en février 2005. Le contraste saisissant entre l'exotisme du contexte et ce qui m'est apparu du caractère à la fois très hexagonal et très fixe de ce discours m'a fait réagir de façon contestataire et c'est Pierre Evrard qui m'a alors suggéré de formaliser mon désaccord.

Encore faut-il qu'il soit clair d'emblée que celui-ci, qui concerne au fond soit le style, soit les références, soit des adaptations techniques, ne m'engage en aucune façon dans l'approbation de l'évolution calamiteuse vers laquelle s'oriente la psychiatrie depuis 20 ans. Je renvoie sur ce point à mon modeste article paru dans « psychologie médicale » concernant l'évaluation en psychiatrie mais je recommande surtout de relire « la ferme des animaux » d'Orwell car vous y retrouverez des personnages dont la fréquentation vous est familière, dans notre institution bureaucratisée où le formalisme vient suppléer l'absence de projet de soin. Car je continue de penser que la seule finalité de l'institution hospitalière est de soigner et que, au delà des soins précisément individualisés, c'est l'ambiance du service qui participe, éventuellement, aux soins. Et qu'il appartient donc évidemment aux soignants d'essayer d'orienter cette « ambiance » – je ne trouve pas de terme plus précis – de façon volontariste, dans une direction qui permette, qui facilite aussi, le changement chez le patient.

Ce n'est pas en psychiatrie que j'ai trouvé le service modèle dans cette voie mais en médecine dite « somatique », celui de Mlle Schmouker au Grau du Roi. Il s'agissait d'un service de moyen séjour s'occupant de maladies métaboliques et de nutrition. Les résultats remarquables étaient certes un indice de qualité mais celle-ci se percevait dès qu'on avait passé la porte. René Padelon y a fait son mémoire de psychiatrie sur la prise en charge des obèses. On peut penser que c'était le charisme de Mlle Schmouker qui déteignait sur l'ensemble

du service, mais c'est le problème de l'œuf et de la poule. Dans tous les cas ses références étaient radicalement différentes des nôtres mais cela ne nous empêchait pas d'admirer sans réserve ce qu'elle avait créé. Ce qui oblige à mettre un gros bémol sur ce qui va suivre. En même temps cela ne nous empêchera pas de réfléchir avec les outils qui sont les nôtres. Mais Mlle Schmouker nous permettra peut-être de ne pas nous prendre trop au sérieux ni de prendre nos désaccords au tragique.

Ils sont en fait liés à notre histoire personnelle. Interne à partir de 1964 dans un hôpital qui, pour l'époque, était avant gardiste. Dirigé par le docteur Maurice Desponoy, dont j'étais l'interne, il était entièrement sectorisé dès son ouverture en 1962.

Despinoy avait travaillé à Saint Alban à la grande époque, puis il avait dirigé Colson pendant sept ans. Peu expansif, très réflexif, avare de ses propos, de haute taille « oune grande schizo-phrène » disait de lui Tosquellas, il était volontiers critique, non par agressivité mais parce qu'il ne pouvait s'empêcher d'évaluer tous les aspects d'un problème, s'interdisant de fait l'enthousiasme et surtout l'enthousiasme de groupe, l'adhésion inconditionnelle, l'engagement mondain et plus généralement les modes. Son long séjour antillais et sa connaissance de l'anglais lui avaient permis de sortir de l'hexagone et de confronter la « psychothérapie institutionnelle » française à des réalisations et conceptualisations anglo-saxonnes, en particulier les « communautés thérapeutiques » de Maxwell Jones – d'où le livre de Gérard Bléandou sur ce thème mais aussi des travaux sociologiques, par exemple celui d'Erving Goffman : « Asylum » – non traduit en français à cette époque. Le thème de l'analyse institutionnelle était donc bien au centre de notre intérêt, d'où ma thèse de 1967 qui questionnait l'impact de l'institution sur la sémiologie, avec une forte référence au travail de Goffman qui étudiait l'« institution totale » – et non l'« institution totalitaire » comme cela a été sottement traduit par la suite.

Mais nous étions évidemment suspects de déviationnisme, ces références et pratiques d'origine anglo-saxonnes étant, déjà à l'époque, considérées comme portant la marque du Malin. Ma thèse, qui avait pourtant reçu un prix, était

démolie dans l'information psychiatrique par Audisio. Mais c'était évidemment Despinoy qui était visé, explicitement. D'autant qu'avec Bléandonu ils avaient écrit un article critique sur les clubs thérapeutiques.

De même je n'ai pas pu rencontrer Oury pendant mon séjour à Cour Cheverny.

20 ans après sa naissance le courant était donc déjà fermé à ceux qui ne se présentaient pas comme des dévots. L'époque s'y prêtait : comme le fait remarquer Oury dans l'introduction à l'ouvrage de Patrick Coupechoux « un monde de fous » la première grande rupture se situe dans la relation aux staliniens – Oury accuse Jdanov – qui décidaient de rejeter la psychanalyse comme inconciliable avec le marxisme. Lacan, quant à lui, se fâchait avec les Américains et désignait du doigt les plus coupables d'entre eux : Kris, Hartmann et Loewenstein et créait sa propre école, tricolore, pure et hégémonique.

Pour un psychiatre français il convenait en effet d'être « Laccano-Marxiste » pour être dans le vent à cette époque. Je m'orientais avec enthousiasme dans cette voie en transpirant sur les Ecrits, heureusement aidé par Bordigoni à Marseille, puis à Nîmes nous nous penchions avidement pendant un an sur l'indigeste « Marxisme et théorie de la Personnalité » de Lucien Séve. Je suis reconnaissant à cet auteur de m'avoir fait comprendre – mais à quel prix – que ni Marx ni les marxistes n'avaient à apporter de contribution à la psychologie. C'est ce qu'on appelle la « rupture épistémologique ». Mais alors se posait la question de savoir pourquoi il fallait adhérer à deux religions. Question restée sans réponse mais qui me semble expliquer la suite : un discours cohérent, non empirique, indépendant de l'évolution du monde et des idées depuis longtemps et donc fixé pour l'éternité.

## Approche sociologique

Au 18<sup>e</sup> siècle des écrivains, à la fois romanciers et philosophes décrivaient longuement au milieu d'un roman qui apparaît alors comme un alibi, des « Cités idéales ». Ainsi Francis Bacon dans la Nouvelle Atlantide, traçant le projet d'organisation d'une cité gouvernée par des savants. L'auteur en est évidemment le concepteur, l'architecte, le gestionnaire et le Prince. En un mot il maîtrise totalement cet objet (d'amour).

Ce type de relation amoureuse avec maîtrise totale de l'objet a un nom : le sadisme, et on trouve effectivement ce genre de descriptions dans l'œuvre du divin marquis.

Quand le projet institutionnel est de créer une structure qui sera thérapeutique en tous temps et en tous lieux (à l'intérieur des murs, évidemment) qu'elle est la place de la pulsion d'emprise ? Accessoirement, comment ça se termine ? Je pose la question parce que, dans les bouquins de Sade, ça se termine mal, pour l'objet d'amour, évidemment.

Plus sérieusement on doit poser la question de la mégalomanie quand il s'agit de créer une situation « analytique » pas seulement pour les patients mais aussi pour l'ensemble de l'équipe soignante. Cela pose le problème de celui qui

psychanalyse tout ce monde. Et même si, par une pirouette, on prétend que cette place n'est pas celle d'un individu mais celle de l'Equipe soignante, à partir du moment où on imagine une situation dans laquelle tout le monde est analysé en permanence, on entre de toutes façons dans un monde de déréalisation.

Qui va beaucoup plus loin que l'institution totale de Goffman où l'institution se contentait de contrôler les actes (un peu les pensées aussi dans les couvents) mais pas l'inconscient, pas l'imaginaire, pas les rêves. On entrerait dans l'univers glauque d'Ismail Kadaré dans son « palais des rêves ». Étant albanais, il n'avait pas de mal à imaginer un pays où un dictateur fou enregistrait dans son palais tous les rêves de tous ses sujets.

Tournons nous maintenant vers les clubs thérapeutiques. Despinoy m'expliquait (tout en créant un club à Edouard Toulouse) que, à Saint Alban, l'idée de créer un club de malades était née du constat que l'institution était totalement contrôlée par les bonnes sœurs qui veillaient avec autant de soin que d'efficacité à ce que rien de non conforme ne puisse être dit dans les unités de soin à l'intérieur desquelles leur emprise était totale. Créer un lieu de parole hors pavillon était la seule alternative pour permettre au malade de s'exprimer librement. En même temps cela créait un médiateur relationnel.

Mais la formule est apparue comme une sorte de symbole de la liberté d'expression en milieu asilaire et donc un modèle exportable et généralisable quel que soit le contexte. Le sens se perd, au profit de la naissance d'un rite.

Mais voyons de plus près le fonctionnement de ces clubs. Ils réunissent en un même lieu, pour une même activité, deux groupes sociaux distincts : soignants et soignés, qui sont à la fois égaux en ce sens qu'ils ont le droit de s'exprimer les uns et les autres et évidemment inégaux avec une hiérarchie forte mais qu'il convient, dans la situation et pour les besoins de la cause, de faire semblant d'ignorer.

En réalité l'expérience prouve d'une part qu'un nombre restreint de patients est intéressé par la formule et d'autre part que ceux qui le sont deviennent passionnés, la différence étant évidemment fonction de la pathologie. Certains se mettent en avant, d'autres restent simples spectateurs. Comme dans la vie ordinaire, pensez vous. Oui, mais plus précisément comme au club méditerranée, au moins en ce qui concerne la relation soignants-soignés et la relation G.O –G.M. Ainsi les quelques patients qui se mettent en avant créent avec les soignants un sous-groupe de « vedettes ». Les autres patients se contentent de s'identifier aux vedettes tout en restant en retrait et passifs. Ils sont spectateurs et les autres s'exhibent. Cela pose le problème du narcissisme, mais pas seulement pour les malades. En effet le même phénomène se retrouve dans les relations infirmier(e)s –médecins, en fait internes dans mon expérience personnelle. Qu'est ce qui nous fait évoquer avec une telle nostalgie cette époque de la pratique de la psychothérapie institutionnelle, à Pierre Evrard et à moi même ? Nous avions 25 ans, une position dans l'institution sur évaluée vis-à-vis de la modicité

de nos compétences avec une place de gourou, environnés d'une nuée de jeunes infirmières car c'était l'époque des recrutements massifs et il s'agissait de s'occuper de leurs relations avec les patients, et partant de leurs états d'âme... C'était très gratifiant sur le plan narcissique. C'était tellement gratifiant que, parfois, on avait tendance à oublier que c'était les malades qu'on était censé soigner. De là à dire que le narcissisme d'équipe représentait une attitude phobique vis-à-vis de la relation au patient... Pourtant il y avait bien des patients entre elles et nous, même si parfois le caractère très sélectif des heureux élus les mettaient dans une position d'alibis, presque de chaperons.

C'est ce en quoi le narcissisme de groupe, « la groupite, la réunionite », maladie infantile des structures de type psychothérapie institutionnelle représente de dérive la plus manifeste, car ce qui justifie notre position sociale, ce qui rend notre discours crédible et lui confère éventuellement une certaine valeur, c'est qu'il s'appuie sur une activité clinique, sur nos relations avec nos patients, et cette pratique ne peut pas se réduire à des réunions dans lesquelles les protagonistes (les soignants) échangent entre eux des caresses, verbales évidemment, avec en toile de fond des patients qui, convaincus qu'on parle d'eux, ce qui n'est hélas pas toujours le cas, s'expriment en cassant une vitre ou en fuguant. Le fait est que, dans mon expérience, j'ai toujours constaté que dans les institutions qui se réclamaient de cette forme de thérapie et de ce type d'organisation institutionnelle, les soignants étaient beaucoup plus motivés, concernés, parfois même passionnés, que les patients. Il était très difficile de faire adhérer ces derniers au modèle et à l'idéologie ambiante. Comme si, au fond, ils avaient l'impression de ne pas être vraiment au centre de la signification de toute cette complexité organisationnelle. Comme s'ils se sentaient un peu hors sujet. S'ils avaient connu le contenu de la réunion, cela les aurait parfois confortés dans ce sentiment : problèmes entre soignants, rappel au conformisme de groupe, dénonciations des déviations idéologiques ou des

originalités, censure des initiatives individuelles ou même simplement de l'expression de l'identité (« un membre de l'équipe » me répondait une voix à laquelle je demandais au téléphone de se nommer).

Ce conformisme de groupe vise évidemment à le solidifier, de la même façon que l'uniforme dans les armées, mais il est stérilisant et cette anonymisation du soignant, qui se réfère non plus à sa propre identité mais à son identité de groupe me paraît être la réponse à la question posée par le manque d'enthousiasme des patients dans une telle structure, car ce à quoi ils aspirent, c'est d'entrer en relation avec tel ou telle et non avec « un membre de l'équipe ».

De la même manière ce conformisme de groupe, forgé hic et nunc pour les besoins de la cause, c'est-à-dire pour se défendre contre l'angoisse générée par la prise en charge de la folie, se prétend anti-conformiste vis-à-vis des normes sociales « externes », là encore pour renforcer le groupe. Mais les patients, eux, n'ont pas de raison particulière d'adhérer à ce prétendu anti-conformisme et la distance soignant/soigné se maintient alors que tout le système vise à la relativiser, sauf pour les quelques patients (généralement des troubles de la personnalité) qui s'identifient massivement aux soignants, comme décrit plus haut et comme au club med.

En réalité la P.I., tout comme le secteur d'ailleurs, est un enfant de l'asile et les enfants ressemblent, au moins par certains aspects, à leurs parents. Ce qui fait que le procès de la P.I. est celui de l'asile. Je l'écrirai peut être un jour. Je me contenterai ici d'aborder un aspect de cette problématique asilaire : celui du projet thérapeutique.

## Le projet thérapeutique

Il faut d'abord répondre à la question suivante :

Pourquoi la psychanalyse a-t-elle été et demeure-t-elle, en France, l'idéologie dominante et hégémonique qui sous tend le soin en psychiatrie, au moins dans la psychiatrie publique et hospitalière, c'est-à-dire asilaire ?



Les raisons de s'en étonner ne manquent pas :

- d'une part l'analyse a pénétré très tard en France,
- d'autre part l'essentiel de l'œuvre de Freud concerne les névroses. Ce qu'on pourrait appeler la psychanalyse clinique – par opposition à la métapsychologie – (Dora versus l'essai pour une psychologie scientifique) ne concerne que les névroses car Freud n'a jamais vu d'autres patients que des névrosé(e)s. Le seul cas manifestement délirant, Schreber, est un cas littéraire. Il est clair que les patients d'H.P. ne sont pas, sauf exception, des indications d'analyse. D'ailleurs ils ne sont pas réellement pris en charge avec cette technique. C'est tellement évident que les psychiatres qui pratiquent la psychanalyse le font en dehors de leur activité de service public.

Reste la méta-psychologie en tant que référence plus abstraite qui peut être utilisée de façon générale, à la limite en tant que fait culturel. De la même façon que les Anglais se réfèrent à la bible, surtout dans un discours de style littéraire, même ceux d'entre eux qui sont agnostiques. Mais elle ne saurait alors être exclusive d'autres conceptions et d'autres techniques. Elle perd son statut de sacrement et devient une conception parmi d'autres, qu'il est permis de jauger. On peut même en plaisanter. C'est ainsi que j'entends la boutade célèbre de Tosquellas : « la psycho-analyse, c'est de la masturbation intellectuelle ».

Alors, pourquoi ? Pourquoi l'insulte représente-t-elle la réponse habituelle à l'égard de tous ceux qui se réfèrent, fut ce occasionnellement, à une autre conception psychologique ou thérapeutique ?

La réponse habituelle est que, pour un psychanalyste venu travailler dans une institution, la nécessité évidente d'adaptation de la technique aux patients psychotiques aboutit précisément à la P.I. telle qu'élaborée et pratiquée par exemple à La Borde par Oury et d'autres. On voit

bien que cette réponse n'est convaincante que si on fait de l'analyse une religion ou un état : on est analyste comme on est musulman ou noir et on lance des fatwa contre les blasphémateurs. Dans le cas contraire on voit mal pourquoi on choisirait comme thérapeutique une conception dont il faut martyriser la technique pour la rendre utilisable en l'occurrence.

La question, prise dans l'autre sens, demeure : pourquoi les psychiatres français ont-ils choisi, depuis les années 60, l'analyse comme modèle indépassable et évident ? Et pourquoi ce modèle n'a-t-il jamais été remis en cause, sinon récemment et sous la pression des laboratoires, dans les C.H.U. ?

**Une réponse à cette question**, que je me pose depuis toujours, m'est apparue récemment à la lecture d'un article de François Roustang publié dans « le bloc note de la psychanalyse » en octobre 88 sous le titre : « La guérison ». Je cite : « ...en affirmant que l'analyse doit prendre fin. Je m'oppose par là à un adage constamment repris dans le milieu analytique : plus une analyse dure, plus elle sera bénéfique. Nous constatons dans les faits qu'il n'en est rien, mais pour les Français les faits n'ont pas beaucoup d'importance, ce qui compte c'est que la théorie puisse garder son prestige. »

Ce que Roustang affirme c'est que pour lui et dans sa pratique l'analyse n'a de sens que si elle vise un but : la guérison. Ce but ne doit pas être confondu avec la demande initiale du patient visant à supprimer les symptômes, mais doit prendre en compte ceux-ci. Le patient ne guérira que si c'est le désir du thérapeute, sinon il s'installera ad vitam eternam dans la névrose de transfert.

La situation analytique est analogue à un rêve, au niveau duquel la réalité externe est abolie, par exemple la réalité sociale et économique. Elle n'a de sens que parce que, en parallèle, le sujet continue de vivre dans la réalité, c'est-à-



dire qu'il ne peut pas être en analyse 24 heures sur 24. De telles idées sont évidemment scandaleuses et je ne doute pas qu'elles aient valu à leur auteur l'excommunication mais elles m'ont été utiles pour répondre à ma question.

J'avais en effet été frappé depuis longtemps par le fait que la question de la guérison est un sujet qu'on évite à l'H.P., où il est généralement admis que les maladies mentales sont toujours chroniques. Ce pessimisme est partagé par les analystes. Je pense par exemple à cette lettre de Jung dans laquelle celui qui était à l'époque le numéro 2 du groupe confiait à Freud qu'il fallait éviter de mesurer leurs résultats car, disait-il, il avait le sentiment que leur technique était peu efficace. J'étais moi-même imprégné par ce pessimisme quand j'ai ouvert un service à Nîmes, c'est-à-dire en dehors d'un H.P., et là, qu'elle n'a pas été ma surprise de voir les patients guérir, ou au moins abandonner leurs symptômes et reprendre leur vie dans la cité. Par contre, cher lecteur, je vous demanderais de ne pas ébruiter cette information, je ne souhaite pas faire trop de vagues.

Retournons à l'H.P. : on attend donc du patient qu'il s'adapte dans l'institution et le projet est généralement de lui en trouver une autre pour le faire sortir, mais la raison même de son entrée est généralement difficile à retrouver. Le vocabulaire utilisé pour parler du patient est à cet égard très révélateur de sa véritable place dans l'institution : c'est LE PENSIONNAIRE. Ce terme annule à la fois la question de la maladie (et donc celle de la guérison) et rend la durée du séjour indépendante de l'état clinique, renvoyant simplement à des données socio-économiques.

Cette position de pensionnaire, à la recherche d'une cigarette ou préparant de menues transgressions représente une nouvelle adaptation, aliénée dans la dépendance et régressive mais très stable, dans laquelle les symptômes qui ont motivé l'admission sont effectivement relégués dans un passé qui n'intéresse plus personne. C'est l'analogue de la névrose de transfert.

L'autre analogie concerne la situation de déréalisation. Evidente dans la situation analytique, elle l'est tout autant dans l'institution asilaire : le patient, privé de son statut social c'est-à-dire de son identité sociale, ne produit rien, ne fait rien le plus souvent, ou en tous cas ne fait rien qui s'inscrive dans un projet définissable. De même que dans l'analyse il n'a pas à construire un discours visant un objectif. Il est là, c'est tout. Pour une raison oubliée, pour un temps indéfini. Il est soigné. Au sens où, en Languedoc, on parle

de « soigner le linge », c'est-à-dire prendre soin de. Quant à ses troubles pathologiques, ils vont être éventuellement améliorés, de surcroît, comme dans une analyse par l'ambiance analytique qui régnait dans le service. Les interprétations auront du mal à passer, pour des raisons culturelles mais aussi parce qu'il n'est pas allongé sur un divan mais debout, dans une situation en fait déréelle mais qui ne lui apparaît pas comme telle.

## Conclusion

Retournons en Égypte, pharaonique bien sûr. Qu'est ce qui distingue un cadavre d'un corps vivant ? C'est que le KA, qu'on traduit très approximativement par l'âme, a quitté le corps. Mais alors qu'est ce que le KA, ou la vie ? C'est l'anima des latins, le souffle, c'est-à-dire le mouvement de l'air et le mouvement en général. Ce mouvement, aussi bien celui de l'air que celui des jambes, n'a qu'un seul but : augmenter la surface des échanges. De même que ce qui définit une société, c'est l'échange entre ses membres.

Le soin psychiatrique en institution en France est très malade, tout comme l'ensemble de la psychiatrie française d'ailleurs. Plus généralement la psychiatrie est en crise partout et c'est son identité même qui est en cause. Comme toujours avec les crises personne ne sait à quoi ressemblera la nouvelle forme qui en sortira. La seule chose certaine c'est qu'elle sera différente de ce qui est et à fortiori de ce qui était en 1945. Personne ne nous empêche d'en garder la nostalgie, surtout pour ceux pour lesquels elle se mêle à la nostalgie de notre jeunesse, mais pour traverser cette crise avec le moins possible de dommages, je propose le projet de soins suivant, l'objectif étant la guérison, au sens de Roustang :

1. arrêtons de nous plaindre. Si vous voulez savoir pourquoi, lisez « la fin de la plainte » du même auteur.
2. abandonnons cette arrogance qui dissimule mal notre désarroi. Écoutons avec humilité ceux qui tiennent un langage auquel nous ne sommes pas habitués.
3. autorisons nous l'éclectisme, même si nos théorisations en sortent moins grandioses. Notre mandat social n'est pas de dévoiler La Vérité mais d'essayer de soulager des malades.

Le fait que l'équipe de PsyCause et en particulier Pierre Evrard m'ait demandé de faire cette intervention en contrepoint prouve que cela est possible.



Dr Youssef Mourtada

## La psychiatrie actuelle a-t-elle encore des mythes ?

### Le mythe et la pensée

L'originnaire est souvent problématique par son éternelle répétition et par le caractère initial et final de cette répétition. Entre être et néant, l'originnaire c'est la question du réel.

Le réel est au cœur de la condition humaine, une condition qu'on peut résumer au-delà d'une métaphysique par une formule physique : l'homme et la mer ou l'homme et la mort.

Évoquer le réel ne revient pas à se borner à ce qui nous préserve du réel, à savoir la loi, quelle soit scientifique, métaphysique ou morale ; mais bien contraire, ce dont il s'agit, c'est de traverser la loi à la rencontre du réel et sans cette descente dans l'enfer, l'humain ne peut pas s'élever et accéder réellement à un non au faire, à une coupure du réel, à une réalité.

Penser le réel revient à le représenter par une répétition autre. C'est par l'effraction d'une rencontre que le réel se réalise dans une réalité sans pour autant être achevée. Une réalité qui n'est point finie mais ouverte à chaque instant à l'infini du réel, à l'infini de l'autre.

Le mythe, loin d'être réduit à un récit fabuleux d'origine populaire et de nature non réfléchi, le mythe est une métaphysique première, une pensée réelle du réel, une répétition créative en acte, une ontologie jouée, où le réel et sa représentation ne font qu'un. Cette unité originelle où à la fois s'abolissent et naissent les divisions et les frontières entre les différents champs de l'activité humaine, font du mythe une sorte de pensée brute, un habitat où le temps arrête sa fuite et se métamorphose en histoire.

À la différence d'une philosophie réflexive, qui double le réel et cherche à arrêter l'histoire, le mythe au contraire, donne à chacun le droit de faire peser sur la marche de l'esprit et des choses, une présence de son cœur. Le mythe donne à chacun le droit de raconter l'histoire.

### L'histoire de la psychiatrie, un récit en trois temps

Ce qui précède nous a permis de saisir que la philosophie n'achève pas l'histoire, de même qu'une philosophie de l'histoire n'est point légitime. Par contre, ce qui nous semble intéressant, c'est de repérer les différents temps de l'histoire de la psychiatrie avec leurs paradigmes et leurs mythes originaires. L'intérêt d'une telle démarche différentielle rétrospective et d'être un outil épistémologique pour une certaine visibilité de l'avenir et du quotidien.

La première histoire est celle de la psychiatrie classique avec son paradigme : l'aliénation mentale, immortalisée par le mythe de PINEL libérant les insensés de leur chaîne pour les enchaîner à un ordre médical ; donc, cette première histoire démarre en 1793 avec la nomination de PINEL à Bicêtre.

La deuxième histoire est celle de la psychiatrie moderne et de son paradigme, les maladies mentales. Cette histoire a commencé en 1850 avec la mise en cause par FALRET de l'unité de l'aliénation mentale et cela par l'application de la méthode anatomo-clinique et l'intégration de la psychiatrie comme une branche de la neurologie, riche en sémiologie et pauvre en anatomo-pathologie. Mais le mythe fondateur de cette modernité revient à CHARCOT et à son élève, FREUD donnant à la maladie mentale une réalité autre, fonctionnelle pour CHARCOT et métapsychologique pour FREUD.

La troisième histoire est celle de la psychiatrie contemporaine et de son paradigme les structures psychopathologiques qui prend forme en 1926 avec BLEULER et son concept de la schizophrénie. Mais cette troisième histoire prend son essor dans l'après guerre avec deux mythes fondateurs : celui de SAINT-ALBAN avec TOSQUELLES et celui du LARGACTIL avec DELAY et DENIKER à SAINTE-ANNE. SAINT-ALBAN inspiré par la pensée psychanalytique a permis l'humanisation des asiles avec le courant de la thérapie institutionnelle qui a influencé la politique de secteur. Quant à la psychiatrie biologique et les neurosciences, ils ont connu une grande croissance au point de déstabiliser l'équilibre voulu par HENRY EY à travers sa conception



organo-dynamique, une conception qui constitue d'ailleurs, la dernière grande synthèse psychopathologique. La disparition d'Henry EY en 1997 signe la fin de cette époque.

## La psychiatrie post moderne et ses métastases

La psychiatrie, comme la modernité, sont les filles des lumières. L'esprit des lumières, c'est la croyance dans une raison universelle vecteur de progrès scientifiques et d'un positivisme triomphant. La post modernité est précisément l'image d'un monde qui ne croit plus en cette raison triomphante.

La critique de la modernité a commencé dans les années 20 avec l'école de Francfort qui a fait de la raison techno scientifique un instrument de domination et d'aliénation, en passant par le structuralisme des années 60 (avec LEVI STRAUSS, LACAN et ALTHUSSER) pour aboutir dans les années 80 avec LYOTARD et les philosophes de la déconstruction (DERRIDA, DELEUZE, FOUCAULT) à son acceptation proprement dite post moderne.

Pour LYOTARD, l'homme post moderne traverse l'idéal d'une civilisation unique et se trouve confronté à la différence. DELEUZE libère la pensée de la nécessité d'aboutir à une proposition unique et propose la métaphore du rhizome. FOUCAULT interroge l'aspect central du processus de civilisation propre à l'occident, à savoir l'agression rationaliste et la discipline du sujet. Quant à DERRIDA, il cherche à déconstruire les dichotomies qui dominent la

métaphysique occidentale pour réaliser la réalité comme effet de différence, d'où son concept, la *différance*.

Cette excursion philosophique est à notre sens nécessaire pour se représenter la condition de la psychiatrie post moderne qui est celle de l'homme confronté dans cette traversée de la raison au réel ; à l'accélération du temps (l'urgence), à la contraction de l'espace (la communication) ainsi qu'à l'exigence d'une liberté individuelle dans un monde post matériel où il ne s'agit plus d'opposer réel et représentation mais d'être dans le réel de la représentation, la question du virtuel, en somme, dans une société d'information gouvernée par le marché des signes et non des biens matériels.

Quant à la psychiatrie post moderne qui est la notre aujourd'hui, c'est une psychiatrie qui perd sa raison et se retrouve déstructurée avec un champ hétérogène aux frontières floues et limites avec toute une variété d'outils théoriques et techniques englobant autant les neurosciences que les sciences humaines en passant par la psychanalyse, les thérapies cognitivo - comportementales et les approches systémiques.

Cette déstructuration actuelle de la psychiatrie est à la fois une chance de renaissance mais aussi un risque de prolifération de néo-réalités qui cherchent à se défaire de la complexité, qui cherche à éviter le réel, instituant l'amnésie de l'autre et l'oubli de l'histoire en outils d'une néo modernité sans mythe ni utopie ni art ni langage, en somme, des **métastases**.

L'exemple des métastases scientifiques ou pseudo-scientifiques avec leurs cortèges d'hospitalo centrismes et de consommation médicamenteuse où des métastases idéologiques où chaque théorie est incapable de penser et de s'articuler avec une autre et des métastases administratives avec leur souci gestionnaire et de qualité formelle sont tout à fait significatives à cet égard.

Au-delà de cette prolifération maniaque de métastases, l'autre risque qui guette la psychiatrie post moderne est précisément dépressive, de nature mélancolique avec une fixation à une époque révolue où la psychiatrie avait sa raison d'être.

Il y a un siècle, FREUD interrogeait le malaise de la civilisation. Aujourd'hui le malaise de notre post modernité avec son individualisme grandissant, sa raison instrumentale et son lien tribal nous repose la même question : qu'est-ce qu'un être humain ?

## Concept et transmission de la psychiatrie

Dans cette traversée de la raison moderne, il ne s'agit pas de revenir à une raison morcelée archaïque ni à instituer l'éclatement d'une raison métastatique, mais de relever le défi et d'être capable de penser le réel et sa complexité dont notre époque post-moderne nous fournit un formidable exemple.

En effet, ce qui importe, c'est le sens de cette traversée, et en langage psychanalytique, il ne s'agit pas de casser le miroir et de perdre son image, mais de traverser l'Œdipe et d'accéder réellement à une image qui ne fait pas semblant avec le réel, une image qui ne fait pas semblant ni avec la mère ni avec la mort.

L'Œdipe est un complexe pathogène qui résout la problématique narcissique (la différenciation de la mère) par un déplacement objectal. C'est la perte de l'illusion d'une symétrie sexuelle qui amène l'enfant à rencontrer le rôle castrateur du père. Ainsi le complexe d'Œdipe opère une version publique du père au lieu d'une multitude de versions privées, les perversions qui sont d'ailleurs des mécanismes de survie narcissique. Mais si cette version a le mérite de différencier l'enfant du corps de la mère lui permettant d'accéder à un corps social, cette version est néanmoins discordante et inaccessible. De son vivant, le père est le rival du fils ; mort, il devient le symbole de culpabilité de ce dernier.

C'est dans l'écart entre le réel d'une naissance et la symbolique d'un lien social que gît ce qui fait le complexe d'Œdipe, à sa valeur, non pas normative, mais le plus souvent pathogène.

Traverser la raison moderne et ses complexes pathogènes revient à réaliser que le miroir du réel, c'est l'autre. Une radicale asymétrie, non seulement sexuelle, mais existentielle qui fait que l'enfant n'est pas un objet partiel à avoir, mais un sujet total à être, qu'un père n'est pas un plus érectile, ni la mère de ce fait est un manque dévorant.

La mère est bien le réel de l'humain, qu'il soit enfant, âgé, masculin ou féminin. Une mère peut parler l'autre et le réaliser, et non parler au nom de l'autre et l'achever, si elle n'est pas seulement une mère, si elle possède sa propre altérité, à savoir sa féminité. Cette bifonctionnalité ou cette bisexualité est la définition de la fonction du père. Une fonction qui permet à l'enfant de ne pas rester un petit bout, de se mettre debout, qui permet à l'âgé de ne pas s'effondrer face à cet autre qui nous rend vivant, la mort, qui permet de situer la sexualité autrement qu'un plus à avoir, mais en tant qu'une capacité de lien et de jouissance.

Cette fonction du père nous permet de réaliser que la santé est primaire et ce dont il s'agit, c'est de ramener les structures psychopathologiques à la vie et non le contraire, de ce fait l'espace de l'institution psychiatrique, c'est l'altérité de la vie et non un mur de rétention et de ségrégation asilaire.

Cela nous amène à dire que le paradigme de la psychiatrie post moderne, c'est la santé mentale quant à son mythe inaugural, c'est l'évidence de chacun de pouvoir rencontrer à chaque instant le réel de l'autre qui nous habite et de lui permettre par cette rencontre de prendre forme, d'arrêter sa guerre et ses fuites, de guérir et de se réaliser par une trace. Un thérapeute ne tire son portrait qu'en permettant à l'autre de se tirer, de même que la transmission de la psychiatrie se fait aussi en acte par la guérison du malade.

La psychiatrie post-moderne est ni éclatée, ni totalisante, mais fragmentaire ou chaque fragment est une utopie porteuse d'histoire et de vie.

C'est avec un viennois contemporain qui a révolutionné notre modernité en cherchant à délivrer le langage des présuppositions métaphysiques et scientifiques que je conclus mes propos : « le monde est mesuré par le langage et l'acte de montrer s'effectue au sein de la vie. » Ludovic WITTGENSTEIN



Dimitri Karavokyros

## Années 70-80 : le tournant, contradictions et impasses de la psychiatrie

Témoignage d'un psychiatre de terrain engagé dans la promotion et la pratique militante de la psychiatrie de secteur. Propos éparés, souvenirs impressionnistes pour interpeller une histoire déjà lointaine mais surtout éclairer le débat contemporain sur les mythes originaires de la psychiatrie. Ce témoignage est celui la réflexion à partir de la pratique d'un psychiatre dont toute la carrière s'est déroulée dans le service public, dans la région parisienne, puis en province organisant et animant différents dispositifs de soins psychiatriques en référence constante à la **psychiatrie de secteur** et à la **psychothérapie institutionnelle**.

Le témoignage que je vous livre ici veut être audible, sinon intéressant pour les acteurs du présent. L'argument rappelle le cri de Bonnafé sur l'oubli. Il le disait avant de mourir : « N'oubliez pas les oubliettes ».

Les grandes références classiques sur cette époque restent pertinentes :

- Livre blanc de la psychiatrie française, tome 1 (1965), tome 2 (1966), tome 3 (1967)
- Recherches n° 17 : Histoire de la psychiatrie de secteur, 1975
- Michel Audisio : La psychiatrie de secteur (1980)
- Jean Ayme : Chroniques de la psychiatrie publique à travers l'histoire d'un syndicat (1995)
- Pierre Delion : Thérapeutiques institutionnelles in Encycl. Med. Chir.(2001).

1. L'évolution de la psychiatrie en général et de la psychiatrie publique en particulier. Ce qu'était le champ de la psychiatrie. L'espace occupé aujourd'hui par l'hospitalisation psychiatrique : hôpital psychiatrique, hôpital général, services universitaires, cliniques privées, semi-privées. L'explosion de la psychiatrie ambulatoire, privée, publique, etc. Les structures intermédiaires ambulatoires. La psychiatrie dans les prisons. Le poids massif du dispositif hospitalier asilaire, de la tradition de la valorisation de l'isolement du malade. Le débat crucial sur l'hôpital psychiatrique ou/dans/et/à

partir de/malgré la psychiatrie de secteur. Au syndicat des psychiatres des hôpitaux le débat est relativement vif. J'y contribue en introduisant la discussion par un rapport sur l'hôpital psychiatrique à l'assemblée générale de Paris en 1977. Il sera repris dans l'Information psychiatrique et sera prolongé par mon rapport au congrès de Deauville en 1978. Le tournant essentiel se situe au milieu des années 80. Le secteur extra-hospitalier géré par l'hôpital (coup de poignard dans le dos de la psychiatrie de secteur), le budget global, la « reconnaissance » du secteur, la circulaire de mars 86 et puis le grand et définitif silence, l'abandon effectif du suivi de la sectorisation psychiatrique, après le rejet de l'Etablissement Public de Secteur (commission Demay 1983).

2. La déferlante néo-libérale, amplement prévisible : politiques de santé invariablement suivies, réformes hospitalières, démographie médicale et paramédicales, institution de facto d'une médecine à deux vitesses. Modelage de l'exercice de soins psychiatriques en rupture avec l'orientation d'une médecine résolument sociale. Valorisation exclusive de la pratique individuelle dans la pratique reconnue hors hospitalisation. Pratique à l'acte individuel. Financement à l'acte.

3. Formation et enseignement. La période considérée recoupe très précisément celle de l'existence d'une filière spécifique de la psychiatrie. Autre butée historique de l'aporie actuelle. Transmettre, mais transmettre quoi et à qui ? La formation et la transmission aux autres collaborateurs. On est dans la décennie qui a suivi les colloques de Sèvres. La notion de « formation » très valorisée par rapport à celle qui réfère à « enseignement ». On disait volontiers : « l'enseignement fait écran à la formation ». Les autres professions, en particulier infirmières sont en profonde mutation et seront brutalement taries quelques années après. Problématique à articuler avec celle de leur rôle et fonction dans une pratique en équipe et dans l'optique sinon la visée de la psychothérapie institutionnelle. C'est dans ces années 69-72 que se situe la bascule de notre éviction de la maîtrise de la formation de fait des psychiatres au profit de la filière universitaire.. Comme le dira un collègue : « on voulait la naissance d'un internat unique et on s'est fait en cloquer d'un CES ».

Médecin des Hôpitaux psychiatriques.  
Laragne.

4. Le développement de la psychiatrie de secteur commença en ayant comme promoteurs les tenants du mouvement de psychothérapie institutionnelle. Il y a peut-être lieu de voir des nuances d'appréhension théorique et pratique, malgré la doctrine qui reste commune, entre les points de vue de Bonnafé et le fameux « l'aliéniste jette son froc aux orties, se pointe sur la place publique et dit : qu'y a-t-il à votre service » et celui de Rappart : « moi, le secteur je le fais dans mon bureau, à l'hôpital, et j'attends la demande ». On peut relever dans cette différence la problématique fameuse de l'attente de la demande, alibi de tant de démissions, d'attentisme et de négligences et plus généralement celle du mouvement vers les malades et les problématiques de la cité. Plus encore celles posées par la prévalence des logiques institutionnelles (au sens administratif) sur les logiques de services (au sens d'une médecine sociale). Il est un fait que l'idéologie prévalente fut (et reste) celle de la position de Rappart. On peut là aussi pointer la prévalence à cette époque déjà de la mentalité de petits propriétaire de « son » secteur, « ses » malades, « son » équipe, qui marquera une forte empreinte hospitalo et médico-centrique la mise en place de la psychiatrie de secteur. L'intermédiaire de la départementalisation reste de ce point de vue très intéressant.

5. La crise de la clinique peut se situer dans les années 70. Le déclin de l'hégémonie de la psychiatrie dite classique est surtout celui de la phénoménologie et peut se repérer dans le vide très rapide laissé dans l'élaboration et la transmission de la clinique par la disparition de Henri Ey. À l'époque, l'hégémonie du psychanalisme au sens de Castel, a permis de préparer le terrain pour ce qui emportera la clinique et la psychopathologie. L'arbre de la clinique psychanalytique a caché la forêt du DSM. On n'a rien vu venir et c'était inévitable. Quelle clinique transmettre, et à qui ? C'était déjà la question centrale de l'avenir de la psychiatrie. La question se reposera quelques années plus tard avec l'émergence des nouvelles pathologies (plutôt de l'expression actuelle des pathologies).

6. Si toutes ces considérations veulent contribuer à mieux comprendre l'histoire récente de la psychiatrie, il faut rappeler, que ce témoignage est celui d'un psychiatre du service public impliqué dans la mise en place de la psychiatrie de secteur, référé en permanence au mouvement de psychothérapie institutionnelle engagé autant que cela été possible dans l'accueil, la formation et l'enseignement psychiatrique des psychiatres et des infirmiers. Ce qui limite clairement les points de vue exprimés. Et appelle au débat pour cerner les problématiques d'ensemble du champ de la psychiatrie. En particulier pour comprendre le sens de l'évolution de ce champ par rapport au statut anthropologique et social de la folie. Que notre société butte aveuglément (?) sur le fait que la désignation de la déviance et sa

mise à l'écart redeviennent l'essentiel des tâches publiques de la psychiatrie ne peut qu'inciter à mieux chercher dans l'histoire récente des idées et des pratiques pourquoi maintenant l'hôpital sert à enfermer et la prison à proposer des soins.

7. Au deux bouts des limites du champ de la pratique de la psychiatrie, deux balises des frontières dont le tracé éternellement provisoire tarabuste notre mission et notre raison de travailler. Acuité et chronicité, accueil et accompagnement, crise et long cours. Depuis le milieu des années 80, là encore (années du débat lieux de vie/lieux de soins et sanitaire/médico-social) la question des urgences est posée (circulaire de 1979) et celle du long cours par la loi de 1975. L'implication forte des psychiatres du service public exerçant en CHS (seuls concernés par ces débats) pour refuser leur participation doit être interrogée au regard de l'histoire. Les associations Psy-Gé et Accueils ? naissent aussi dans le milieu des années 80.

8. C'est sans conteste la poussée de la démographie médicale psychiatrique qui est le facteur déterminant de rupture avec les décennies précédentes. Cette poussée se fera dans la pratique privée en presque totalité pendant la décennie 70. Ce sera déterminant pour l'évolution de la psychiatrie.

À la fin des années 70, la programmation de la suppression de 40.000 lits de psychiatrie sera effective et se réalisera en moins de dix ans. Les lits de cliniques privées verront leur nombre augmenter ainsi que le nombre de leurs médecins.

9. Les années 80 seront celles des réformes hospitalières qui vont accentuer la perversion de la dépendance à l'hôpital : soumission définitive des médecins à l'ordre administratif, éclatement de l'organisation des soins et création d'une hiérarchie et d'un service infirmier directement inféodé à l'administration, prémises du modelage de l'hôpital public sur l'hôpital-entreprise.





Hervé Bokobza

## Les États généraux de la psychiatrie (2003) : et maintenant ?

« Le cerveau plein d'eau ne sert qu'à rafraîchir le cœur, véritable siège de l'âme »  
Aristote

Ce livre a pour objectif de nous aider à poursuivre l'action indispensable que les États Généraux de la psychiatrie ont symbolisé dans leur souci de réaliser le front uni des soignants contre une tentative de démantèlement de notre discipline.

Il se veut aussi, dans le même mouvement, un témoignage pour comprendre la gravité de la situation, les espoirs formulés et les impasses auxquelles la profession est confrontée à l'aube de ce troisième millénaire.

Il est sans doute impossible de retraduire complètement ce que fut un moment où se sont réunis 2000 professionnels de la psychiatrie, et tous leurs représentants associatifs et syndicaux : atmosphère passionnée, émouvante, dépressive ou survoltée, temps riche en élaborations, en débats contradictoires, par moments magique.

Un formidable succès qui a dépassé les prévisions de ceux qui avaient pensé, préparé et organisé cet événement.

Nous ne pensions pas que la crise était si profonde, nous n'avions pas suffisamment compris que les soignants n'avaient pas abdiqué et à quel point la tenue même des États Généraux représentait un appel à une mobilisation sans précédent dans l'histoire de notre discipline.

Nous n'avons alors pas su ou pas pu nous appuyer sur ce formidable élan démocratique pour proposer des perspectives que méritaient et que demandaient les 2000 participants.

Nous n'avons pas voulu outrepasser notre mandat qui était limité au déroulement de cette manifestation. L'histoire retiendra peut être que cela fut un tort.

Depuis, le processus de destruction repéré, analysé et débattu lors des EG se poursuit d'une manière inexorable.

Une inquiétante familiarité avec ce délitement nous habite.

Certains pensent pourtant que les EG ont permis un ralentissement de ce processus. Certains vont jusqu'à dire que sans la tenue des EG nous aurions connu une catastrophe sanitaire sans précédent. Peut être...

Tous les débats qui nous animent sont nécessaires et inéluctables à condition que l'objet même du débat ne se dissolve pas dans les conflits d'intérêts ou de pouvoir ; que les invectives, contre vérités ou affirmations mensongères ne recouvrent pas la conflictualité créatrice que tout collectif traverse inexorablement ; que les forces projectives destructrices ne viennent briser l'élan inventif qui a permis la tenue des EG.

Or ce mouvement unitaire qui a permis de nous re-trouver peine à se maintenir. Au sein même de la profession le narcissisme des petits territoires tente de reprendre sa place. Pire, dès la fin des EG, des manœuvres stupides, délétères et catastrophiques de division ont tenté de se refaire une santé.

La psychiatrie ne sera jamais une discipline homogène : c'est son infinie richesse et aussi une de ses faiblesses.

Il nous faut résister, encore et toujours. Tel est sans doute le destin existentiel de la psychiatrie : résister aux pressions sociales et politiques, à l'attraction « des kits de bonne conduite », au dévoiement de nos avancées, aux désespérances que la rencontre avec la folie peut induire.

« Folie de la résistance ! », clament les nostalgiques repliés, les dépressifs abouliques, les modernes gaillards repus, les raisonnables compromis ou les accréditeurs satisfaits.

La résistance à la folie se déclame sur tous les tons : fantasme d'abrasion, illusion de toute puissance... Éliminer la folie grâce aux « anti-psychotiques », remède parmi tous les remèdes. On ne parle pas du schizophrène, on parle de son potentiel de violence. On ne parle plus de la folie comme inhérente à la condition humaine, on parle d'elle comme d'une maladie, « étrangère » à l'homme.

Mais résister au nom de quoi, de qui ? Tout simplement au nom d'une conception du fonctionnement psychique de

Psychiatre, médecin directeur.  
Clinique de Saint-Martin de Vignogoul – Hérault.

l'homme, malade ou en bonne santé : deux siècles d'histoire, de transmission, d'avancées théoriques et pratiques considérables nous ont permis, malgré les divergences inhérentes à notre discipline, de voter des motions, qui recentrent la praxis et constituent un socle inaliénable à la poursuite de notre exercice au quotidien.

Résumons brièvement cette conception en tentant de rester fidèles aux 2000 participants des EG :

La psychiatrie moderne s'est conçue dans une triangulation entre le malade, la maladie et le soignant. En effet, si la maladie mentale existe, il serait tout à fait contestable de penser qu'elle puisse être saisie objectivement en tant que telle, indépendamment du rapport que le patient entretient avec elle, de la manière dont il l'exprime, et à qui il l'exprime. Le fait psychopathologique – l'objet même de la psychiatrie – est constitué par ce qu'il est convenu d'appeler la « décompensation », c'est-à-dire un état de souffrance qui dépasse les capacités de compensation du patient, et non pas uniquement par l'existence d'une entité morbide nosographiquement repérée, comme cela est généralement le cas en pathologie somatique. En outre, ce rapport du patient à sa pathologie ne peut lui-même s'appréhender que dans le cadre complexe de la relation entre le psychiatre et le patient. En psychiatrie, la véritable nature de la pathologie ne peut donc se rencontrer qu'en cheminant patiemment le long des rives de cette clinique relationnelle qui allie l'objectif (les symptômes) aux dimensions intra et intersubjective (la relation thérapeutique).

C'est cela qui nous permet d'affirmer le caractère spécifique de la discipline psychiatrique qui n'est pas une spécialité médicale comme les autres. C'est autour de ce postulat que s'est organisé « spécifiquement » la psychiatrie française : le secteur, le Cnpsy (cotation pour les actes du psychiatre en exercice libéral, différent de celui du spécialiste), les cliniques psychiatriques, le médico-social, le secteur associatif. Or une puissante machine administrative, technocratique et bureaucratique, tente de dénier à notre discipline ce caractère fondateur. Textes, circulaires, décrets vont dans le même sens : maîtrise, transparence, homogénéité, tels sont les maîtres mots de cette ère post moderne.

L'erreur serait de penser que cette multiplication de réglementations n'est que le fruit de quelques technocrates en quête de pouvoir ou de reconnaissance, en quelque sorte qu'il n'y aurait pas de ligne politique, pas d'objectif clairement identifié mais que cela ne serait que le symptôme d'une vacance qui laisserait les décisions aux mains de quelques obscurs scribes du ministère. En fait les dirigeants poursuivent, patiemment et avec ténacité, un objectif clair : la réduction des dépenses de santé socialisées, c'est-à-dire fondées sur un système de solidarité nationale. Ce qui doit être « maîtrisé » à tout prix, voire à n'importe quel prix, ce sont les dépenses sociales. Car chacun sait que les dépenses de santé continueront à croître. Viendront-elles amputer le budget « privé » des citoyens ? Dans ce cas, seuls ceux qui auront les moyens financiers de payer pourront accéder à des soins de qualité.

C'est un choix politique qui frappe de plein fouet les plus démunis et en particulier les malades mentaux : le manque de moyens envoie les plus fragiles à la rue ou en prison. Tout le monde le constate aujourd'hui. C'est un choix politique non avoué qui interdit de ce fait tout débat démocratique permettant que soient clairement posées les vraies questions, que l'on demande par exemple aux citoyens ce qu'ils souhaitent pour leur système de santé.

La stratégie utilisée pour occulter ce choix est redoutable : alors que la démocratie suppose une transparence de ce qui est public, de ce qui se décide, de ce qui s'incarne, les pouvoirs publics, au contraire, s'obstinent à rendre transparent ce qui relève de la sphère privée. Le renversement pervers est à son comble. Pour cela, une réglementation sans faille est indispensable.

Le détournement de sens est là : la transparence ne touche pas le domaine public, elle devient un mot d'ordre, une exigence morale, une vertu et une vérité suprême pour toutes les sphères de la vie privée. Rien ne saurait rester à l'écart de la mise à nu et du dévoilement ; il n'existerait pas de zone interdite au droit et au devoir d'information et à l'éthique de la transparence.

Comme l'a écrit Kundera : « le public et le privé sont deux mondes différents par essence et le respect de cette différence est la condition *sine qua none* pour qu'un homme puisse vivre en homme libre. Le rideau qui sépare ces deux mondes est intouchable et les arracheurs de rideaux sont des criminels. Il en va de la survie ou de la disparition de l'individu. »

Donner à croire que le secret puisse être saisi ou puisse être tenu en une saisie, voici l'illusion « techno-communicationnelle ». Personne n'y croit, sans doute, mais reste le spectacle de cette illusion.

La chasse aux secrets a pour corollaire l'insupportable de l'inattendu qui se glorifie avec « l'invention des protocoles de soin standardisés ». La réponse est attendue pour venir confirmer que le protocole est bon. Il est d'ailleurs si bon qu'il n'est plus besoin d'anticiper, de rêver, de penser.

Il s'agit bien d'une attaque frontale contre l'activité de penser qui s'opère dans l'idolâtrie du soin protocolisé. Le seul objectif « désigné » sera de soigner les protocoles afin de tendre vers le risque zéro de surprises ou « d'inadéquat. » Harceler les soignants, peser sur le travail, faire ingérence... procède donc d'un retournement gigantesque combiné à la mise en place d'un système obsessionnel ne pouvant qu'entraîner des réactions de méfiance, de persécution et de dénarcissisation.

Il faudrait avouer ce qui peut en être des incommensurables secrets que nous détiendrions, issus de la pratique et de notre savoir : révéler, dévoiler, divulguer, comme si dans l'écrit, voire dans la parole, la transparence se ferait enfin jour. C'est oublier ou dénier que la parole humaine n'est jamais une stricte communication d'informations, qu'elle comprend aussi ce qui est tu. Mais le secret n'est pas seulement au-delà du savoir (le secret que j'ai pour l'autre) ; il traverse et anime le rapport commun à la connaissance ;

c'est celui que l'on ne connaît pas soi-même et en même temps un mode de résistance à la tyrannie de la signification, le refus d'une coïncidence tautologique avec soi.

En fait, le secret est la dimension même d'une humanité qui n'équivaut pas à son savoir sur elle-même. Il ne s'agit pas d'une capacité enfouie en quelque récit mais de ce qui détermine le récit lui-même.

Les soignants en psychiatrie n'ont pas attendu ces diktats pour mettre en place des « conduites à tenir », axes référentiels autour desquels s'organise et se pense une pratique, se théorise une avancée. Pour cela ils érigent une règle de conduite essentielle : la singularité de chaque patient avec son cortège d'inventions, de création et d'espace de liberté qui viennent parfois complètement contredire « la conduite à tenir ». C'est dans la possibilité même de cet écart que se situe peut-être la qualité de chaque acte de soin. Savoir en rendre compte est notre mode d'évaluation. Il n'y a pas d'humain qui peut être enfermé dans une boîte pour tous. Derrière chaque humain, il y a un autre humain qui existe avec son histoire à nulle autre applicable et derrière chaque soignant il y a un « savoir-être » singulier qui fait de la rencontre thérapeutique une expérience qu'aucun savoir technique ne peut rendre compte, qu'aucun protocole standardisé ne peut appréhender ; Plus encore c'est dans ce véritable « clair obscur » que chaque acte de soins trouve sa légitimité et sa consistance.

Actuellement les règlements sont devenus comme « des motifs en soi ». Ils deviennent force de loi, ils en sont quasiment à recouvrir la loi pour la dévoyer : au lieu de citoyens assujettis à la loi, c'est-à-dire au désir et au manque, il s'agirait de fabriquer des citoyens écrasés par des règlements dont l'objet serait de combler tous les trous. À partir du moment où toute opacité doit être combattue, où toute vie privée doit être dévoilée, où tout secret doit être abrasé, on fabrique des sujets fermés, au soi garanti par les règlements ou victimes d'une non application de ces règlements.

Le sujet exclu doit être inclus par l'exclusion de sa singularité : tel est le principe de qualité, avec son souci d'homogénéisation, de procédures et de protocoles au label « normatifs ». Exclure la singularité et l'inclure dans un discours réglementaire basé essentiellement sur le concept de transparence.

Que d'efforts pour masquer la vérité de cette contrainte de la réduction des dépenses de santé socialisée impulsée par les lois dérégulatrices du marché... L'État et ses tentacules réglemento-administratives se dévoie en organisant ce formidable processus de desubjectivation à même de répéter les mécanismes qui ont contribué à exclure le patient de son histoire et de sa singularité. Le comble du retournement est que cela se ferait au nom de la science !!!

Continuons d'affirmer que la psychiatrie se situe au carrefour de plusieurs disciplines scientifiques : médicales, psychologiques, biologiques, philosophiques, sociologiques, politiques. C'est autour de l'articulation complexe de ces différents champs que se pense et s'organise la spécificité de notre discipline.

Or ce que certains appellent aujourd'hui science se résume à une psychiatrie inféodée à la biologie. Que de contresens, d'amalgames et de contre-vérités s'engouffrent dans cette hérésie ! La biologie peut-elle décrire ou expliquer la maladie mentale qui est essentiellement le trouble de la relation à l'autre ? L'imagerie cérébrale qui croit reconnaître comment le cerveau pense, peut-elle avoir ne serait-ce que la moindre idée sur ce à quoi pense le sujet et pourquoi il pense cela ? Sait-on vraiment pourquoi et comment agissent les psychotropes ? Qui peut encore affirmer qu'il y a une nouvelle « révolution » chimiothérapeutique depuis la découverte des neuroleptiques et des antidépresseurs il y a déjà des dizaines d'années ?

Les questions essentielles ne sont-elles pas posées par Nancy Andreasen, rédactrice en chef de l'*American Journal of Psychiatry*, peu suspecte d'a-biologisme, qui écrit : « Un jour, au 21<sup>e</sup> siècle, lorsque le gnome et le cerveau humain auront été complètement cartographiés, peut-être sera-t-il nécessaire de mettre en place un plan Marshall inversé pour que les Européens sauvent la science américaine en lui permettant de comprendre réellement qui est schizophrène, ou même ce qu'est la schizophrénie. Faute de quoi nous qui voulons des scientifiques de haut niveau, nous risquons de nous réveiller dans le désert. »

Or ce désert se constitue patiemment : il se peuple de réductionnisme, c'est-à-dire d'idéologie, de frilosité et de narcissismes invétérés. Il s'abreuve de déni de l'histoire de notre discipline comme d'ailleurs de celle des sujets qu'il est censé soigner, il se nourrit de protocoles, de grilles d'évaluations et d'échelles statistiques.

C'est un désert aride où il est impossible de vivre voire de survivre.

Il risque de devenir le tombeau de la psychiatrie.

Tout cela au nom de la maîtrise : qu'elle soit comptable (manière élégante d'énoncer la réduction des dépenses de santé socialisées) ou psychique (souci harcelant de transparence et d'homogénéité) elle tente pour régner en maître d'abraser, de détruire ou de démanteler des acquis, notre histoire voire une mémoire collective.

Au nom de la peur aussi : pointe avancée du discours ambiant, se construisant autour de l'insécurité sociale, elle demande et exige de la prévention des solutions à « risque zéro », comme pour la route, le chauffage au gaz ou les déchets nucléaires.

Au nom de la preuve : preuve de notre efficacité, quitte à tronquer « les expertises » validant notre efficacité (le rapport de l'INSERM sur l'évaluation des psychothérapies en est le paradigme), de la justesse absolue de notre savoir, du caractère obligatoirement scientifique (c'est-à-dire reproductible) de nos connaissances.

Osons encore rappeler que la psychiatrie se situe du côté de l'artisanat : l'artisan, celui qui combine la science et l'art, les connaissances et l'invention. Chaque relation thérapeutique est spécifique, singulière, créatrice. Au service du patient et non au service de l'idéologie ambiante.

Celle-ci a atteint un sommet avec la publication du livre noir de la psychanalyse et toute la campagne publicitaire qui a

orchestrée sa parution. Ce processus de disqualification de la psychanalyse est opéré sans discussion des thèses que l'on dénigre. Qui plus est il se fait au nom de « la science » sans respecter les règles élémentaires de la science. Ce n'est pas une critique argumentée et précise de la découverte freudienne, c'est une opération « coup de balai », orchestrée par les tenants d'un objectif « absolu » qu'aucune discipline scientifique, quelle qu'elle soit, oserait reprendre à son compte aujourd'hui. Le paradoxe et la malhonnêteté sont à leur comble : c'est avec l'humain et son fonctionnement à la complexité inouïe que l'on voudrait faire du neutre et du déchiffrable : neutralité des protocoles, dégagée de tout rapport social, de tout investissement subjectif, une science capable d'observer et de dire ce qui est, pour énoncer une vérité vraie ; monde de laboratoire, univers semi clos, aseptisé, preuves, cartographie du réel de l'âme humaine !

Cette croyance dogmatique ou mystique en un pouvoir mythologique de la science ne semblent plus subsister que dans le monde de la médecine et en particulier celui de la psychiatrie !

Est-il sectaire ou dogmatique de dire que la psychanalyse est un formidable outil qui a révolutionné les pratiques psychiatriques, qu'elle demeure la seule, par exemple, à pouvoir apporter un éclairage sur la relation thérapeutique, à ses effets comme à ses résistances.

Les États Généraux l'ont énoncé clairement : l'apport heuristique de la découverte freudienne est inégalé pour tout soignant en psychiatrie, qu'il soit psychanalyste ou pas. Cet apport permet toujours de penser la pratique dans un au delà de la technique ou de la prescription et ceci quels que soient nos actes, nos supports théoriques ou nos modes d'intervention. Tel un garde fou elle nous permet de rester vivant et de continuer tout simplement de penser la condition humaine.

Tout cela intervient à un moment socio politique de l'événement du prêt à penser : pour conformer les gens au jeu de la consommation, il faut créer et constituer des « bouts de cerveau disponible » (dixit le président de TF1, Patrice Le Lay) déqualifier la question du sens, de la pensée en tant que valeur, du primat de la culture comme fondement du lien social ; à un moment de l'invasion de standards orthopédiques du management en psychiatrie : les processus d'accréditation (« V1 » et maintenant « V2 ») sont les pointes avancées d'un essai de normalisation et de standardisation des pratiques et de la pensée, aussi terrifiantes que destructrices. Et on ose nommer cela la modernité !

Notre discipline est récente, en évolution, en recherche : Elle s'est construite des outils, des concepts et des pratiques qui dépassent le caractère singulier de sa discipline. Cela se comprend aisément quand on soutient que la maladie mentale est la maladie de la relation aux autres, c'est-à-dire prise dans le champ de la relation humaine que celle-ci soit « normale ou « pathologique ».

Or actuellement pressée par le « neuro marketing », l'argument de la preuve scientifique fait autorité. La science est présentée au grand public comme source de vérités et de certitudes. Or la réalité de l'activité scientifique est contraire

centrée autour du doute et de la remise en question... la psychiatrie, dans la démarche scientifique qui la fonde, ne doit pas cesser d'interroger « la Science » afin de permettre aux humains de ne pas être abusés par des diktats pseudo scientifiques au service de l'idéologie ambiante.

Affirmer que l'être humain est enfermé dans un déterminisme biologique ou génétique, c'est mettre l'accent sur sa servitude et pas sur sa liberté. Or c'est précisément cette liberté de création, de pensée qui distingue radicalement l'homme des autres espèces.

Comme l'a énoncé le grand biologiste François Jacob : « Comme dans tout organisme vivant, l'être humain est génétiquement programmé, mais programmé pour apprendre. Chez les organismes plus complexes, le programme génétique devient moins contraignant, en ce sens qu'il ne prescrit pas en détail les différents aspects du comportement, mais laisse à l'organisme la possibilité de choix. L'ouverture du programme génétique augmente au cours de l'évolution pour culminer avec l'humanité. »

Dans « L'enseignement de l'ignorance » Jean-Claude MICHEA nous informe qu'en 1995, 500 hommes politiques, leaders économiques et scientifiques de premier plan, constituant à leurs yeux l'élite du monde, commencèrent à reconnaître comme une évidence qui ne mérite pas d'être discutée, que dans le siècle à venir, deux dixièmes de la population suffiront à maintenir l'activité de l'économie mondiale. Une question essentielle se pose donc : comment serait-il possible de maintenir la « gouvernabilité » de 80 pour cent d'humanité surnuméraire, dont l'inutilité a été programmée par la logique libérale. La solution fut trouvée par Brzezinski, ancien conseiller de J. Carter sous le nom de « tittytainment » : il s'agit de définir un cocktail de divertissement abrutissant et d'alimentation suffisante permettant de maintenir la bonne humeur de la population frustrée de la planète. Cela autorise à établir le cahier des charges de l'éducation de l'école à venir. Il faut donc d'abord définir un pôle d'excellence : il devra être en mesure de transmettre des savoirs sophistiqués et créatifs, ce minimum de culture et d'esprit critique sans lequel l'acquisition de savoirs n'a aucun sens ni surtout aucune utilité véritable. Pour les compétences moyennes, il s'agit de définir des savoirs jetables, aussi jetables que les humains qui en sont les porteurs, dans la mesure où, s'appuyant sur des compétences plus routinières et adaptées à un contexte technologique précis, ils cessent d'être opérationnels sitôt les contextes dépassés. C'est un savoir qui, ne faisant pas appel à la créativité et l'autonomie de pensée, est à la limite un savoir qui peut s'apprendre seul, c'est-à-dire chez soi, sur un ordinateur et avec le didacticiel correspondant ; ce pourrait être l'enseignement multimédia.. Restent enfin les plus nombreux, les flexibles, ceux qui ne constituent pas un marché rentable et dont l'exclusion de la société s'accroîtra à mesure que d'autres continueront à progresser. La transmission de savoirs réels, coûteuse et donc critique n'offrira aucun intérêt pour le système, voire pourra constituer une menace pour sa sécurité. C'est évidemment pour ce plus grand nombre que l'ignorance devra être enseignée de toutes les façons concevables.

Réduction des moyens, réductionnisme théorique ambiant, réification du patient dans un « objectif » exclusif, déqualification de la pensée et des savoirs ne sont-elles pas les grandes menaces de ce début de siècle ?

Ces quatre points apparaissent en fait comme l'arme absolue pour désespérer la discipline psychiatrique et par là même d'anéantir la possibilité de soigner.

L'exclusion est à son comble et prend des aspects d'une perversion inouïe car elle se drape dans les oripeaux du

combat contre la stigmatisation, pour une inclusion. Cette « inclusion » est mortifère car elle risque d'emporter dans les sphères d'une norme imposée des sujets qui ont besoin d'être protégés de ce qui leur apparaît justement comme une norme invivable.

Notre responsabilité de soignants et de citoyens nous convoque une fois de plus à un engagement permanent, assidu et organisé pour combattre ces tentatives de briser l'humanité qui est en l'homme.





Youssef Mourtada

## Brèves

**Equipe du C.M.P. de Vaison : *Singularité d'une expérience***

Dans une ville qui ne refoule pas l'antique, votre C.M.P. est bien éthique. L'éthique est le souci de l'autre.

Une salle d'attente, c'est un espace vital de latence, autrement dit de pensée.

**Jacques ROUSSET et Anne d'ANJOU (Montfavet) : *enquête sur la psychothérapie institutionnelle***

La vie est une capacité d'instituer des normes, une normativité et non de soumission à des normes, une normalité. Ce qui m'amène à dire que la thérapie est par nature institutionnelle.

Qu'on soit soignant ou soigné, ce dont il s'agit, c'est de permettre à chacun d'être acteur de sa vie.

**Pierre EVRARD (Montfavet) : *la psychothérapie institutionnelle, pourquoi ses principes sont toujours de première nécessité ?***

Un colloque où les psy causent, c'est une institution en acte et un acte institutionnel.

**Pierre CHABRAND (Montfavet) : *contre point, une réflexion critique sur la thérapie institutionnelle***

La théorie est une effraction nécessaire pour qu'une pratique prenne forme. Vous ne faites pas de la théorie mais par votre déviation et dérivation vous êtes une théorie vivante.

**Youssef MOURTADA (Le Mans) : *la psychiatrie actuelle a-t-elle encore des mythes ?***

24 heures psy cause.

**Jacques DUBUIS (Le Vinatier - LYON) : *Psychiatrie et psychanalyse, le malentendu***

Le psychotique n'est pas dans le transfert mais dans l'enfer du réel et il attend l'effraction d'un autre pour couper le réel, prendre forme et accéder à une réalité.

Quant à la santé mentale, c'est une capacité d'être présente dans une réalité par la représentation du réel. La santé mentale est primaire et non secondaire à l'absence d'une maladie. Ce qui m'amène à dire qu'il n'y a de santé que mental.

**Hervé BOKOBZA (Clinique de Saint Martin de Vignogoul) : *L'inclusion excluante***

La raison, par la folie, se prive d'un ordre public sans public et garantit notre liberté de pensée.

**Dimitri KARAVOKYROS (Largane, Hautes Alpes) : *Années 70 - 80 - Le Tournant - contradictions et impasse de la psychiatrie.***

La retraite est une deuxième renaissance après l'adolescence.

**Michel GILLET (Le Vinatier - Lyon) : *Ethique de la transmission - Transmission de l'éthique***

La transmission est une prise de conscience de l'autre qui nous habite et c'est là où on touche les autres qui nous entourent.

BALVET a continué de parler de la psychiatrie à travers votre parole.

**Clôture du colloque : André-Salomon COHEN**

C'est fini.



Jacques Tosquellas

## Réponse à Pierre Chabrand

Chabrand a proposé lors de la dernière rencontre organisée à Vaison-la-Romaine par Psy Cause, sous le titre « Saint Alban (1942) et/ou Largactil (1952) – les mythes originaires de la psychiatrie contemporaine », une intervention qui se voulait critique vis-à-vis de la psychothérapie institutionnelle. Cette intervention m'avait mis fortement en colère. J'ai rappelé à l'auteur que je le préférerais dans le rôle d'Ubu qu'il avait joué, il y a bien longtemps. Parce que, fondamentalement, Ubu n'est pas destructeur, malgré sa proximité avec une machine à décerveler. Le texte écrit que j'ai reçu après l'avoir entendu sur place a une tenue meilleure, il faut bien le dire. Pourtant, les critiques apportées passent à côté de la question de ce que se veut être la psychothérapie institutionnelle. Et de ce qu'elle est. C'est-à-dire une méthode développée dans le champ thérapeutique, aujourd'hui, encore organisé par la sectorisation. Ces critiques reprennent dans l'ensemble des choses déjà dites et souvent dans un contexte dominé par des situations émotionnelles sans doute mal vécues, sur lesquelles je ne peux commenter vraiment. Donc je laisserai ces questions, sauf pour dire que si Chabrand se soutient parfois des dires et des expériences de Maurice Despinoy puisqu'il a travaillé avec lui plusieurs années, je peux en dire autant, ayant également assuré des fonctions d'interne à l'Hôpital Edouard Toulouse dans son service. J'ai même assuré pendant un an, de septembre 74 à octobre 75, son remplacement comme chef de service. Je regrette toujours de n'avoir pas été nommé définitivement dans ce poste. Mais c'est une autre histoire. Je continue d'ailleurs à avoir les liens avec lui, pas seulement en rapport avec les croisements de son histoire et de celle de mon père François Tosquellas. Faut-il rappeler que Maurice Despinoy a été directeur de l'hôpital de Saint Alban pendant quelque temps, avant de partir vers la Martinique et que l'un et l'autre ont été amenés à travailler ensemble dans ce cadre déjà largement restructuré. Faut-il rappeler qu'entre eux deux il est resté tout le temps des liens d'amitié importants,

même si effectivement, Despinoy ne s'est jamais senti tout à fait faire partie de cet ensemble et sans doute de façon plus nette avec les gens de La Borde, mais aussi à Saint Alban même. Ils se sont en tout cas revus à plusieurs reprises. Particulièrement lorsqu'il a été question au début des années 60 que le ministère organise une « prise » de Marseille par la psychothérapie institutionnelle, sous l'égide de Marie Rose Mammelet. Despinoy était à Edouard Toulouse (après un petit passage à La Timone je crois), les Monnerot arrivaient aussi à Edouard Toulouse (mon père se faisait beaucoup d'illusions sur eux). Il a été nommé à La Timone. Gentis et Torrubia devaient l'être... Mais la fin de la guerre d'Algérie avec le rapatriement de certains psychiatres d'Alger, ainsi d'ailleurs que la réforme du Ministère de la Santé, a mis fin au projet. Je pense que mon père a été très déçu de la chose, de l'échec du projet, et aussi de la non-poursuite du travail envisagé avec Despinoy. Outre, ce qui le reliait de l'histoire dans « l'île de Saint Alban », et où Madame Despinoy a eu de l'importance, il a suivi largement les intérêts de Despinoy pour les expériences anglo-saxonnes qu'il connaissait parfaitement et partageait pour une grande part. Les critiques de Chabrand à ce sujet, celui d'un rattachement exclusif de la psychothérapie institutionnelle à Lacan sont fausses, en tout cas pour nombre des intervenants de ce champ. Par exemple, Mon père a travaillé avec Diego Napolitani en Italie avec les questions des Communautés thérapeutiques de Milan, autour des idées de Bion (hypothèses de base et historicisation), ou encore de l'importance de l'analyse du champ institutionnel thérapeutique en tant que lieu de projection des angoisses et des défenses des patients psychotiques. Ce sont là des idées et des pratiques que Maurice Despinoy a pu « enseigner », si on peut utiliser ce terme. C'est autour de ces questions qu'il avait fait venir pendant quelques jours Woodbury à Edouard Toulouse. Par exemple encore, mon père faisait référence dans ses définitions du concept d'institution aux apports d'Elliot Jaques : « une organisation ou une institution est un moyen de se défendre des angoisses archaïques schizo-paranoïdes et dépressives individuelles tout en les élaborant de façon collective ». Je crois que la citation est proche des propositions réelles. Je pourrais encore citer la proximité des développements

Psychiatre des Hôpitaux.  
Marseille.

de Salomon Resnik ou ce qu'écrit Pierre Delion et sur les apports qu'il reprend des anglo-saxons, sur ses liens avec la Tavistock, etc. Certes, pendant longtemps, c'est souvent du « lacanien » qu'on entendait parler, surtout du côté des « labordiens ». Pas uniquement, puisqu'on dit que la thèse de Lacan faisait partie des bagages de Tosquelles dans sa traversée pyrénéenne. Mais, il ne faut pas l'oublier, la thèse de Lacan, étudiée à Reus collectivement et longuement, en Catalogne pour comprendre mieux les questions de la psychopathologie de la psychose, était accompagnée du livre d'Herman Simon, c'est-à-dire des propos sur la nécessité de soigner l'Hôpital pour développer une « thérapeutique plus active ». Certes, parfois certains se sont bornés à répéter... mais ça arrive tout le temps, qu'on soit de chez Lacan ou de chez quelqu'un d'autre ! C'est d'ailleurs un des problèmes d'être « de chez quelqu'un » et de trouver son identité comme ça ! Certains n'ont fait parfois que d'être « de là » ce qui fait sans doute que la psychothérapie institutionnelle a été considérée parfois comme une pratique asilaire. Ce n'est pas la même chose que de se rattacher à un mouvement. Et ce rattachement est encore plus nécessaire aujourd'hui alors qu'on assiste à une destruction systématique de la psychiatrie et de la psychopathologie, de l'extérieur mais aussi de l'intérieur. De plus, pour ce qui est de la psychothérapie institutionnelle, il faut rappeler que nombre de praticiens qui s'y rattachaient déclaraient qu'elle n'existait pas, que c'était surtout un mouvement. Mon père a toujours dit qu'il s'était fait forcé la main pour constituer la société de psychothérapie institutionnelle. Il pensait que ce serait un échec, en rapport avec cette mise en organisation. Ça l'a été en effet. Ça a été aussi une dispersion et une destruction du GTEPSY qui se voulait être une structure de réflexion et de mise en pensées des pratiques et des concepts. Je crois savoir qu'un livre est en préparation sur cette expérience si mal connue... Despinoy n'a pas certes fréquenté ces espaces, alors que d'autres Marseillais ont pu venir parfois y dormir. Je ne sais pas si c'est parce qu'il ne l'a pas voulu ou si d'autres ne l'ont pas voulu. Il y a des arriérés et des dettes par là, et les critiques de Chabrand n'en sont pas tout à fait étrangères non plus. Je ne vais pas reprendre les commérages à ce sujet, mais on a les héritages qu'on a et qu'on prend. En outre, on ne peut qu'insister sur un autre groupe conceptuel, celui de l'essentialité de l'histoire et des processus d'historicisation. Ce qui veut dire que chaque pratique est une expérience à elle-même. Elle ne peut pas se copier, même si certains l'ont tenté encore une fois. Ce qui veut dire aussi qu'est mis au premier plan les nécessités de la constitution d'une équipe dans la durée, et d'autre part, celle de la construction d'un dispositif spécifique, toujours à reconstruire, tout comme celle de la mise en place de lieux d'analyse permanente, tant au niveau sociologique et institutionnel, voire politique, qu'au niveau psychopathologique.

Et sans doute l'histoire des Clubs évoquée dans les critiques de Chabrand vient ici au bon moment. Il tiendrait de Despinoy que Tosquelles lui aurait dit que le Club de Saint Alban avait été monté pour contrer la communauté

religieuse de l'époque. Pour contrer son pouvoir local. Je ne sais ce qu'il en est de ces dires sur ces dires. Je sais par contre que Despinoy avait écrit un texte avec Gérard Bléandonu je crois, dénonçant cette pratique de Club. Une réponse de Yves Racine avait été faite dans « l'information psychiatrique » peu de temps après. L'argument majeur était le même que celui qu'évoque Chabrand. Le Club n'est pas un instrument thérapeutique mais un organisme de gestion bureaucratique à prétention pseudo démocratique. La preuve en est donnée par le fait qu'il n'est fréquenté que par une certaine catégorie diagnostic de malades, bien peu, et que les Présidences sont assurées particulièrement par des patients paranoïaques ou psychopathes. C'est parfois possible. Mais pas systématique. On dit même que parfois même les élections ont pu être truquées pour que ça arrive dans le but de permettre une problématisation au niveau d'une surface sociale de rencontre, donc contradictoire, des questions liées à ces positions pathologiques particulières. Je n'en sais rien, mais j'en ai entendu parler... Et de toute façon, là n'est pas la question du Club. Il n'est pas un organisme démocratique. Plus que de Club, je suivrais Pierre Delion qui parle d'un « effet Club ». Ce n'est pas l'organisme lui-même qui compte le plus, mais l'effet qu'il produit sur la structure d'ensemble du lieu de soin, dans ses parties hospitalières certes, mais aussi dans ses composantes extra hospitalières. Et oui ! Si le Club a bien été « inventé » dans une structure hospitalière (Club Paul Balvet pour Saint Alban), ça ne veut pas dire qu'il s'identifie avec. Il n'y a qu'à se rappeler les effets du Club de Saint Alban sur l'ensemble du Département (mais il est vrai que la Lozère était le jardin de l'Hôpital selon Tosquelles), il n'y a qu'à reprendre ce que dit Pierre Delion sur différentes expériences en France, il n'y a qu'à lire le récent livre de Marie Françoise Le Roux (Actualité des Clubs thérapeutiques, aux éditions du Champ social), il n'y a qu'à reprendre certains écrits de Roger Gentis sur les développements des structures du secteur qu'il a initié à Orléans... etc. C'est donc l'effet Club qui est important. Il introduit une modification fondamentale dans la structure avec la présence permanente d'une référence à un tiers. C'est d'ailleurs une critique qu'on peut apporter au travail de Maurice Despinoy à l'Hôpital Edouard Toulouse de Marseille. Chaque pavillon (comme on disait à l'époque), vivait d'une façon relativement autonome. La référence au Service dans son ensemble se faisait essentiellement par opposition aux autres Services (les deux du couple Monnerot). Il n'y avait pas de structure faisant tiers dans cet ensemble, ce qui favorisait les développements des rivalités entre les unités, parfois au gré des changements des investissements supposés ou réels du chef de service. Il n'y avait donc pas de surface d'analyse des mouvements d'ensemble. Certes chaque unité développait ses propres dispositifs d'analyse institutionnelle, pour mettre en œuvre les indications des principes des Communautés thérapeutiques (projection, cure des scissions...), mais fondamentalement, les mécanismes de clivages ne pouvaient s'aborder qu'en reproduisant d'autres clivages qui venaient englober les premiers et les sursignifier. C'est bien cette fonction Club qui manquait. Et



MOI  
ENTIER



MOI  
MORCELÉ



MOI  
LACUNAIRE



MOI-JEU



MOI-TE



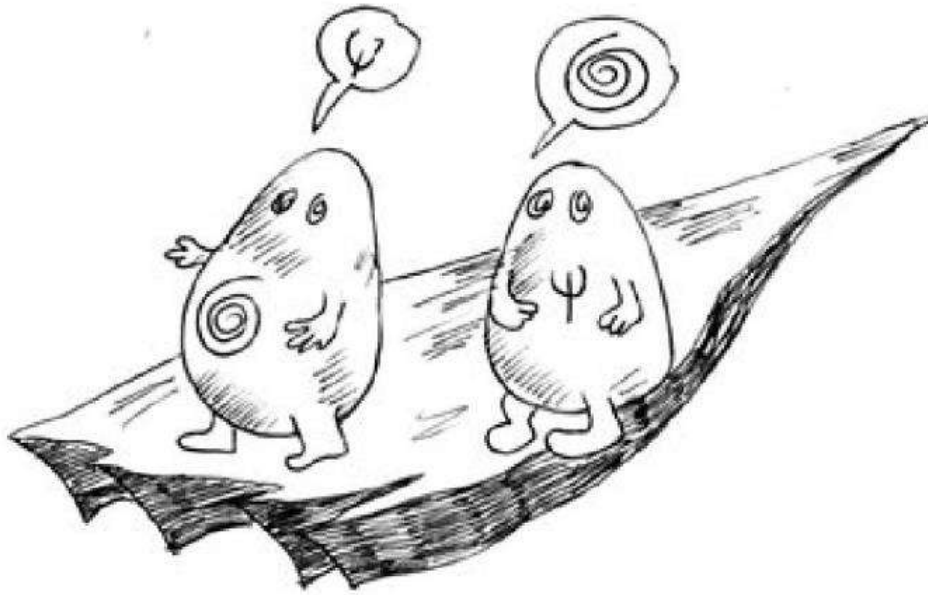
SURMOI

elle manquait de façon délibérée, par décision de principe. Ce n'est pas, en tous cas, l'expérience du Club d'Edouard Toulouse qui pouvait modifier ce point de vue. Celui-ci avait été monté en effet pour faire moderne et être dans le coup, dès l'ouverture de l'Hôpital, pour établir un lien de principe entre les trois Services, dans un mouvement d'idéalisation important qui ouvrait à la perspective d'une autre psychiatrie, d'une autre psychiatrie que celle que tous connaissaient à Marseille à ce moment et depuis des années, particulièrement à l'APM. Mais ce Club n'avait pas été investi réellement, dans le travail quotidien. Sans doute trop de différences d'orientation de projet thérapeutique entre eux... Il ne pouvait pas assurer cette fonction de tiers et de décentrage. J'aime bien utiliser ce terme de décentrage, l'utiliser très pratiquement. Dans le secteur où j'ai travaillé pendant de nombreuses années, c'était une pratique quotidienne et une pratique difficile qui demandait de ramer tout le temps à contre-courant. Nous avons d'abord un principe qui était que personne ne travaille à temps plein dans la même unité. Nous avons défini ensuite, et ces définitions ont bien évidemment varié selon les moments de l'évolution de ces lieux, des fonctions particulières pour les unités d'hospitalisation, mais en même temps ont été mis en place des occasions de rencontre, voire même des obligations de rencontre, avec des lieux collectifs d'analyse, dans les unités et entre les unités, y compris les unités extra hospitalières, ou encore la constitution d'un collectif soignants-soignés centré sur les questions des activités thérapeutiques, ou même des tentatives de constitution d'unités que nous appelions transversales, comme l'unité des appartements thérapeutiques, ou celle de la réinsertion sociale. Chaque fois, il s'agissait d'indiquer la nécessité du combat contre la fermeture sur soi de chaque lieu qui provoque souvent dans ces cas à une prise de possession des patients, et donc à pouvoir aussi les rejeter

le cas échéant. Il s'agissait d'indiquer qu'il ne s'agissait pas que d'une proposition théorique d'ordre quasi politique, mais d'une nécessité liée à la question de la psychose et des mouvements de fermeture qu'elle entraîne, en même temps que ceux d'éclatement et de dispersion. Il s'agissait encore d'indiquer que la question était quasiment identique pour les groupes que pour la psychose. Il s'agissait en somme de permettre des articulations entre des organisations et des institutions.

Et si, à la limite, on pourrait être d'accord avec cette phrase de Tosquelles, que Despinoy aurait livrée à Chabrand, il conviendrait alors de la resituer. Certes à l'époque, mais bien plus dans la question de la construction du dispositif de soin. Tosquelles a répété à plusieurs reprises, qu'une des questions de base de la constitution d'un dispositif de soin est de s'opposer au « pouvoir caractérologique fatal du chef de quartier », autrement dit de lutter contre la constitution de féodalités locales. Je rajouterai qu'un tel dispositif permet d'articuler, sur le plan institutionnel, les fonctions maternelles et paternelles, si malmenées par le processus psychotique et la confusion qui y règne.

Chabrand évoque une autre critique qui serait presque celle d'un jugement de sectarisme (au sens de secte) des tenants de la psychothérapie institutionnelle. On a vu en effet parfois, avec les avatars de la Fondation Pi, dans des circonstances particulières que des choses de ce genre étaient possibles, ou inversement que le fait de s'intituler de chez la psychothérapie institutionnelle (dans le cas de la psychanalyse institutionnelle), que le fait de mettre en place des structures d'analyse permanente et des structures de formation de mettait personne à l'abri de telles dérives. Rien ne permet de dire dans cet exemple que le vers qui était dans le fruit était celui porté par la psychothérapie



institutionnelle. Mais ce n'est pas la Fondation PI que vise Chabrand, bien entendu. Cette affaire n'a sans doute pour lui aucune importance. C'est fondamentalement la psychothérapie institutionnelle dans son incarnation labordienne. En fait c'est Jean Oury lui-même. Si La Borde est une secte, c'est parce qu'elle se reproduit elle-même par des mécanismes internes fermés sur eux. Particulièrement avec la question de l'accès à la psychanalyse pour tous, ce qui n'est peut-être pas critiquable, mais pour tous par les mêmes psychanalystes, les mêmes qui travaillent dans la clinique et qui en fait la dirigent. Ce qui compliquerait largement les questions du transfert et de sa liquidation éventuelle. La question n'est pas si simple même si elle est d'importance. Je dirai d'abord que c'était une pratique fréquente à Saint Alban à l'époque héroïque. Et que même s'y mêlaient des pratiques d'analyses individuelles et des pratiques d'analyse de groupe, avec les mêmes intervenants. Ce qui serait un pécher mortel. On peut certes se sortir de cette difficulté ou de ce qu'on peut considérer comme tel en rappelant que la Lozère était complètement isolée du reste du monde. Je ne vois pas comment quelqu'un aurait pu aller fréquenter un divan qui ne soit pas à Saint Alban sans passer sa vie dans le seul train qui conduisait vers Paris chaque jour. Il est vrai que cela lui aurait permis de ne pas fréquenter les malades par faute de temps ! Montpellier, Marseille ou d'autres villes gagnées à la pratique analytique, ne valaient guère mieux en temps à l'époque. Mais deux sortes d'arguments pourraient se développer. D'une part, il est tout à fait possible que cette méthodologie soit quelque peu inspirée des cures proposées parfois par Ferenczi. D'autre part, il est question de l'articulation de l'analyse individuelle et de l'analyse institutionnelle dans ces lieux. Je n'en dirais pas plus ici. Sauf à rappeler quand même que tous les intervenants de La Borde ne sont pas ou n'ont pas été analysés par Oury, qu'il y a parfois des « tranches » diverses, comme on dit... Il y a même paraît-il des soignants qui vont vers Orléans ou Paris et qui fréquentent des analystes non lacaniens ! Il faut dire

qu'on ne sait plus ce qu'est un lacanien ! Et puis, sur cette fermeture de cette structure de reproduction à l'identique, on peut aussi rappeler qu'elle est contrebalancée par les ouvertures vers nombre d'intervenants non analystes, ou par l'animation ou la fréquentation de nombreux séminaires et groupes de travail, avec des non labordiens. De toute façon, le fait de l'expérience particulière de La Borde ne saurait résumer la question de la psychothérapie institutionnelle. Et même s'il y a des choses discutables qui peuvent s'y produire n'infirme pas la psychothérapie institutionnelle comme méthode. On peut certes dire que La Borde est un lieu particulier qui développe depuis des années des pratiques de soins tournées vers la question psychotique. C'est déjà pas mal. Car, il faut encore le rappeler, ce que Chabrand ne fait pas, c'est que c'est bien la question de la psychose qui se trouve au centre, voire au fondement, de la psychothérapie institutionnelle. Celle-ci déclare en effet d'abord que la question est celle des possibilités de la thérapie de patients psychotiques considérés comme en mal de subjectivation, mais comme sujet avant que d'être citoyen. Elle déclare ensuite que le fait de la psychose, celui du type même du transfert psychotique (morcelé et dispersé) impose un dispositif particulier qui tienne compte de ce caractère et une méthode particulière qui permette d'accueillir la question et de rendre possible sa problématisation. Alors, bien entendu, Chabrand pourrait dire que les psychotiques ne sont plus majoritaires dans les lieux de soin (c'est vrai, on les a quelque peu expulsé vers la rue ou la prison, vers le caritatif, c'est-à-dire vers la précarité et parfois la mort...) et que donc ce ne peut être une méthode qui s'adresse à eux qui fonde l'essentiel des interventions soignantes. Pour ça, il aurait fallu d'abord qu'il reconnaisse cette méthode à un moment donné. Ce qu'il ne fait pas puisque finalement il déclare qu'elle est une imposture et qu'elle l'a toujours été. Si la psychothérapie est née dans les Asiles, c'est bien parce qu'à ce moment, les psychotiques étaient dans les Asiles. S'ils en sont sortis assez souvent, la question n'est

pas pour autant résolue. Si les Asiles ont été fermés non plus d'ailleurs. Et si les lits d'hospitalisation ferment chaque jour d'avantage à l'usage exclusif de l'urgence médicalisée, toujours non plus. Se situer au niveau d'une méthodologie qui concerne la psychose n'est pas que poser la question du traitement de tel ou tel patient psychotique. C'est se situer au niveau le plus archaïque de la position d'un humain dans son processus de subjectivation, de devenir sujet, processus jamais achevé. C'est au fond être près à entendre quelque chose de ce lieu-là. Chez tel ou tel patient, psychotique, bien entendu, mais aussi chez tel ou tel autre, non psychotique qui peut présenter des niveaux, des noyaux ou des moments psychotiques. C'est se situer à un niveau qui refuse fondamentalement toute ségrégation et tout rejet dans une sous-humanité pour des raisons psychopathologiques (et pas plus pour d'autres). C'est parce que cette méthode travaille fondamentalement au niveau de l'ambiance qu'elle permet un accueil des autres types psychopathologiques sans clivages de fond. Ca ne veut pas dire que tout le monde va être soigné de la même façon, mais cela veut dire que chacun sera accueilli avec ses caractéristiques cliniques et humaines. En sommes, chacun sera traité de la même façon. C'est sur ce fond méthodologique que d'autres techniques précises pourront être proposées pour tel ou tel patient, selon son état. Y compris des médicaments biologiques.

Je pourrais continuer encore longtemps. Mais ma colère ne pourra se calmer. Elle ne pourra se calmer ainsi parce qu'en fait elle ne s'adresse pas à Chabrand. Je fais souvent référence à Mao Tsé Toung qui insiste dans la question des rapports de la stratégie et de la tactique à la nécessaire différenciation entre les contradictions au sein du peuple, contradictions non antagonistes, et les contradictions avec l'ennemi, contradictions antagonistes. Il ne peut être question de traiter ces questions de la même façon. Les premières provoquent dialogue et polémique. Les secondes se situent dans la question de la guerre. Je pose que les contradictions avec Chabrand sont à priori de la première catégorie, de même que celle que celles que Maurice Despinoy peut avoir avec la psychothérapie institutionnelle ou que je peux avoir avec lui. Nous allons ensemble d'ailleurs tenter d'écrire quelque chose sur sa trajectoire professionnelle et sur l'état de la psychiatrie aujourd'hui. Ma colère s'origine en fait dans le sort fait à la psychiatrie, et surtout dans l'inacceptable de la collaboration de nombre de professionnels à ces décisions. Pour « le «bien» des malades, comme d'habitude. L'eugénisme et l'extermination sonnent toujours à la porte, mais aussi à l'intérieur de nous. C'est pourquoi, des rencontres comme celle de Vaison-la-romaine sont essentielles. Il ne s'agit pas seulement d'organiser une résistance, mais aussi de dire ce qu'on fait.





Jean-Jacques Lottin

## Au pied du Ventoux, Usbek et Rica découvrent la psychiatrie institutionnelle... Ils aiment

Partis chercher une réponse aux questions qu'ils se posent sur la folie de leurs contemporains persans, Usbek et Rica voyagent en Septentrion occidentale, et relatent dans des lettres à leurs amis les découvertes qu'ils font au pied de la montagne Ventoux au crâne blanc, dont ils regardent effrayés dévaler les routes par d'étranges personnages sur de drôles de machines appelées vélos par les indigènes, et ne comprennent pas comment ils y ont grimpé.

La ville s'appelle Vaison (presque comme cette Raison qu'Usbek vénère), Jules le romain y a laissé de belles traces, et la lumière y est très belle.

Usbek et Rica sont les invités de la revue *Psy-Cause*, dont le thème « Mythes originaires de la psychiatrie contemporaine » les a attirés, puisque comme chacun le sait, la Perse est la mère de l'inconscient.

### De Vaison, lettre d'Usbek à Ibben le curieux, à Smyrne, ce 8 juin 2006

Tu n'en croiras pas tes oreilles, le modeste caravansérail qui nous héberge s'appelle *À cœur joie*. Cette rencontre porte le nom de « séminaire » bien qu'il n'y ait pas ici de prêtres, et nous sommes accueillis après notre long périple depuis Constantinople à Marseille, puis droit vers Septentrion, par des personnes fort avenantes qui nous offrent d'emblée des stylos multicolores à papillons, des blocs de papier, et diverses informations dites scientifiques, destinées à aider les médecins à mieux soigner leurs patients. Ils portent des noms étranges : Janssen-CILAG (le laboratoire des neurosciences), Johnson-Johnson.

Comment peut-on être français, dans ce beau pays où les laboratoires font des cadeaux gratuits, offrent à manger et à boire, et vous envoient en voyages lointains pour recevoir des informations importantes ?

Il avait paru autrefois dans cette contrée un bel ouvrage d'un sociologue, Michel CLOUSCARD, *Le capitalisme de*

*la séduction* (1982), qui montrait bien comment progressivement, devant tant de gentillesse on perd (un peu) son libre arbitre, son esprit critique, et son indépendance scientifique, jusqu'à devenir consentant à sa propre aliénation. Il est vrai que ce bougre était marxiste, et que tout cela ne semble plus à la mode ici.

Mais comment peut-on être persan ?

### De Vaison, lettre de Rica, à Zachi au harem d'Ispahan ce 8 juin

Voilà une soirée comme tu les aimerais : un premier concert de piano par un « patient » (quel curieux nom ils utilisent ici) suivi d'un repas somptueux agrémenté de vins de ce pays (comme tu le sais, le Zoroastre ne m'interdit pas de boire) qu'on définit « vert, fruité, légèrement gouleyant », donc festif. Le clafoutis aux cerises fut un grand moment de bonheur. Puis vint une musique de Nègres, très remuante, donnant envie de bouger dans les jambes, et je pus voir ce que jamais je n'avais vu chez nous, même au harem, un homme et une femme dansant ensemble, se touchant, virevoltant au comble du plaisir. Ils sont tous fous en Septentrion.

Il est vrai, comme tu le sauras un jour, que chez nos voisins turcs, Mustafa Kemal, leur père à tous (Atatürk diront-ils) luttera à sa façon contre les danses musulmanes en ligne, sexes séparés, en favorisant les « danses modernes de salon » en couple, plus laïques, mais là, j'anticipe de deux siècles...

Nous eûmes du mal à nous endormir dans de très petits lits, surtout loin de toi ma belle. Ils sont un peu fous, ces psychiatres.

### Lettre d'Usbek du 9 juin au pied des Dentelles, à Nessir à Ispahan

Toute la journée nous avons beaucoup travaillé. Ici vois-tu, les gens savent mélanger la joie et le travail.

Une belle dame blonde venue de la lointaine Polonia préside les travaux du matin.

Les français semblent très accueillants aux étrangers (pourtant, un voisin m'a parlé d'un très contagieux et pernicieux

« Sarkôme de Fachozy » qui menacerait ce pays qui avait naguère érigé un mur contre la peste).

Une belle et très libre équipe du CMP de Vaison-la-Romaine présente son travail auprès des fous d'ici. À les écouter, nous ne savons pas bien qui est le médecin (un certain André-Salomon), qui l'infirmier, qui la psychologue : il semblerait que ce soit le cœur de la psychothérapie institutionnelle, où la hiérarchie disparaît au profit de l'engagement personnel de chacun à prendre en charge la personne en souffrance. Sûr que mon père Montesquieu appellerait cela la 'démocratie' sanitaire.

Dans cet « atelier » j'ai appris qu'il fallait commencer par « soigner les soignants pour soigner les patients », qu'un certain désordre dans l'institution était efficace, que la cuisine joue un rôle important comme lieu de rencontre, d'échange, donc de soin, mais que les dirigeants français cherchent à mettre fin à ce « joyeux bordel » au nom de l'hygiène, de la spécialisation, de l'économie, et de la « sécurité » : vois-tu, dans cet étonnant pays, il semble que la raison s'oppose à la rationalité : ils sont bien fous ces français.

Un de leurs chefs dira les mots-clés de la nouvelle tendance : gouvernance, pôle, évaluation, gestion, signalement, délation, stigmatisation, adressage, contrôle, vitesse, sécurité. C'est une nouvelle idéologie très réductrice de l'humain.

Au fond, la psychiatrie institutionnelle, c'est le contraire de ces gros mots, c'est du « bricolage », du doute, du tâtonnement, et c'est pourquoi elle est menacée : elle n'est pas assez pragmatique-efficace-scientiste. comme dit leur élite.

Et je n'oublie pas les mots de Tosquelles repris par Oury : la psychiatrie institutionnelle repose sur deux jambes, le marxisme et la psychanalyse, elle est donc très politique. Si une jambe manque, et bien, c'est l'hémiplégie. Si les deux font défaut, ce n'est pas la tétraplégie, mais la biologie, une maladie grave d'ici.

Au fait, as-tu des nouvelles de ma Roxanne et des plus belles femmes de Perse ?

## Lettre d'Usbek de Vaison à Rhédi, à Venise, le 9 juin

Je reprends la plume, car je viens de me régaler avec un savant psychiatre qui doit être un cousin lointain, brun comme nous, Youssef MOURTADA : j'y vois beaucoup plus clair, et je pourrai mettre ces méthodes à l'essai à mon retour. C'est un homme de lettres et de science en même temps, qui parle des mythes (*qui donnent à chacun le droit à écrire et raconter l'histoire*), qui *traverse la loi à la rencontre du réel*, et pense que la psychiatrie post-moderne fractale et fragmentaire avec ses métastases positivistes, est éloignée des Lumières que Montesquieu mon maître prisait tant, par cette accumulation maniaque de règles qui la rendent mélancolique : le paradigme de cette psychiatrie dont nous ne voulons pas, c'est la « santé mentale ». Je t'engage à y réfléchir.

Jacques DUBUIS vient de Lugdunum, et *considère l'extra-hospitalier comme le lieu d'excellence pour sauver la psychiatrie institutionnelle, sa cogestion et son désordre (apparent ?)* :

*le pouvoir en effet, doute profondément de l'utilité même de la psychiatrie, quand les médicaments suffisent pour une bonne gestion des crises en urgence. À la sortie, on socialisera. Vive la fin de la complexité*, a-t-il dit.

Enfin, un superbe gaulois à la moustache si typique, termina cette riche matinée, Hervé BOKOBZA, du pays catalan. Il revendique l'héritage de Jean AYME pour qui *être psychiatre, c'est être militant*. Il pense qu'au rythme où va la sottise des experts de l'administration, demain, on ne soignera plus qu'avec des « protocoles » (je n'ai pas compris ce mot, et ne sais le traduire en farsi...).

L'état traque au nom de « la science » le secret de l'homme, l'intime, le rend transparent pour le nier, le réduire à être un individu « responsable », écrabouillé par les règlements, soumis à la peur, à la « preuve », mais pas à la possibilité d'advenir comme sujet singulier.

Le repas de midi ressembla à celui des moines chrétiens : les révérends pères EVRARD et BOSSUAT nous firent la lecture d'un texte « officiel » sur un délire : en Francie, on ne jure plus que par la QUALITÉ, la plus totale possible, au point qu'il existe maintenant des « qualiteurs » (voire des « qualitiens »...) groupés au sein de l'Association française pour la promotion de la qualité totale... tautologie ? car, comment cela n'irait-il pas de soi que tous ces gens compétents et attentionnés visent LA qualité des soins ? Est-ce que cela existe chez nous des soignants anti-qualité ?

Mon cher Ibben, pardonne-moi, mais ils sont fous ces français : on peut donc bien être persans... Mais comment vont mes eunuques noirs ?

## Lettre de Rica à Cœur Joie, à Rustan, à Ispahan le 9 juin

Sais-tu, cher et noble ami, qu'en Francie, où j'arrive au terme de mon initiation, il semble que les autorités aient peur des pauvres, des « fragiles », et des métèques qu'ils ressentent comme des menaces pour l'ordre public ?

Pour éviter que les gros mots ne leur sautent à la tête, ils utilisent des euphémismes magiques pour en parler : les précaires, les exclus, les sans quelque chose, et les confient aux prisons ou aux psychiatres.

Nos religions sont plus sensibles à l'entraide que la leur.

En outre, j'ai appris qu'un groupe de supermarchés (je t'expliquerai à mon retour ce qu'on fait là-dedans) nommé Auchan, s'emploie à acheter massivement des cliniques privées pour les « rationaliser » (un autre euphémisme), c'est-à-dire diminuer les lits et les personnels, avant de négocier avec le ministère une augmentation globale de leurs prix de journée sous la menace de tout fermer...

Ils sont bien plus fous que les fous.

Après qu'un descendant d'Alexandre, Dimitri KARAVOKYROS eut évoqué l'histoire du tournant des années 70-80, avec sa passion habituelle, un autre lugdunumien, Michel GILLET, homme très sage et très élégant dans ses paroles parées de la vraie vertu, celle du cœur, a captivé toute la belle assemblée en parlant de « L'éthique de la transmission, transmission de l'éthique ». Un peu triste toutefois de cons-

tater un recul des valeurs qui ont fait les Lumières françaises, face à cette vulgaire dérive scientiste là où il faudrait tant et tant d'humanité.

Nous devrions inviter ce sage à l'université d'Ispahan.

Et puis, dans le débat qui ici suit toutes les prises de parole, quelqu'un a évoqué les sortants d'HO (hospitalisation d'office) et seul le Zoroastre comprend pourquoi, j'ai entendu, *les sortants Dachau*, car tu le sais, cette psychiatrie institutionnelle est née dans les conditions difficiles de l'horreur de leur guerre mondiale, et de l'autre extermination, dite je ne sais pourquoi « douce », celle des aliénés. Par ailleurs, le fils de TOSQUELLES, Jacques, a eu ce cri du cœur : *le plus dommage, c'est que les jeunes ont soif de clinique, et qu'on les en prive.*

Tout cela posant la nécessité d'une nouvelle résistance contre les ennemis de l'intelligence, de la pensée, et de la sensibilité à l'humain. Ou comme l'avait analysé Pierre EVRARD hier, *Pourquoi les principes de la psychothérapie institutionnelle sont toujours de première nécessité...* l'analyse institutionnelle n'est pas « dépassée », sinon par quoi ?

Je laisse le soin au sultan Usbek de conclure sur cette aventure en Septentrion, et te prie de saluer Mirza de ma part.

## Usbek du caravansérail de Vaison, à Roxanne au harem, le 9 juin

Ma belle et vertueuse, il me tarde de te retrouver. Je quitte à regret cette Provence romaine lesté de belles rencontres et d'étonnements sans fin sur la manière dont l'Occident septentrional se maltraite comme avec plaisir, sachant qu'il a tant d'atouts.

Et d'abord, te dire combien ces gens de la psy institutionnelle ont, malgré toutes les difficultés que leur fait une administration assez imbécile, et des politiciens souvent incultes, le sens de l'amitié, de l'écoute, et de la fête. Le

culte de la relation et de la parole. Du respect. Du doute scientifique. Une belle leçon à ramener à Ispahan.

Ces vertus semblent en voie de raréfaction ici, encore que... Accablés d'évaluations, d'expertises, de contrôles budgétaires, de vitesse, de preuves à fournir, et d'une vraie vulgarité dans les rapports administratifs, de la part de tous ces gens formatés à ne plus fonctionner qu'AU PIED DE LA LETTRE, ils continuent à penser qu'un cuisinier est important dans une institution soignante, qu'un chat qui se balade dans les services n'est pas une horreur, que le marquage des noms et fonctions sur des badges ne donne pas d'autorité particulière, que l'équipe est plus efficace que le chef tout seul, et que les blouses blanches ne sont pas une vertu. Beaucoup n'utilisent que modérément les médicaments, mais la parole n'est pas économisée. Ils s'engagent et mouillent leurs chemises pour le bien commun de cette catégorie d'humains qu'ils ont choisi d'accompagner : les fous, les djoundi des Arabes.

Comme tu le sais, pour Allah et le Zoroastre, les fous sont sous la protection de toute la communauté. Ce qui ne semble pas le cas en France où l'on en revient aux entraves, comme dans nos geôles. Ces gens n'ont donc plus de religion ?

Jacques ROUSSET, jeune homme de bonne allure disait dans un apparent paradoxe qu'au fond, la vraie psy institutionnelle est une psychiatrie qui ÉCHAPPE à l'institution, qui n'homogénéise pas les êtres, et qui réfute la mauvaise foi de ceux qui « confondent » institution et asile. La solution est donc de continuer la tradition désaliénante. Pas de surveiller et punir. De prendre le temps. D'être prévenants plutôt que « préventifs » et en tous cas, pas prédictifs. Merci à eux. Ma Roxanne, il nous faudra les inviter au harem. Ils te montreront comment ils dansent et font des clafoutis...

Par délégation spéciale de Montesquieu,  
Jean-Jacques LOTTIN, L'Isle-sur-la-Sorgue, Vaucluse.





Anne Rivet

## Pour conclure et continuer...

« Le fond même de la transmission dans l'humanité, marquée selon les cultures les plus diversement stylisées, c'est l'acte de transmettre (...) une transmission ne se fonde pas sur un contenu mais avant tout sur l'acte de transmettre.<sup>1</sup> »

le X<sup>e</sup> colloque de la revue *Psy Cause* s'est interrogé sur la nature des mythes originaires de la psychiatrie contemporaine, en orientant la réflexion sur l'histoire et le futur de la pratique psychiatrique. En tant que jeune psychologue clinicienne, je me sens interpellée par l'avenir des pratiques soignantes, à l'heure où les générations qui m'ont précédée s'alarment des séismes qui fissurent l'épistémè psychiatrique. Ainsi, au regard de ce bilan sur les « ponts jetés » entre l'origine et l'avenir, il m'est apparu opportun de poursuivre ce travail en questionnant la place du mythe et sa subsumption dans la transmission des pratiques et des savoirs dans le cadre du soin psychique.

À l'orée d'une historisation de la psychothérapie institutionnelle qui la ferait irréductiblement basculer du côté caduc des pratiques thérapeutiques, les témoignages et les interventions de ce colloque ont, au contraire, suscité une reviviscence nourrie par l'actualité des questionnements. En conjoignant la dimension du mythe et les interrogations sur l'avenir la parole s'est faite agent de la transmission. Loin de la narration univoque d'une histoire ou de l'enseignement dogmatique d'une pratique, l'éclectisme et la singularité des voix ont exhalé la dimension Autre de l'objet de cette transmission.

À la fois subjective et commune, la transmission dans le champ du soin psychique ne peut être entendue comme un simple passage de relais à l'image d'un savoir faire artisanal et ancestral. L'acte de transmettre, comme l'appropriation personnelle de cette transmission sont irrémédiablement soumis à une dimension Autre qui les transcende. Pourquoi ? Parce que soigner la souffrance est un acte de rencontre, un acte transférentiel, un acte inter-subjectif, non reproductible,

qui ne relève pas d'un savoir, qui ne peut pas se circonscrire et s'exposer. Cela ne peut s'enseigner, ni s'apprendre, mais peut se transmettre ! Simplement parce que la transmission comme le soin psychique sont soumis au paradoxe et à l'irréductible du singulier dans la répétition, de la même manière que l'ontogenèse est la reprise de la phylogenèse dans la vie psychique.

Dans la pensée freudienne, le concept de transmission psychique est décliné selon deux orientations majeures<sup>2</sup>:

- *Die Übertragung*, qui qualifie le fait de transmettre ou la transmissibilité. Le même terme désigne le transfert, mais aussi la translation et dans une acception plus restrictive la communication par contagion.
- *Die Erwerbung*, qui désigne l'acquisition comme résultat de la transmission.

La finesse de ce découpage sémantique nous permet de distinguer deux paramètres essentiels :

La transmission concerne à la fois un processus et un résultat. Il est remarquable de souligner que cette polysémie laisse pressentir la marque de la translation, l'acquisition secondaire ne pouvant se faire sans modifications. Ces constatations nous permettent de saisir la double nature de la transmission, une partie résultante se modifie perpétuellement en fonction des points d'appropriations, et paradoxalement, une dimension structurelle demeure pérenne. C'est à ce point que s'inscrit la portée heuristique de la pensée freudienne qui nous éclaire sur l'existence d'un travail *inter-* et *trans-* générationnel de la transmission. La part trans-générationnelle en étant la facette héritée du mythe, qui dans sa forme structurelle se répète depuis l'origine.

Psychologue clinicienne

Secteur 27, Centre Hospitalier de Montfavet.

1. LEGENDRE P. 1985. *L'inestimable objet de la transmission*, Paris, Fayard.

2. On trouve aussi dans l'œuvre de Freud une acception biologique et juridique du terme de transmission :

- *Die Vererbung*, désigne ce qui se transmet par hérédité ou par héritage.

- *Die Erbllichkeit*, désigne l'hérédité ou l'héritage.

Cf. KAES R. et al. 1993. *Transmission de la vie psychique entre les générations*, Paris, Dunod.

## Mythe et phylogénèse

« Les mythes sont les résidus déformés des désirs fantasmés de nations entières (...) ils correspondent aux rêves séculaires de la jeunes humanité<sup>3</sup>. »

Les nombreux travaux de recherche ethnologique sur les mythes nous ont enseignés que l'illusion fictionnelle qui les trame n'était que le reflet d'une organisation humaine et sociale. Avec Freud les investigations iront plus loin, il décrira une fonction fantasmatique du mythe comme une création dérivée de l'inconscient qui viendrait suppléer le refoulement des désirs de l'humanité. Ainsi, c'est par la création d'un mythe, d'une « fantaisie phylogénétique », qu'il répondra à la question de l'origine de la structuration psychique de l'individu, soulignant par là même que cette organisation va de pair avec le social. Individu et société sont issus du même creuset, liées et soumis par la transmission de l'interdit et son corollaire, la culpabilité.

La transmission dessaisie de tout objet ou de tout contenu est en elle-même un héritage, une démarche qui transcende les individus puisqu'elle relève d'une histoire, d'un savoir, d'une fonction qui leur pré-existait et qui leur survivra. Pour le dire encore plus simplement nous sommes et nous ne serons tous que les agents, les vecteurs de cette transmission, filiation symbolique qui, dans une même temps, nous assujettit et nous subjective.

Il est, à ce titre, remarquable de constater la proximité des entreprises institutionnelles avec le mythe des origines, *Totem et Tabou*. On y retrouve les déclinaisons de la figure paternelle, dont la version la plus paradigmatique ressort de l'idéalisation d'un père fondateur. Peu importe d'ailleurs qu'il soit le fondateur réel, il suffit simplement qu'un directeur ou autre chef hiérarchique charismatique prenne sa retraite pour qu'il bascule instantanément du côté sacré. Son évocation s'accompagne alors d'un cortège d'anecdotes et de légendes qui louent ses qualités exceptionnelles, son désintéressement et sa pugnacité... seul contre tous ou « au-moins-un » ! Son idéalisation va jusqu'à refouler les zones les plus ombrées de son histoire, la part maudite de son héritage, pour mieux l'exalter et reléguer au genre humain les acteurs actuels de l'institution.

Les mythes et les figures fondatrices sont les garants symboliques des continuateurs, ils vectorisent la Loi et le Surmoi, ils introduisent l'Autre, et assurent par là l'intégration des fantasmes originaires. Le groupe ainsi organisé est capable d'admettre des différences entre ses membres puisqu'il est assuré d'avoir en commun quelque chose de défini, qui est l'origine. Le matériau du mythe vient opérer le travail psychique de la transmission, il vient initier les processus de liaison entre les appareils psychiques individuels et augurer

du résultat et des transformations opérées par ces liaisons. Il assure par-là la matrice d'une identification groupale qui laisse place à la richesse des identifications individuelles qui permettent à chacun de décliner la résultante du travail de la transmission.

L'interrogation serait dès lors : fantasme originare et illusion groupale fonctionneraient-ils toujours pour la psychiatrie contemporaine ? L'égarement sociétal et politique à son encounter serait une amorce de réponse. Sa quête actuelle d'unité en est une autre, peut-être encore plus pertinente, puisqu'elle souligne la primeur du clivage sur l'identification groupale et par conséquent la fracture de sa continuité narcissique entraînant le déclin de son identité comme objet transmissible. L'incertitude pour ne pas dire l'inquiétude récurrente à propos de son avenir illustre la question de la transmission :

« C'est toujours à un moment critique de l'histoire qu'émergent et insistent la question de la transmission et la nécessité de s'en donner une représentation : au moment où, entre les générations, s'instaure l'incertitude sur les liens, les valeurs, les savoirs à transmettre...<sup>4</sup> »

## Ontogénèse et avenir

« Si la conception occidentale de l'homme est un mythe, il n'existe plus de possibilité d'un quelconque projet collectif.<sup>5</sup> »

La psychiatrie et le soin psychique en tant que fait humain sont irrémédiablement englobés dans un système culturel et sociétal dont ils sont dépendants. Ainsi la question actuelle de la transmission est sans nul doute l'héritière de celle de la modernité, qui s'est annoncée avec la sentence de la mort de Dieu et la proclamation de l'individualisme comme nouvelle entité sacrée. Elle porte aussi le legs de la post-modernité qui augure du « crime parfait de subjectivité<sup>6</sup> », à l'heure d'une société où l'agir supplante la pensée, l'avoir destitue l'être et l'image efface l'intime dans une recherche confondante du « même » qui forclose l'heur et l'heure de la rencontre.

Dans son acception courante le terme de modernité serait celui par lequel chaque génération se détache de la précédente et se place en position de s'en constituer l'héritière. Mais que se passe-t-il lorsque les générations et les individus sont soumis à la crise profonde d'une incertitude des liens et des repères ? Lorsque le jeu du processus et le hiatus du résultat de la transmission ne sont plus fondés sur l'inhérence et à la fécondité du manque, mais laisse place à l'impensable d'une communauté originelle comme un abîme insensé ?

« Dans ce sens là, notre modernité n'est pas seulement la crise de la transmission, de ses objets et de ses processus : Elle est aussi la crise du concept de la transmission elle-même.<sup>7</sup> »

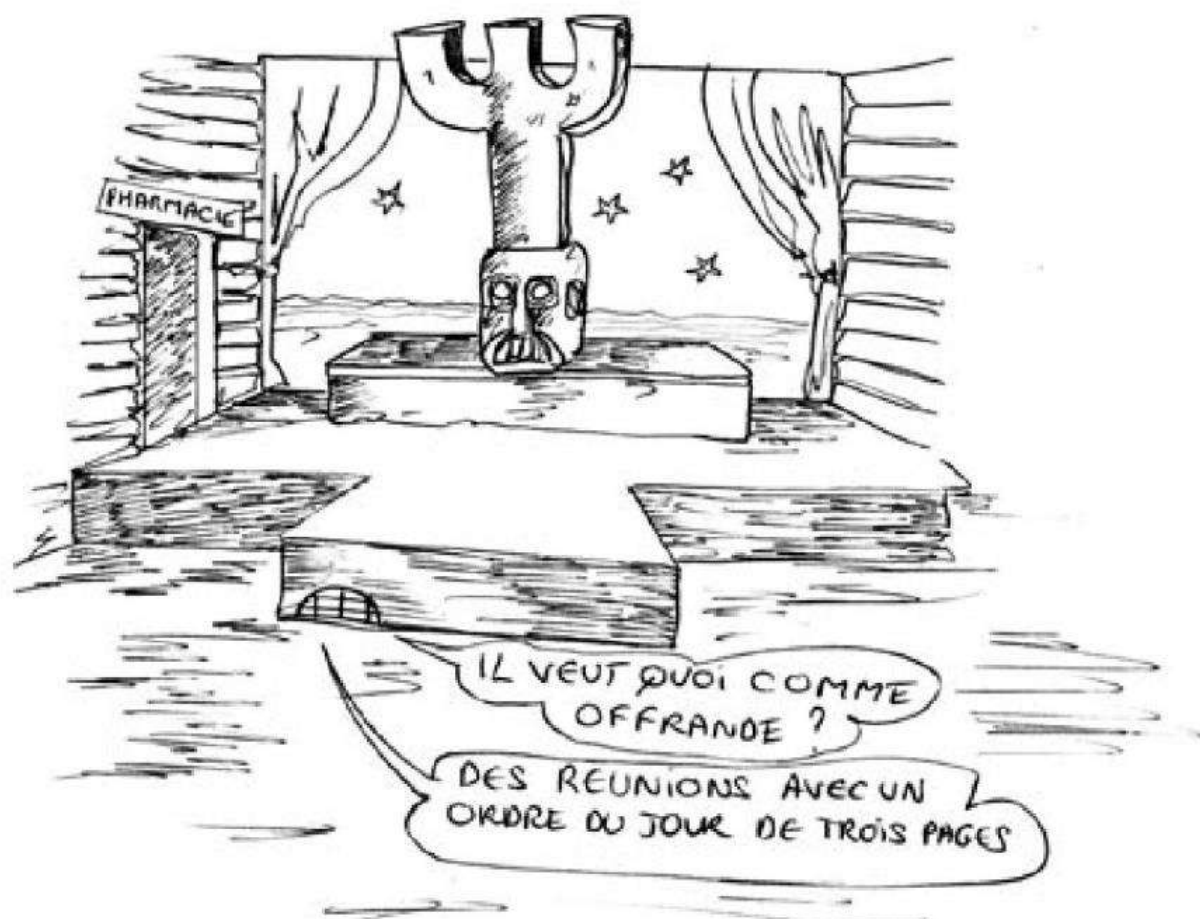
3. FREUD S. 1908. « Le créateur littéraire et la fantaisie » in *L'inquiétante étrangeté et autres essais*. 2000. Paris, Folio essais.

4. KAES R. et al. 1993. *ibid.*

5. PENOCHET J.C. 2003. Mutations, contraintes et missions. Les états généraux de la psychiatrie. Montpellier.

6. PENOCHET J.C. 2003. *ibid.*

7. KAES R. et al. 1993. *ibid.*



Ce qui est donc menacé ici au delà des potentialités identificatoires comme passerelles inter-générationnelles, c'est l'ossature phylogénétique originelle qui ne peut pallier le malaise de l'ignorance qu'à travers la symptomatologie des expressions fantasmatiques de l'ontogenèse.

### *Fantasme de scène primitive : D'où venons-nous ?*

La rupture de la filiation symbolique et la négation du caractère originaire peuvent avoir pour conséquence d'annuler l'incomplétude féconde inhérente à chaque transmission. Il ne s'agirait plus pour les générations de faire avec les manques et les errements des précédentes, afin de s'en détacher à travers une création entendue comme un dépassement intégrateur et affiliant. Non il s'agirait d'une transmission qui se dédouanerait du manque et de l'illusion créatrice pour mieux se projeter dans un fantasme d'auto-engendrement, qui en l'occurrence pour la psychiatrie se soutiendrait d'une orientation a-théorique, an-historique et du primat des sciences « dures » dans toutes entreprises soignantes. Se dérochant ainsi à la transcendance de l'origine par la création de nouvelles coordonnées symboliques, ce fantasme de toti-potentialité balaie l'essence existentielle de la subjectivité humaine en la réduisant à un champs de vision purement ontologique.

### *Fantasme de retour au sein : Où allons nous ?*

La fixation mélancolique à une époque et un discours révolus pourrait être l'autre danger qui guette l'avenir de la transmission. L'incapacité à intégrer les mutations et les contraintes d'un nouvel ordre social, sans mettre en jeu la continuité narcissique, rendrait la transmission inapte à faire place au manque inter-générationnel. Elle se construirait alors comme une défense réactionnelle face à une menace de perte identitaire. Elle trouverait là une issue qui l'encrypterait dans le leurre de la nostalgie et de l'idéalisation du mythe originaire qui deviendrait la matrice d'une répétition stérile vouant la psychiatrie à un avenir masochiste ou funeste.

### *Fantasme de séduction : Que savons-nous ?*

Une autre alternative serait le replis narcissique dans un discours univoque, qui entraverait tout commerce avec d'autres champs épistémologiques et qui ne pourrait soutenir qu'un travail de la transmission réduit à la pure captation spéculaire. Cette déclinaison de la transmission se doublerait d'une inflation glorifiante et aliénante à l'égard d'une origine mythique. On assisterait alors à une fragmentation des orientations et des pratiques soignantes, chacune étant prise dans une position mégalomane et paranoïaque qui ne pourrait souffrir la moindre interprétation d'un discours fragilisé par l'absence de régénération.

### *Fantasme de castration : Que pouvons-nous ?*

Dans *Totem et Tabou* Freud nous présente l'émergence de la division subjective comme une désaliénation paradoxale puisque scellée par l'impossible à suppléer la toute puissance paternelle. Il nous enseigne aussi que dans la vie psychique, l'impossible n'est pas une annihilation, mais simplement la limite du champ des possibles. Un lieu circonscrit par l'interdit, soumis à l'ordre du désir et du langage, mais où peuvent se décupler les possibilités de création et d'échange. Freud ira encore plus loin en soutenant que cette amputation de la toute puissance est au cœur de certaines pratiques professionnelles : Gouverner, éduquer, psychanalyser (ou soigner selon les versions<sup>8</sup>), le soin psychique se conçoit

comme un métier impossible puisque pris dans les rets de l'intersubjectivité. Mais, de l'impossible à l'impuissance, il existe une marge de manœuvre qui peut aller au-delà des écueils de la résignation, de la protestation, de l'évitement et soutenir une création capitonnée par le chiasme d'une transmission qui mettrait en tension un passé profondément investi et l'irréductible du temps social présent.

Alors, pour ne pas conclure, j'ajouterai simplement ces quelques mots paradigmatiques de l'éthique de la transmission du soin psychique, quelques mots, comme un cap qui ne perdrait pas de vue ses amarres philosophiques et psychanalytiques : « *Pas de psychiatrie sans clinique du sujet.*<sup>9</sup> »



8. Cf. LEBRUN J.P. 2003. "Eduquer". Conférence donnée à l'école psychanalytique du Languedoc-Roussillon, Association lacanienne internationale.  
9. PENOCHET J.C. 2003. *ibid.*



Michel Dugnat

## Histoire et transmission : le futur antérieur

### Prendre soin de parents et soigner des bébés sur les épaules de nos pères ou dans les bras de nos mères

#### Introduction

Qu'est-ce qui peut amener un pédopsychiatre entre deux âges sans expérience de la psychothérapie institutionnelle « restreinte » (comme la théorie de la relativité peut être « restreinte » ou « généralisée » on se risquera ici à penser que la psychothérapie institutionnelle peut être « restreinte » ou « généralisée »...) à se risquer à présenter quelques réflexions sur la transmission de l'histoire (laquelle ?) et le savoir articulé à cette histoire ? Peut-être le sentiment (discutable) d'un accord en profondeur et le souhait de mesurer un écart.

Après quelques éléments de la réalité actuelle des mutations de la psychiatrie, je souhaite dire l'importance des questions que pose la transmission avec ses différentes dimensions dans ses rapports à l'Histoire et aux histoires individuelles et collectives.

Je me pose ensuite la question de ces intrications entre transmission et histoire à partir de l'itinéraire de deux personnes très différentes : **Myriam David**, pédopsychiatre d'enfants et de bébés, et **Stanislas Tomkiewicz**, pédopsychiatre d'adolescents, tous les deux définitivement travaillés et marqués par leur survie à l'extermination des juifs d'Europe. À l'heure où la psychiatrie est confrontée à de nouveaux défis, le souvenir de leurs récentes disparitions interroge la capacité collective et individuelle des psychistes à construire des dispositifs collectifs d'évolution des pratiques groupales de soin psychique et à maintenir (voire à étendre aux réseaux) le travail d'analyse institutionnelle (intra comme inter institutionnelle).

Je dis enfin ma conviction que des outils (supervision, formation à l'observation...) qui permettent la prise en soin de troubles psychiques graves, peuvent aussi être mis en œuvre dans des dynamiques de prévention (respectueuse des sujets) en période périnatale.

Comment conserver le meilleur de pratiques qui ne sont parfois pas diffusées comme on l'aurait souhaité et substi-

tuer à la nostalgie de ce qui a été ou de ce qui n'aura pas eu lieu, « l'optimisme de la volonté » ou « l'advenir » du futur antérieur ? Une « futur algie est-elle possible ? souhaitable ? Si, comme le propose Georges Steiner (cité par Jacques Hochmann) : « heureux sont ceux d'entre nous à qui il aura été donné de rencontrer de vrais maîtres », et/ou « fidélité et/ou trahison sont étroitement liées », peut-on espérer que la génération suivante fasse advenir du neuf sans être obligée de renier ce qui fonda l'engagement de ces prédécesseurs : la volonté d'un absolu respect de la personne humaine, née du plus noir du siècle dernier.

#### 1. De la pyramide des âges

Confiant dans le fait de ne pas être suspecté de corporatisme, j'évoque la question de démographie des psychiatres. Il ne faut pas (une hirondelle ne fait pas le printemps...) croire que ceux qui (non pas au siècle dernier mais il y a encore quelques mois) ont considéré la psychiatrie comme un réservoir de moyens humains seraient soudain convertis à l'idée de remédier aux conséquences catastrophiques de la rupture introduite par la disparition de l'internat des hôpitaux psychiatriques, la confiscation de la formation par les universitaires, la diminution drastique du nombre de psychiatres formés : c'était en 1985. Vingt ans plus tard, le constat est désastreux. Pour ne prendre qu'un exemple local, un tiers des praticiens temps plein du centre hospitalier de Montfavet pourront partir en retraite d'ici à 2010. Et il sort 6 psychiatres par an de la faculté de médecine de Marseille. Cherchons l'erreur.

Certains ont beau nous dire qu'à la fin du siècle dernier le classement de la psychiatrie dans les disciplines pénuriques avec l'obstétrique, l'anesthésie-réanimation et la pédiatrie marquaient un début de prise de conscience, il faut rappeler que seules l'obstétrique et l'anesthésie firent l'objet de mesures de rattrapage à peu près suffisamment précoces. Diverses études permirent des hypothèses. En 2002, l'étude sur la démographie des psychiatres (in « Etudes et résultats » de la Direction de la recherche et des études statistiques du Ministère de la santé) prévoyait une apogée en 2001 et une pente fortement descendante puisque le nombre de

Psychiatre responsable de l'unité parents-bébé.  
Centre hospitalier de Montfavet – 84140 Montfavet.

psychiatres pouvait diminuer entre 2002 et 2020 de 40 %, passant de 13300 en 2001 à 12500 en 2005, 11500 en 2010, 9700 en 2015, 7800 en 2020 (seule l'ophtalmologie était plus touchée).

Dans ce contexte, que penser de l'augmentation récemment annoncée dans le cadre du Plan santé mentale par le ministre de la santé et du passage du nombre de places ouvertes à l'examen national classant en psychiatrie de 245 à 300 c'est-à-dire proportionnellement à l'augmentation du *numerus clausus* des médecins ? Rien, si ce n'est qu'il ne fera que ralentir cette chute (12000 en 2010, 10700 en 2015, 9300 en 2020), bref, que l'évolution vers une logique technocratique qui ferait du médecin un simple prestataire de service, a peu de chance d'être remise en cause cependant que la dimension soignante, quelle soit curative ou préventive, est attaquée de toute part.

L'anthropologue T. Luhrmann dans son ouvrage « *Of two Minds : The Growing Disorder of American Psychiatry* », 2001, New-York Knopf (malheureusement non traduit en français) montre bien comment le DSM a servi aux compagnies d'assurances à ne plus prendre en charge que le traitement des pathologies symptomatiques de l'axe 1, écartant le remboursement des soins des troubles de la personnalité de l'axe 2. Cette logique gestionnaire a conduit à des transformations de la formation en direction des traitements de courte durée : chimiothérapie, thérapie comportementale ou brève, seule source de revenus pour la profession. Cette évolution est à l'œuvre en France.

Depuis 1985, de nouveaux psychiatres ont été fabriqués sur un modèle médico-mimétique privilégiant l'expertise sur le soin longitudinal, les techniques de gestion (management d'équipe...) à l'animation des équipes, et la méthode Coué au questionnement psychanalytique des émotions suscitées par la confrontation à la clinique. Cette transformation, qui les prive l'exercice de « l'acte pouvoir », annonçait aux médecins devenus prestataires de service cette restriction de leurs possibilités de créativité. Cette menace de devenir comme d'autres soignants des agents (per)mutables et anonymes attaque certains des termes fondamentaux du travail en psychiatrie : cohérence et continuité des liens dans et hors de l'équipe comme la psychothérapie institutionnelle y a insisté et la politique de secteur a souvent échoué à le concrétiser. Si la diminution des effectifs infirmiers, elle, semble stoppée après une diminution de 10 % entre 1990 et 2000, il faut rappeler que tout permet de penser que la file active ambulatoire a plus que doublé entre 1990 et 2005, cependant que l'hospitalisation à temps plein était divisée par 2, et que le nombre de patients suivis augmentait de 80 %.

On voit à quel point le renouvellement engagé des infirmiers et la diminution drastique annoncée du nombre des médecins nécessite un travail permanent de mémoire si l'on entend par là : la remémoration, l'élaboration, la perlaboration, de l'histoire collective des psychistes et du rapport de notre société aux diverses figures de la folie et de l'aliénation.

On mesure aussi la profondeur des transformations que cette diminution va entraîner.

## 2. À la question de la transmission

Dans ce contexte, une réflexion sur les conditions de possibilité actuelle de la transmission du meilleur de la première et de la deuxième « révolution psychiatrique », est impérieuse : elle a par exemple été ébauchée dans un ouvrage collectif : « *Quelle formation pour quelle psychiatrie ?* », dirigé par Francis Jeanson aux éditions ERES avec une contribution consistante de Jacques Hochmann.

Cette réflexion sur la transmission des savoirs-faire cliniques et institutionnels devra forcément être capable de penser le malaise dans la transmission sur lequel insiste Jean Guyotat. Pour lui, la transmission de la pratique clinique entre générations professionnelles est mise à mal par la disparition du schéma classique de la transmission triangulaire : maître-élève-patient du fait de l'explosion du nombre des pratiques hétérogènes et antagoniques. Jean Guyotat propose l'hypothèse que ce malaise a deux racines : l'une qui tient du fait que les choses ne sont pas éternelles (qu'il s'agisse des théorisations ou des pratiques de transmission), l'autre qu'il est en rapport avec l'atteinte, « chez le plus âgé de la lignée narcissique de reproduction du même ». Rapporté au fantasme d'immortalité mis en valeur par l'Ecole hongroise de psychanalyse suite à Fénénczi, cette dimension-là du malaise est activée par les représentations suscitées par les outils technologiques de communication (aussi immédiats que partiels) que symbolise l'Internet. Ceux-ci attaquent les modalités pratiques de psychiatres d'orientations pourtant différentes. Ces attaques peuvent conduire à la perte du désir de transmettre.

Dans une période de repli sur des modèles simples, mais aussi d'attaques de la théorie traumatique de la maladie mentale (répétition de génération en génération par les modèles « idéologiquement corrects » de la théorie de la résilience), la question de la perte dans la transmission en ce quelle permet parfois l'émergence du nouveau (le vieux, la crise, le neuf), doit être travaillée dans un travail de remémoration qui confronte mémoire des acteurs et apport des sciences sociales (histoire, sociologie...). Devant ce nécessaire travail de deuil, le deuil est peut-être plus difficile encore : deuil de ce qui n'a pu être, plus encore que de ce qui fut, d'où la question posée par Patrick Faugeras « *La psychiatrie aura-t-elle existé ?* ». Peut-on cependant suivre Jacques Hochmann jusqu'à dire : « qu'il appartient à la génération suivante de faire advenir ce qui n'a pu être en reniant [la génération précédente] » ? Je ne me risquerai ici à prendre position.

Après ces généralités, je voudrais tenter de réfléchir par analogie, sur la question de la trace dans les pratiques de l'œuvre clinique de deux grands noms de la pédopsychiatrie disparus au début du siècle, puis sur la façon d'opérer par rapport à eux un deuil « créatif » porteur moins de nostalgie du passé, moins de nostalgie de ce qui n'a pas pu être, que d'une nostalgie de ce qui pourrait ne pas avoir lieu, nostalgie pour laquelle il y aurait lieu de forger un néologisme qui dirait l'algie du futur ou l'aurore, au sens de Giraudoux : « *futuralgie* » ?

### 3. Myriam David

Une grande petite dame : en pratique, comme disent volontiers les pédiatres, comment garder vivant le souvenir de Myriam David décédée en décembre 2004 ? Peut-être d'abord en racontant la face publique de l'histoire de vie, après avoir précisé que je n'en ai jamais été ni l'élève, ni le collaborateur.

Myriam David est née en 1917 à Paris. Elle y a fait ses études de médecine de 1933 à 1942, soutenant sa thèse celles-ci deux jours avant la rafle du Vel'd'hiv. Arrêtée par la Gestapo, elle survit. Je me souviens qu'elle me disait à quel point le fait d'avoir pu prononcer la phrase « Ich bin ein Fransösische Ärztin » avait été précieux pour elle, pendant son séjour à Auschwitz-Birkenau. Boursière à Boston, elle y rencontre Léo Kanner qui a décrit l'autisme en 1943, et se forme aux côtés de T. Berry Brazelton puis dès son retour en France en 1950 s'investit, à la demande de Jenny Aubry-Roudinesco, à la pouponnière « Parent de Rosan », mouvoir psychique, annexe du « dépôt » de l'Assistance publique rattachée au service de pédiatrie dont celle-ci est le chef de service. Soixante enfants de 1 à 4 ans, dont la durée de séjour est indéterminée, y sont délaissés. Myriam David décrit alors toute la palette des états de carence dans lequel abandon de l'enfant et dévalorisation des rares personnels chargés de s'en occuper se répondent. Immédiatement, elle va s'attacher à y remédier.

Nul doute que la première visite qu'effectue Myriam David dans cette institution peut être rapprochée d'une scène qu'elle décrit et qui se passe dans le camp d'Auschwitz-Birkenau. « Je n'oublierai jamais le regard de cette jeune femme mise soudain face à face, pour quelques minutes seulement, avec ses deux enfants, qu'elle n'avait pas vus depuis son arrivée et que sans doute, elle ne revit jamais. Je ne peux oublier non plus le regard résigné et timide des enfants. Ils se regardaient, silencieux, bras pendants, le long du corps, séparés par la crainte de la minute suivante. Il aurait fallu faire quelque chose, mais on ne pouvait rien faire. Je crois qu'ils ne dirent rien, ils ne pleuraient pas, ils se regardaient... puis les enfants partirent sagement sans opposer la moindre résistance. Peut-être espéraient-ils que ce miracle (de la rencontre de leur mère) se reproduirait une fois encore ? »

D'un travail de transformation en profondeur des pratiques dans cette institution mortifère et mortifiante, que je n'hésite pas à mettre en parallèle indirect avec le travail des fondateurs de la psychothérapie institutionnelle vont émerger plusieurs recherches totalement pionnières soutenues par le psychiatre et psychanalyste britannique John Bolbwy, auteur de « La théorie de l'attachement » mettant au jour, sous le terme de pattern, la notion d'interaction mère-enfant c'est-à-dire d'organisation surtout des modèles opérant internes du bébé dans la relation avec la mère. Dès la fin des années 50, Myriam David rejoint le secteur du XIII<sup>e</sup> arrondissement de Paris à l'époque où parallèlement Philippe Baumelle pour les adultes et Serge Lebovici pour les enfants construisent le prototype des fu-

turs secteurs. Elle va y diriger des années 60 aux années 80 le placement familial thérapeutique de l'association pour la santé mentale du XIII<sup>e</sup> arrondissement de Paris, avant de développer au milieu des années 70, l'unité des jeunes enfants de la Fondation de Rothschild, lieu d'un travail de soin intensif mère-bébé en ambulatoire, avec des familles d'accès difficile. À cette période dans les années 70, elle connaît mieux que quiconque en France les tableaux de carences, intra-familiales comme extra-familiales. Elle a développé sous le terme de « comportement vide » une description du fonctionnement de certains bébés déprimés mais surtout elle a déjà découvert à l'institut Emi Pickler-Loczy (Budapest) ce qu'elle croyait impossible du fait de son expérience des carences produites par les collectivités d'enfants abandonnés : une institution susceptible de permettre le « suffisamment bon » développement d'enfants placés grâce à une méthode particulièrement exigeante et rigoureuse de soins indissociablement corporels et psychiques. L'accent y est mis sur l'observation des enfants comme soutien institutionnel à l'attention à apporter par les berceuses à la qualité de la relation.

En effet, Myriam David avait éprouvé l'expérience que des soins appropriés apportés au corps constituent déjà un mode de prendre soin du psychisme. Elle l'indique dans un témoignage bouleversant (dé)livré au colloque de Budapest en 1996, 54 ans après les faits. On trouve les images dans le superbe film de Bernard Martino « *Loczy, une maison pour grandir* » et une réflexion de la part de Bernard Golse.

Un deuxième parallèle qui s'impose entre Myriam David et les pères de la psychothérapie institutionnelle consiste dans la volonté toujours concrétisée dans les faits d'associer en permanence soins, recherche-action, et formation. Mais cette formation repose sur une formidable capacité de circuler à tous les étages de la hiérarchie : le travail avec les professionnels de terrain (berceuses en pouponnière, puéricultrices en PMI, assistantes maternelles en placement familial) permet des collaborations avec les supérieurs techniques ou hiérarchiques de ces professionnels et repose sur un travail de supervision à la fois individuel et groupal. C'est toute la notion de prévention qui est ainsi travaillée par le soin au bébé avec ou sans leurs parents car Myriam David n'a pas peur de la séparation physique quand elle peut protéger l'individuation psychique du bébé : elle est l'auteur de l'ouvrage de référence sur le placement familial des enfants. Le souci du détail (du moindre détail, celui dans lequel gît le diable) avec l'importance accordée à la lecture groupale des mouvements interpersonnels et interprofessionnels et inter institutionnels et suscités par la détresse du bébé capable de rendre fous ses parents sont deux autres points qui me semble-t-il rapprochent la pensée en actes de Myriam David des fondamentaux de la psychothérapie institutionnelle.

Mais sans doute faudrait-il encore ajouter l'importance d'accorder à chaque professionnel, quelles que soit sa formation initiale et sa position hiérarchique, une attention empathique puis authentique, et encore aussi l'importance accordée aux émotions des professionnels pour maintenir

vivantes les capacités d'identification souvent contradictoires aux parents et au bébé...

Cette extraordinaire cohérence d'une pensée basée sur le fait que le respect et l'attention accordés à la liberté du mouvement du bébé fondaient la liberté du psychisme et la qualité de la capacité de relation à de nombreux égards est un outil pour tous ceux qui prennent soin des « vivants » qui deviennent « existants » suivant la belle formulation de Pierre Delion.

Mais comment la transmettre ? Tout au long de sa vie professionnelle, Myriam n'a eu de cesse de former et de transmettre. Qu'en sera-t-il après sa disparition de la capacité de tous ceux qui ont eu la chance de travailler parfois pendant quelques années, parfois pendant quelques heures avec elle ? Sauront-ils ou elles, trouver les modalités d'institutions de pensées susceptibles d'approfondir, de corriger, d'adapter aux réalités du XXI<sup>e</sup> siècle, les intuitions et les recherches pionnières de Myriam et de ses collaboratrices ? Quelle intelligence collective (si on se risque à utiliser ce mot pour désigner la nécessité de groupes particuliers) pourra diffracter dans plusieurs personnes, constituer la trace dans les âmes dans les institutions de cette rescapée au moment où, un à un, s'éteignent les derniers témoins directs de ce Minuit dans le siècle passé ?

#### 4. Stanislas Tomkiewicz

Mort en janvier 2003 à l'hôpital Saint Louis, Stanislas Tomkiewicz, pédopsychiatre et psychothérapeute, en survivant au ghetto de Varsovie et à la déportation à Bergen-Belsen, n'avait pas seulement gagné « soixante ans de rab » mais surtout plusieurs vies. Né dans une famille aisée de la bourgeoisie juive de Varsovie en 1925, comme il le raconte dans *L'adolescence volée*, ayant choisi après sa libération en 1945 de venir en France, il avait fait à la fois le choix de réaliser le vœu de ses parents qu'il devienne « *ein guiter Doktor* » mais aussi d'un pays qu'il admirait : la patrie des Droits de l'Homme. Rescapé, comme sa sœur aînée, (quand une large partie de sa famille en était victime) de l'extermination des juifs d'Europe, il avait failli ne pas échapper à la tuberculose et avait pu brillamment réussir des études de médecine (commencées dans la faculté clandestine du ghetto) à Paris à la fin des années 40.

Très vite passionné par son travail à La Roche Guyon, une institution « défectologique » auprès d'enfants qu'on n'appelait pas encore « polyhandicapés », il reconnaît avoir entretenu des relations lointaines et contrastées avec la psychiatrie de secteur : sa post-face à la réédition de la thèse de Philippe Paumelle (Essai de traitement collectif du quartier d'agités, éditions de l'Ecole nationale de santé publique, Rennes, 1999) est un témoignage pertinent à ce sujet. Il y dit comment il avait failli abandonner la psychiatrie, après y être confronté dans la « forteresse » Salpêtrière, à des pratiques des plus archaïques en matière de prise en charge des malades mentaux. Mais il y avoue combien il partageait le point de vue souvent méprisant de ses pairs hospitaliers universitaires concernant les hôpitaux psychiatriques, représentés

comme « le comble de l'abomination ». La lecture du *Livre blanc de la psychiatrie française* (dirigé par Charles Brisset et Henri Ey en 1966) lui permit de se convaincre que la séparation de la neurologie et de la psychiatrie était une nécessité. Engagé avec d'autres en mai 1968 pour le renouvellement de la psychiatrie, lecteur passionné de l'histoire de l'hôpital de Varsovie (sic) à Toulouse, découvrant à cette période l'histoire de Saint Alban mais aussi ce qu'on n'appelait pas encore l'extermination douce, il a, dans l'ambiance débridée de 1968, été à la découverte des « Katangais » mais aussi de ceux qui voulaient changer les hôpitaux psychiatriques et donner une réalité concrète aux futurs secteurs. En effet, dès le milieu des années 60, parvenu à se débarrasser de sa « névrose Salpêtrière », il avait commencé à se confronter à la violence dans les institutions qui allait rester un des fils rouges de son engagement dans différentes recherches. Proche de Franco Basaglia au début des années 1970, il eut le projet avec celui-ci d'un travail qui devait s'appeler « *Carte de la honte* » manuscrit définitivement inédit, destiné à dénoncer l'état calamiteux dans lequel vivaient les malades mentaux italiens. Sa proximité d'avec David Cooper, prophète de l'anti-psychiatrie anglaise si convaincu de la sociogénèse de la maladie mentale, l'amena à fréquenter les deux mouvements si différents des « anti psychiatries » italienne et anglaise des années 1970.

Mais lui ne se consacrait pas dans cette période-là aux patients psychotiques adultes, mais plutôt à deux autres styles de personnes qu'on oublie sous le terme désormais banalisé d'« exclus » : les handicapés et les jeunes délinquants.

Pour lui, la prise en charge des handicapés avait débuté dans les années 60, pour aboutir à la loi de 75 et à une amélioration sensible du sort de ses handicapés, qui donne à l'enfant et à l'adulte handicapés un statut de citoyen. Il reconnaît avant d'autres, d'emblée, le rôle essentiel des parents, aussi difficile puisse être le travail pour les professionnels avec ceux-ci, dans le développement d'institutions où le sort des handicapés – adultes ou enfants – pouvait être moins terrible. Resté attentif au sort des personnes handicapées mentales, il allait dénoncer, à la fin des années 90, en participant à l'ouvrage de Nicole Diederich, le statut d'objet qui était à nouveau fait aux handicapées mentales, avec la tentative de légalisation de la stérilisation possible des jeunes filles handicapées.

Son engagement auprès des jeunes adolescents délinquants ou « caractériels » (dont il s'est expliqué disant que le ghetto lui avait « volé son adolescence ») l'a conduit à être, à partir de 1965, le psychiatre d'un foyer de semi-liberté pour adolescents, le C.F.D.J. de Vitry, avec Jo Finder, (cf. le film « *Mémoires de sauvages* » de Sylvie Gilmann). Ce foyer, né dans les années 50 dans la foulée de la mise en œuvre de l'ordonnance de 45 et de la création de la justice des mineurs, dont il était resté le psychiatre jusqu'en 1983 occupait une place particulière dans son cœur. Au moment où le projet de loi sur la prévention de la délinquance s'attaque à cette ordonnance, il n'est pas inutile d'y penser.

A cette activité en institution auprès des handicapés mentaux et des enfants caractériels s'ajoutera d'emblée une activité

de recherche importante, contrastant avec l'impossibilité pour lui de devenir universitaire en psychiatrie. Chargé de recherche à l'INSERM à l'unité 69 à partir de 1965, il conduit des recherches engagées sur le quotient intellectuel dont certaines menées en particulier par Duyme, Dumaret et Schiff ont permis de combattre l'innéisme nord-américain en matière de quotient intellectuel. Rejeté de l'enseignement médical universitaire, il mit ses formidables talents d'enseignant à Paris VIII Vincennes, tumultueuse université créée dans la foulée de mai 1968, dans laquelle il avait su trouver des étudiants en psychologie avides de réflexion critique en psychopathologie.

Son engagement politique l'a conduit à militer au sein du Parti Communiste Français des années 50 à 1972, puis en militant humaniste, prompt à s'engager contre toutes les formes de violences individuelles et institutionnelles, jusqu'à sa mort. Cet engagement dans le Parti communiste français ne l'a pas empêché de soutenir précocement les efforts algériens dans la guerre de libération, engagement d'abord clandestin, puis devenu publique avec l'organisation de dispensaires pour les prisonniers du FLN libérés après les accords d'Evian (dont nombre avaient été torturés), comme dans un séjour de quelques mois l'été 1962 en Algérie.

Cet engagement permanent très actif jusque dans sa conception de la psychothérapie (faut-il rappeler qu'à cette époque-là, celle-ci ne se différencie guère de la psychanalyse ?) le mena à un engagement empathique auprès des patients, baptisée « attitude authentiquement affective » (A.A.A) dans le soin aux adolescents de Vitry. Avec cette conception de la psychothérapie dans laquelle la solidarité avec la souffrance du patient est souvent au premier plan, peut-on retrouver des passerelles vers la psychothérapie institutionnelle ? Cet exercice psychothérapique dont il était fier de dire qu'elle avait occupé tout au long de sa carrière trois demi-journées par semaine, (ce qui sera de plus en plus difficile dans l'avenir...) l'aura conduit à recevoir une « ultime » patiente sept jours avant sa mort...

Son engagement politique, dans les années 80 se porte sur la lutte contre les violences institutionnelles faites aux enfants, la défense de la convention des Droits de l'enfant. Il participe à faire revivre la grande figure de Janusz Korczak, judéo-polonais comme lui, mort avec les enfants de son orphelinat à Auschwitz, en 1942. A partir de ses réflexions sur la rénovation des annexes XXIV qui régissent le secteur médicosocial, il s'engage dans le travail de repenser les différentes dimensions de la prise en charge des enfants et adolescents autistes en France.

Militant très tôt actif dans la lutte pour l'humanisation des soins, révolté par les pratiques violentes qu'il avait découvertes tant à l'hôpital psychiatrique que dans les institutions dites de défectologie, ayant choisi de ne pas se soumettre à la psychanalyse tout en reconnaissant la force et la nécessité pour maintenir une prise en charge singulière, Stanislas Tomkiewicz porte sur la révolution sectorielle et sur la psychothérapie institutionnelle (cf. sa post-face à la réédition de la thèse de Philippe Paumelle déjà citée) un regard à la fois positif et critique.

Dans ses dernières années, il craignait que les choses ne se détériorent. Pour lui, l'amélioration des conditions de soins pour les adultes psychotiques sensible jusque dans les années 80, ne devait pas faire oublier les dangers majeurs qui guettent la psychiatrie, avec la régression du nombre des psychiatres authentiquement engagés auprès des malades, l'insuffisance d'engagement dans la cité et auprès des familles, et surtout le retour en force d'un biologisme très réducteur. Il voyait l'actuelle réification nord-américaine réservée aux pauvres, aller avec le développement d'un esprit gestionnaire qui risquait fort d'annuler les progrès si fragiles obtenus depuis la révolution psychiatrique... Qui lui donnerait tort avec quelques années de recul ?

Mais porteur d'une foi absolue dans la possibilité de soutenir psychothérapiquement les souffrances psychiques les plus graves et d'en soulager certaines, Stanislas Tomkiewicz avait aussi fini par choisir, au milieu des années 90 de lever le voile, (d'aucuns diraient le refoulement ?) sur ce qu'il avait vécu dans le ghetto et dans les camps, sur sa volonté de ne jamais apparaître comme une victime et sur l'intrication entre son itinéraire de vie et ses engagements politiques et dans le soin.

Ayant commencé de témoigner de son expérience, il participait à l'introduction de la notion de résilience en France avec son ami Michel Manciaux d'une façon à la fois positive et critique.

Engagé à chaque instant dans le soin et dans la cité, à l'heure où cette psychiatrie qu'il n'aimait guère défendre pour elle-même est menacée d'oublier ses idéaux, son souvenir nous invite à penser collectivement le défi quotidien de la lutte contre la souffrance psychique : non pas avec Myriam David, celle du bébé, mais à celle des adolescents : la sienne aussi avait été marquée par cette traversée du minuit du siècle passé pour rebondir grâce à l'humour et à l'amour des femmes au service de la dignité et du respect humains.

Peut-être le parallèle avec les « géants » de la psychothérapie institutionnelle est-il plus difficile à établir que pour Myriam David. Son engagement authentique auprès des polyhandicapés de la Roche Guyon et des adolescents délinquants du foyer de Vitry témoignent d'une intense activité institutionnelle mais sans pensée « en soi » de l'institutionnel. Son itinéraire de chercheur témoigne d'une foi dans les sciences mises au service de la clinique.

## 5. En pratique à propos des bébés et des parents

Si l'on veut être cohérent avec l'idée de diminuer la violence et de fabriquer des humains humains (une subjectivation dans l'intersubjectivité avec sa dimension émotionnelle) autrement, il va se poser une question obsédante, celle de savoir comment un service public de soin médical et/ou un service public de prise en charge et/ou sociale peut prodiguer un soutien effectif, respectueux, clinique et efficace à la « constellation maternelle » décrite par Daniel Stern et entendue comme une constellation **groupale** avec ses 4 thèmes : croissance de la vie, relation primaire, matrice de



soutien, réorganisation identitaire. Un élément partiel de réponse consiste à soutenir que c'est en aménageant des conditions de possibilité pour des dispositifs à l'échelle de petits groupes hétérogènes qui prennent en compte la question des émotions et des affects : celle du bébé, celle des parents, celle des professionnels (donc des leurs), et de rendre possible une « confiance personnalisée ». Une des problématiques les plus complexes de ce processus est celle du temps et de la temporalité.

Je soutiens par analogie avec les réseaux de « schémas d'être avec » intra-psychiques qu'il faut penser d'autres types de réseaux, ceux qui se constituent **entre professionnels** du système de soutien (impliquant pour ces professionnels d'autres « schémas d'être avec » internes). Ceux-ci permett(rai)ent le respect des mouvements psychiques et de répondre aux besoins des femmes enceintes ou des bébés et de leur mère (voire des pères) par l'accueil et la prise en compte des émotions. Supposant d'une attention permanente à la qualité de la relation à la fois avec le bébé et ses parents et avec les autres professionnels, ils ne sont pas spontanés et supposent la prise en compte de la double logique groupale et psychique. L'intérêt des processus de travail en réseaux de professionnels en périnatalité motivés par la prise en charge du fait psychique ont été défendus et bien décrits par Françoise Molénat. Dans cette conception, le travail en réseau autour d'une femme enceinte donnée (défini comme l'ensemble des liens qui a un moment donné unissent un ensemble donné de professionnels) s'oppose aux réseaux formalisés, que ceux-ci soient des « macro-réseaux » inter établissements destinés à organiser la sécurité de la naissance ou des réseaux de proximité dont la dimension plus restreinte de « micro-réseaux » n'empêche pas qu'ils sont régis par des protocoles écrits, ou même les communautés périnatales aux contours encore flous évoquées dans le plan Périnatalité.

Mais qu'est-ce qui permet au travail en réseau ainsi défini de contribuer au soin ? Au soin entendu d'une façon ne se limitant pas à un acte médical ou para-médical curatif et quantifiable (*to cure*) mais au sens global et large d'un « prendre soin » (*to care*), potentiellement préventif et incluant la dimension relationnelle.

### *Travail en réseau et groupe*

Je soutiens l'hypothèse que l'intérêt du travail en réseau en périnatalité tient à la nécessité d'un groupe et d'un groupe psychique (dont le groupe de soignants, dans la réalité) qui vienne étayer psychiquement la mutation du groupe psychique que représente la constellation maternelle. Le travail soignant en réseau vient, de ce point de vue, favoriser un processus, celui de constituer un groupe provisoire, métamorphosant, « vivant », que la mère va pouvoir utiliser soit pour s'y appuyer, soit pour y projeter ses conflits internes de façon à les métaboliser et donc à faire place aux émotions et aux affects. A propos des troubles de la relation précoce et de leur prise en charge, en particulier en hospitalisation conjointe mère-bébé, une prise en charge « institutionnelle », j'ai défendu l'intérêt de repérer, à partir de la notion de groupe soignant un certain nombre de mécanismes et de modalités de projections entre la mère et les soignants mais aussi entre les différents intervenants. A la suite des psychistes groupalistes et de façon simplifiée, analogique et métaphorisante, je proposais, en résumé, de faire l'hypothèse que le groupe familial fantasmatique maternel vient se projeter sur l'appareil psychique groupal que représente la pensée de l'équipe et donc l'ensemble du collectif soignant en tant qu'institution instituante. Qu'en est-il, en particulier en anté-natal, de ces mouvements de l'appareil psychique groupal maternel quand la diversité des « intervenants » de la périnatalité travaillant ou non en

réseau les diffracte sur des personnes qui ne se connaissent pas, appartiennent à des institutions différentes, obéissent à des logiques différentes (voire se « haïssent cordialement »), fonctionnent comme un groupe non institué en proie au clivage, aux mouvements narcissiques, etc... L'expérience clinique montre à quel point dans des clivages liés aux mandats, aux formations, au fonctionnement des différentes équipes (hospitalières ou médico-sociales ou psychiatriques) s'engouffrent les problématiques psychiques maternelles (conjugales et parentales), mobilisées par la grossesse, en particulier les plus souffrantes.

Plusieurs années d'expériences et de réflexions sur ces sujets tendent à nous faire constater qu'il existe des conditions à cette qualité de la prise en compte des émotions, entre autre la possibilité d'un partage de valeurs communes, de formations interinstitutionnelles et interprofessionnelles, d'un développement d'accordage des pratiques et de l'élaboration collective des émotions suscitées par les situations. Il y a possibilité et de mon point de vue, urgence, à limiter : a) la « médico-iatrogénie » des techniques médicales, b) la « socio-iatrogénie » de certaines des techniques d'intervention sociales mises en œuvre. Ces deux types de iatrogénies, dont les ressorts sont très différents, ont en commun le risque de la négation de la dimension subjective chez les parents mais surtout chez le bébé, et des effets de celle-ci sur les professionnels. La place faite aux besoins de communication et de rencontre intersubjective du bébé en est rendu plus difficile et son développement global aussi.

### *Outils de travail*

Or, ces rencontres, ces formations, cet accordage sur les pratiques, ces supervisions, et cette régulation collective des émotions supposent un cadre adapté qui le plus souvent n'existe pas le plus souvent. Et qu'il faut construire. En ce qui concerne la dimension de régulation, l'équipe montpelliéraine de Françoise Molénat a proposé des dispositifs de relecture de cas. Il s'agit de constituer un groupe de professionnels de toutes disciplines et de tout cadre d'intervention autour d'un animateur expérimenté. Ceci va permettre l'étude, *a posteriori*, avec le plus grand nombre de professionnels concernés, d'une situation ayant posé question. Chargé de diminuer les clivages pour mieux aider à décrire et à mettre en lumière des processus, cet animateur invitera le groupe à reprendre le déroulement chronologique de la prise en charge, à étudier les positionnements des uns et des autres, à repenser les modalités de transmission de l'information mais aussi, de mon point de vue – et sans que cet aspect soit mis très en avant pour cette équipe – éveillera très probablement les émotions mobilisées par le bébé et par ses parents auprès de chacun de ces intervenants et de chaque institution, et pas seulement par la mère.

Au-delà de l'objectif affirmé de construire une cohérence favorable à une famille vulnérable, il me semble évident que ce type de dispositif contribue, sans pour autant remplacer le travail en supervision, à la régulation des émotions suscitées chez les différents professionnels par une relation, une

mère, un bébé, un père avec une plus-value d'expérience partagée et enseignante pour développer ces rencontres, les formations, les réflexions sur ces pratiques.

En effet si la protection de l'enfance obéit à ces « logiques du moindre mal » (décrites dans « La condition foetale » et dans le « Nouvel esprit de capitalisme » par Luc Boltanski), le soutien de familles ordinaires passe par une capacité de l'ensemble des professionnels de la première ligne à faire la place des mouvements transféro-contretransférentiels chargé d'émotions ou d'affects, suscités chez eux par le bébé ou le père ou la mère ou la dynamique qui les traverse. D'autres dispositifs de groupe aidant à prendre en compte les émotions sont aussi nécessaires : des dispositifs de supervision mono-institutionnels mais aussi des dispositifs de supervision multi-institutionnels et néanmoins centrés sur les mouvements transféro-contretransférentiels peuvent aussi avoir cette fonction de métabolisation des conflits intra et inter-psychiques.

### *Emotions du bébé*

Si l'on veut être cohérent avec l'idée que les émotions mettent en mouvement comme l'indique scientifiquement les neuroscientifiques et poétiquement l'étymologie, si l'on veut tenter de faire la part de la façon dont le corps du bébé mobilise l'émotion dans le corps des soignants, on peut se demander comment accueillir attentivement la quête de rencontres subjectives du bébé. Car l'émotion, cette mise en mouvement provoquée par une perception ou par une représentation peut parfois être mise en mots par l'adulte, être éprouvée par le bébé, mais parfois elle peut traverser les êtres que sont les adultes, mais aussi les bébés, au plus près de la vie végétative et autonome, qu'elle concerne la peau, les muscles, les rythmes cardiaques et respiratoires... Comme le rappelle M.F. Livoir-Petersen à la suite du successeur de Jean Piaget à Genève, André Bullinger, ce que l'adulte associera, sauf en cas d'alexithymie, à des émotions de tous types : primaires (joie, surprise, colère versus peur, tristesse, dégoût) ou secondaires (ainsi qu'à des affects) doit chez le bébé trouver son élaboration.

Pour le bébé, percevoir au niveau central les signaux émanant de la périphérie pour anticiper les récurrences d'évènements ou d'états de façon à se développer l'amène à s'intéresser aux nouveautés relatives, aux variables sur un fond de stabilité, pour différencier sa relation au milieu physique puis à l'environnement autant qu'au milieu humain. Or, nous savons (mieux actuellement) comment en tant qu'adulte nos réactions, soit par leur nature, soit par leur intensité, peuvent être renforcées ou au contraire annulées par l'émotion. Le bébé peut-être lui aussi emporté par une spirale émotionnelle qui peut le priver des repères lui permettant de conserver active sa fonction anticipatrice. De même que chez l'adulte la mémoire émotionnelle peut venir court-circuiter d'autres types de mémoire (et faire associer de façon métonymique), de même chez les bébés, des discontinuités perceptives et cognitives peuvent fragiliser le développement des représentations d'interactions génés-

ralisées comme Stern les a définies dans son « Le Monde interpersonnel du bébé ».

Il est donc particulièrement indispensable que l'expérience de la régulation émotionnelle permette l'éprouvé, le partage des émotions avec la mère ou le *care-giver*. Là aussi ce partage intersubjectif constitue un garant de la continuité qui permet la comparaison et la découverte du nouveau sur fond d'invariant. Ces manifestations entre bébés et adultes supposent que l'empathie de l'adulte y est constituée et qu'une base de connu, un facteur de continuité permettra à l'enfant de métaboliser les situations de nouveauté dans un cadre groupal.

### *Système de soutien et matrice de soutien*

C'est cette fonction de métabolisation ou de « détoxification » pour faire appel à l'imagerie bionienne (qui a pu être présentée de différentes façons comme une aide à la métabolisation des phénomènes émotionnels) qu'il faut pouvoir penser dans le soin comme une série de poupées gigognes : au risque de l'analogie, on peut conserver l'idée que dans la « matrice de soutien » que la mère va essayer de construire, il y aura à permettre non seulement l'expression mais surtout la représentation des émotions chez la mère, ceci pour favoriser la continuité de l'empathie en direction du bébé, du moins de quelque chose de suffisamment bon, pour permettre au bébé d'utiliser ses émotions, de construire ses objets internes, de se préparer à manipuler, grâce aux mots ces objets internes en en permettant des évocations proto-mentalises. Ce travail de construction d'un monde interne chez le bébé dont on sait qu'il mobilise la sollicitude maternelle primaire, va faire « vibrer » la matrice de soutien que la mère aura su constituer autour d'elle. Supporter un bébé ou une mère, l'aider à produire du sens nécessite d'en être suffisamment mais pas trop affecté, et donc de pouvoir se reposer sur des facteurs de continuité et de régulation de

nos propres émotions garantis par le fonctionnement groupal. Pour cela, la co-construction d'un récit, l'introduction d'une dimension narrative est une voie possible. Mais le recours à des éprouvés corporels en est une autre.

### *Emotions autour du bébé*

Les émotions des soignants doivent donc être reconnues même si elles ne peuvent pas être sans cesse mises en avant, voire utilisées, encore moins exhibées. Elles nécessitent d'être régulées et encadrées : c'est le rôle du travail de réunion et des groupes de supervisions individuelles ou collectives. La nécessité de ce travail est de plus en plus reconnue à certains égards. Mais le constat empirique semble quand même être qu'elles font de plus en plus défaut en périnatalité comme en psychiatrie et en santé mentale. Le constat par les professionnels de l'absolue nécessité de produire de la continuité pour eux à travers des formations (comme celle de l'observation Esther Bick), les supervisions individuelles ou collectives et des dispositifs de relectures de situation est fait et refait au fil du temps et d'un site à l'autre(en tout cas en région PACA).

### **Conclusion**

Si j'ai choisi, avant d'en venir à la « naissance » du « sujet », d'évoquer les mânes de ces deux figures exceptionnelles, c'est que ce caractère d'exception rend plus difficile cette pensée du nécessaire dégageant de l'idéalisation liée au premier temps du deuil, qui conduit à une possible transmission.

Mais ce processus est en cours. J'y vois une contribution dans le fait que nous avons engagé collectivement avec la Collection « Rencontres avec » :

- Michel Sapir, proposé par Simone Cohen-Léon,
- Gaetano Benedetti, proposé par Patrick Faugeras,



- Roger Gentis, proposé par Patrick Faugeras,
- Salomon Resnik, proposé par Pierre Delion,
- Claude Balier, proposé par Véronique Lemaître.

la création d'un modeste jalon à la mémoire collective des psychistes : dans chaque ouvrage, un long entretien permet grâce à un passeur une transmission d'une idée forte de son parcours théorico-pratique destiné aux professionnels en formation, qu'ils soient infirmiers ou médecins, éducateurs ou psychanalystes, à charge pour l'intervieweur, celui qui « balance entre deux âges » de s'engager à dire sur lui les effets de cet exercice de transmission qui l'oblige à jouer au candide...

Il faut aussi évoquer l'utilisation de l'image et en particulier du DVD : les documents de la collection « A l'aube de la vie » sur Serge Lebovici et la psychopathologie du bébé, René Diatkine et le psychodrame analytique, Michel Soulé et l'allaitement maternel, produit par l'association DID (Alain Casanova, Monique Saladin) sont des outils sophistiqués cependant que les nombreux interviews menés par Alain Bouvarel pour le Centre national de l'audiovisuel en santé mentale, constituent des documents bruts utiles pour mettre des visages sur des pensées.

Mais c'est bien la mise en œuvre de dispositifs de groupes qui permettent de prendre plaisir aux aller-retour entre théorie et pratique et qui constitue, espaces de rencontres, de réflexions, d'échanges et d'élaboration collective, l'outil principal de cette transmission.

Se souvenir de la grande histoire, savoir la marque traumatique ou insidieuse qu'elle exerce sur les psychistes comme sur les autres, pouvoir faire la part grâce à l'invention du passé (la rétroaction chère à Serge Lebovici) de l'histoire de chacun et de celle du collectif nécessite, dans un monde changeant, de ne pas s'enfermer dans l'idéalisation de quelque chose qui n'aura pas eu lieu. Sans doute le futur antérieur (action future avant une autre action future), permet-il non seulement d'indiquer cette dimension de l'advenir sur laquelle insiste Jean Oury à propos de la rencontre, si on peut risquer une analogie : Jean Oury indique qu'une psychothérapie analytique n'a de sens que si elle est « penchée sur le futur antérieur » et qu'elle ne peut pas être penchée « sur les souvenirs qui sont de faux souvenirs la plupart du temps et qui ne servent à rien ». Mutatis mutandis (comme aurait aimé écrire Georges Lantéri-Laura qui, lui, n'avait pas grand chose à voir avec la psychothérapie institutionnelle), peut-on dire qu'un travail de mémoire mené de façon informelle ou même soutenu par des historiens professionnels, n'a de sens que si il est « penchée sur le futur antérieur », et non pas sur des souvenirs qui ne sont ni vrais ni faux mais bien des constructions toujours remaniées sur la base de ces éléments qui toujours nous échappent, de la réalité.

## Bibliographie

- BULLINGER, A. *Le développement sensorimoteur*. ERES, 2004
- David, M. *Le placement familial thérapeutique*, 5<sup>ème</sup> édition révisée. DUNOD, 2004
- DELION, P. (dir) : *Souffrance psychique du bébé* ESF Paris, 2002
- DUGNAT, M. Résistance à la prévention, reconnaissance de la périnatalité psychique in *L'information Psychiatrique* 2004, 80, 8, p 611-618.
- DUGNAT, M. et al. 1993. "Pour une hospitalisation mère-enfant du troisième type ", 48<sup>ème</sup> cahier de Bobigny, tome 1, 122-126, Paris. (Actes du congrès mondial de psychopathologie du nourrisson, Chicago, 1992.)
- DUGNAT, M. (dir). *Prévention précoce, parentalité et périnatalité*. ERES, 2004.
- Evolution des projections du nombre de médecins par spécialité en France métropolitaine dans l'hypothèse d'un maintien d'un numerus clausus à 4700 et des places de spécialistes au concours de l'internat. *Etudes et résultats*, n° 161 (mars 2002) DREEF.
- GILLET, M. Le retour à la raison dans le monde de la folie après une révolution psychiatrique in « *Questions à la Révolution psychiatrique* », Editions La ferme du Vinatier, Lyon, 2001.
- HOCHMANN, J. (dir.) *Transmission*, in *Confrontations psychiatriques*, n° 44
- JEANSON, F. (dir.) *Quelle formation pour la psychiatrie ?* ERES, 2004.
- KONICHEKIS, A. (dir), DAVID, M. quel accueil pour les jeunes enfants ? in *Spirale* n° 25
- LOVELL, A. (dir.) Santé mentale et société, Problèmes politiques et sociaux n° 899, in *La documentation Française* (avril 2004)
- MOLENAT, F. *Naissances : pour une éthique de la prévention*, ERES, Toulouse, 2001.
- NEYRAND, G., (dir.), DUGNAT, M., REVEST, G., TROUVE, J.N. *Préserver le lien parental pour une prévention psychique précoce*, PUF, 2004.
- TOMKIEWICZ, S. *C'est la lutte finale*. Editions La Martinière, 2003.
- TOMKIEWICZ, S. *L'adolescence volée*, CALMANN LEVY, 1999



Pierre Lasserre

## Les années soixante et la suite

### Regards d'un interne des années 60 sur une époque où tout n'était pas rose

La génération des années soixante correspond à une époque où les mutations intellectuelles étaient largement avancées dans le monde psychiatrique, au moins dans une partie du corps soignant, mais où l'organisation et les lieux restaient encore largement ceux de l'avant-guerre. Cela en faisait un univers un peu discordant, où, bien que quelques nouveaux services aient vu le jour, la majorité des services d'hospitalisation de la Seine en Psychiatrie était des taudis de dortoirs souvent surpeuplés d'une foule grimaçante des neuroleptiques prescrits depuis des années, avec quelques chambres délabrées dont la dernière couche de peinture devait remonter au delà de la mémoire des usagers.

Il est difficile d'imaginer de nos jours à quel point l'immersion d'un jeune médecin provenant par exemple de l'Assistance Publique de Paris dans l'univers des «Asiles» de l'ancienne Seine pouvait être déconcertant, combien ces deux mondes, géographiquement si proches, pouvaient être mentalement si éloignés.

L'AP avec ses services rigoureusement hiérarchisés, où chacun avait sa place et son rôle qui lui étaient assignés avant même qu'il n'y arrive, les infirmiers constituant, à la limite du corps soignant, un ensemble strictement voué à l'exécution dont il n'était pas envisagé et encore moins dans la coutume qu'ils aient à exprimer une opinion.

Y répondait un corpus de connaissances dont les plus haut placés dans la hiérarchie médicale détenaient l'essentiel, avec un effort d'enseignement permanent vers les «jeunes» qui passaient, très peu sous forme d'exposés magistraux, surtout au travers de la participation aux consultations des chefs de service ou de leurs assistants, messes solennelles où le nouvel externe avait parfois à s'exprimer devant de grandes figures du temps, pas malveillantes, mais probablement inconscientes des immenses lacunes du savoir des débutant ; ou de débats dont le sens passait parfois bien au dessus de la tête du jeune praticien ; ou bien à l'occasion d'un nouveau patient hospitalisé - c'était toujours l'externe

qui faisait l'examen initial et rédigeait l'«observation», de la critique plus ou moins bienveillante qui était faite de celle-ci. L'ambiance était d'ailleurs chaleureuse, les maîtres profondément imprégnés d'une culture humaniste de bon aloi, humains et compréhensifs, mais la technicité régnait, le patient était seulement le support de sa maladie, celle-ci était l'objet d'un savoir, imparfait, certes, du fait du caractère provisoire des connaissances, mais inébranlable quant à ses fondements, quant à la méthode à partir de laquelle il se déployait, socle supportant une statue demandant à être dégrossie, mais dont la substance était un marbre qu'on n'envisageait pas de remettre en question.

D'ailleurs les discussions que nous pouvions avoir entre «égaux» ne portaient, en dehors d'excursions accidentelles dans des domaines personnels, que sur notre univers hospitalier, et sur les concours qui devaient nous permettre de progresser dans la hiérarchie du système. Claude Bernard régnait toujours et à travers lui la foi que, grâce à l'expérience, un mot bien polysémique, la science médicale arriverait un jour à une connaissance entière de ce qui ne pouvait relever que de l'agencement de la matière.

La structure de l'édifice scientifique renvoyait directement à celle de l'univers technico-administratif qui nous faisait parler de l'AP comme de «notre mère à tous».

Soudain propulsé dans un monde où j'entendais parler d'«institution», vocable à la signification pour moi longtemps hermétique, bien plus que de «service» (même si j'entendis un jour Hélène Chaigneau proclamer : «Qu'on ne me parle pas d'institution ! Dites : «Le service» !», j'étais trop niais pour saisir ce qui pouvait se jouer derrière cette apostrophe), où le rôle du «patron», membre du corps prestigieux des Médecins des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine, était au premier abord peu différent de celui des autres médecins, si ce n'est qu'on avait pour lui une déférence particulière, il était respecté mais non sacralisé, qu'il avait accès aux arcanes de la «direction» et qu'il lui en revenait un certain pouvoir, d'autant que mon premier patron, d'ailleurs une «patronne», était aussi le premier médecin-directeur et le seul que j'ai eu l'occasion d'approcher. C'était déjà la fin d'une époque.

Surtout, ô surprise ! Je découvrais que la fonction infirmière avait dans le nouveau système un pouvoir et une autonomie qui eut semblée impensable là d'où je venais. D'ailleurs, dans l'ignorance où j'étais des plus simples notions de cette «maladie mentale» que ma fonction d'interne impliquait que je reconnaisse, que je soigne, et que de préférence je guérisse, ne sachant pas trop bien si le largactil se prescrivait en gouttes ou en litres, sauf informations puisées dans l'immortel Vidal, je ne fus que trop heureux de trouver chez de vieux infirmiers expérimentés des enseignants discrets, efficaces et modestes.

Car j'eus tôt fait de découvrir que, sans doute bien trop perdus dans les hauteurs d'une réflexion à laquelle je n'avais pas accès, le principal souci des praticiens expérimentés n'était pas de former le débutant naïf qui arrivait, ce dont j'avais déduit un peu vite sans doute que leur science était factice avec la formule : «Les psychiatres sont des savants qui ne savent pas». Je ne suis pas sûr que les choses aient tellement changé, puisque sur des thèmes qui me paraissent toujours fondamentaux, comme celui du normal et du pathologique, qui fut cher à Georges Canguilhem, puisqu'il l'a peaufiné pendant trente ans, il est le plus souvent vain de trouver un interlocuteur, et s'il arrive d'en coincer un, il parvient rapidement à s'échapper.

Ma phénoménale ignorance n'avait pas empêché que très vite, dès le premier service où j'ai fonctionné, je m'étais vu confier, outre deux pavillons de 50 lits, des consultations de dispensaires, des visites à domiciles, et à ma grande surprise, après pas mal d'inquiétudes initiales, les choses ne se passaient pas si mal que ça. Les catégories de l'imaginaire et du symbolique m'étaient tout à fait étrangères, mais je sentais bien un peu que ce que je représentais et ce que les patients me prêtaient était beaucoup plus important ce que je pouvais savoir ou ignorer. D'ailleurs, je n'étais pas lâché sans biscuit, un infirmier ou une assistante sociale m'accompa-

gnaient dans mes pérégrinations, un peu comme Bagheera, la panthère noire de Kipling, couvrait de son menton les premiers pas de Mowgli adolescent dans la jungle.

Tous les services ne se ressemblaient pas à ce propos. Certains psychiatres en titre gardaient le monopole de toutes les activités extérieures (représentaient-elles un appoint de salaire non négligeable à l'époque où l'activité de secteur faisait l'objet de rétributions complémentaires ?), d'autres faisaient systématiquement participer les internes à tout ce qui était secteur, c'était une de leurs façons d'enseigner que d'expédier au feu les « jeunes recrues » ; la haute figure d'Hubert Mignot faisait partie de ceux-là, et je ne sais pas si, dans sa discrétion courtoise, il n'a pas été le modèle paternel auquel j'ai toute ma carrière tenté de m'identifier. C'était presque le seul service, à ma souvenance, dans lequel le temps consacré au « secteur » tendait à dépasser celui réservé au service.

Le service Chaigneau fonctionnait autrement ; elle m'a beaucoup appris, mais j'ai mis des années à comprendre ce que je lui devais, ce qu'elle avait fait passer de sa compréhension de la psychose au futur psy qui ne comprenait pas trop à quoi rimaient ces réunions régulières, parfois bien longues, pimentées des interventions épisodiques de stars telle Maud Mannoni, ou des commentaires brillants mais pour moi inintelligibles de Guy Clastres, entre autres, dont Chaigneau avait dit une fois, ou à peu près : « C'est joli ce qu'il dit, même si on n'en comprend pas grand-chose », ce qui m'avait été d'une grande consolation. Hélène Chaigneau ne m'en voudra pas, si par hasard ces lignes lui tombaient sous les yeux, d'écrire que le lieu d'hospitalisation qui avait été l'ancien CTSR de Paul Sivadon, et dont je me demandais ce qu'il pouvait avoir de « social », si ce n'est que tout amas de clochards asilaires est certainement en soi une société, ni de « thérapeutique », était un des endroits les plus sordides des hôpitaux psychiatriques de la Seine, ce



qui nourrissait mon indignation, d'ailleurs assez discrète, persuadé, en bon naïf que j'étais, qu'il n'aurait dépendu à la grande dame « patronne » des lieux que de claquer dans ses doigts pour que les murs se déplacent et que l'univers sordide disparaisse. Je n'avais pas encore mesuré l'ineffable inertie des structures administratives pour tout ce qui ne les concerne pas directement.

Sans doute déjà le pouvoir échappait aux médecins, fussent-ils « chefs ».

J'ai compris peu à peu, et surtout rétrospectivement, que mon instruction était passée pour une grande part, outre celle que dispensaient nos patients, par nos camarades les plus éveillés ; c'est à travers Marcel Czermak, par exemple, que j'ai découvert Lévy-Strauss ou Roman Jakobson, la linguistique, l'anthropologie structurale, ou Jean Moulin, que j'ai entendu parler de Borges, et bien d'autres dont le nom ne me revient pas sur l'instant, tout un univers non médical qui finalement parlait bien plus au commensal de la psychose que les écrits classiques, même des meilleurs. Bien que comment renier ce que je dois à Henri Ey, qui venait chaque semaine faire pour nous une de ces présentations de malades, plus tard tant décriées, mais où il savait si bien faire passer son immense savoir-faire ; Henri Ey, et le « petit Ey », que j'ai absorbé, plutôt vite et superficiellement, quand il me fut proposé de faire les cours de psychiatrie à l'école d'infirmières de Bobigny, où il m'était nécessaire d'avoir quelque chose à dire à une époque où, certains échelons de l'échelle de la démagogie n'ayant pas été franchis et les écoles d'infirmières n'étant pas assimilées à l'Université, les « enseignés » devaient venir aux exposés des « enseignants ». De ce fait j'ai commencé ainsi, la nécessité faisant loi, à étayer un bagage théorique que l'internat psychiatrique du temps court-circuitait gaïement, puisque le passer avec succès vous ouvrait la voie à la qualification sans subir le scolaire CES que je n'ai connu personne qui l'eût alors fréquenté.

De tout cela, résultait pourtant pour nous tous une sérieuse imprégnation quant à ce que le soin psychiatrique devait être, et ce que les structures psychiatriques devaient apporter. Les années passant et l'internat touchant à sa fin, cela n'était pas de trop. D'autant que j'étais un sujet, d'abord un peu rétif, puis ensuite simplement peu doué, avant de comprendre que la formation médicale n'était pas obligatoirement le meilleur parcours pour accéder à une fonction soignante en psychiatrie. Comme m'avait dit un jour Hélène Chaigneau : « Je crois que vous êtes un peu médecin... », ce qui n'était pas forcément un compliment.

D'autres éléments majeurs s'ajoutaient à cette enseignement qui ne disait pas son nom ; je veux dire l'ambiance psychanalytique qui régnait chez les générations d'alors, et dont je découvrait l'influence immense en même temps que je m'apercevais que presque tous mes camarades en avaient une expérience personnelle, ce qui n'était pas le cas de tous nos patrons dont la plupart avaient puisé leurs formations à d'autres sources, beaucoup chez les théoriciens de la Gestalt

en particulier, mais pour lesquels pourtant la psychanalyse était une référence généralement reconnue et acceptée.

Enfin, dans le monde médical asilaire, l'idéologie dominante se situait « à gauche » ; ne pas y être faisait de vous un marginal, un infirme social, dans un univers où la question n'était pas de savoir si l'on était à gauche, mais dans quelle gauche on se situait, si l'on se reconnaissait dans un parti communiste de plus en plus contesté, si l'on adhérait à un « trotskisme » dans une de ses innombrables variantes, les plus modérés se référant à un rocardisme un peu suspect d'embourgeoisement. Ceci dit en passant, ces idéologies communautaires avaient leurs racines humaines dans un milieu assez peu prolétaire.

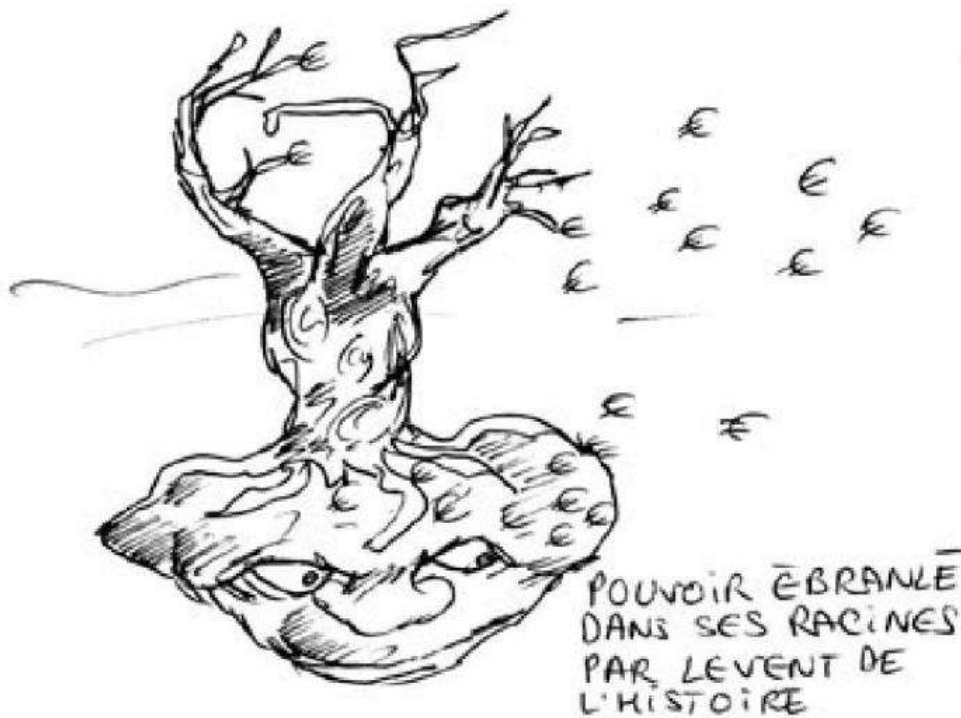
Le monde infirmier était plus tranché : il y avait les communistes, même si la foi dans le grand soir et les lendemains qui chantent était largement ébréchée, la CGT gardant encore une énorme influence, appuyée sur des militants volontiers droits et ouverts, les autres se retrouvant dans une droite informelle se voulant apolitique. Quand vous arriviez d'un univers où le politique faisait partie de la vie privée dont on ne parlait guère plus que de sa vie sexuelle, cela faisait un curieux dépaysement.

### *Mai 1968*

Tout cela avait profondément transformé l'ancien externe parisien, et, tout en gardant une certaine marginalité par rapport à ce qui m'apparaissait comme un peu « initiatique », quelque chose du registre de la « secte », j'ai vécu les journées de mai 1968 sans en être bouleversé. Assez curieusement, mes camarades, peut-être de ne m'être pas laissé emporter par cette fascination un peu folle, s'étaient mis à me doter implicitement d'une certaine forme de sagesse □ L'univers asilaire en a été pourtant très secoué, entre les AG tumultueuses et les appels aux malades à faire grève ; même si la vie quotidienne s'est plus ou moins poursuivie, plus rien ne s'est pensé ensuite exactement de la même façon. Mais il en a été tellement parlé qu'il y en a probablement tout à dire encore.

En même temps que le « pouvoir était ébranlé jusque dans ses racines », nous percevions combien un certain contrôle de ce pouvoir était nécessaire si l'on voulait sauvegarder l'essentiel du soin psychiatrique. Que ce soin passe pour l'essentiel à travers la vie quotidienne, ce qu'on pourrait appeler thérapie institutionnelle, et qu'en lâcher les ressorts signifiait même notre instrument de soin à la merci d'une classe le plus souvent parfaitement ignorante de ce qu'était notre pratique, peu soucieuse d'en apprendre quelque chose, et plutôt méprisante pour le cadre de ses médecins. Cela, le poids du nombre le cachait un peu dans les lourds bataillons des CHS, mais l'expérience des Centres Hospitaliers Généraux le faisait vite découvrir.

On a dit beaucoup de mal, moi y compris, des grandes structures asilaires, mais elles m'apparaissent avec le recul des années, un endroit où l'on pouvait faire un peu de psychiatrie. Mais quelle que soit la bonne volonté de ceux



qui ont suivi d'autres chemins, l'expérience « asilaire » me paraît avoir été alors irremplaçable pour nous doter d'un langage commun, et surtout acquérir une certaine compréhension empathique de la « folie » : l'asile c'était avant tout une certaine façon de vivre ensemble, tant pour les soignants que pour les soignés.

### *Le soin et le pouvoir*

Au bout de ce parcours, il me semblait aller de soi que le soin en psychiatrie passait inéluctablement par le contrôle médical de la vie quotidienne ; sans que je sache à quel moment cette conviction s'est imposée à moi. Que la fonction de soin exercée par l'équipe responsable passait par une certaine cooptation de ses membres pour une vision analogue de la stratégie à poursuivre, et évidemment un droit actif de regard sur la vie quotidienne des services, le fonctionnement des équipes de soin.

En même temps j'avais découvert que la fonction de soin impliquait une continuité, qui n'était pas une continuité de fonction, mais une continuité de personne, qu'elle signifiait un certain engagement, que « prendre en charge » des patients n'était pas une formule vide, mais, comme Saint Christophe portant ses voyageurs d'un bord à l'autre du fleuve, de les accompagner dans une traversée qui pouvait durer toute leur vie, qui ne cessait pas à leur sortie du service et ne se limitait pas à des entretiens épisodiques, mais impliquait parfois des interventions pouvant être autoritaires dans le cours de leur vie quotidienne, qu'un « suivi » pouvait durer toujours et ne pas connaître de limites géographiques.

Plus tard j'ai vu que, pour certains, les limites du soin se confondaient avec la frontière géographique du « secteur », que, contrairement à l'esprit du secteur pour lequel le choix

du patient s'imposait aux équipes et non l'inverse, des patients pouvaient se « passer » d'une équipe à l'autre, souvent en dépit du bon sens et parfois contre le gré des intéressés qu'il fallait arracher de force à la chambre minuscule devenue leur maison et leur corps depuis vingt ans. Mais ceci est une autre histoire.

Dans tout cela il n'y avait guère de place pour la biologie ou la génétique, et même celles-ci n'étaient pas en odeur de sainteté. Mais il y avait de l'humanité partout ; les patients étaient des sujets, ou du moins c'était ce qui était la doctrine. Des gens avec qui on pouvait discuter sur un banc, parfois boire un « pot » ou partager un bout de repas, chez qui on pouvait aller partager encore quelque chose. C'est certain que ce mode de fonctionnement impliquait un attachement des patients à leurs thérapeutes (et parfois réciproquement), ce qui pouvait se traduire par le maintien d'une correspondance, plus ou moins épisodique, quand les choses ou notre vie nous éloignaient. C'était certainement très vilain.

### *La psychiatrie, c'est le transfert*

C'est au travers de tout cela que j'ai découvert sans le formaliser clairement (mais formaliser c'est parfois neutraliser) que la psychiatrie c'était le transfert, que le transfert était le support de toute relation de soin, même s'il arrivait que le soignant, dans cette relation où le pouvoir soignant réside dans la dissymétrie, se fourvoie dans des identifications projectives, dans des dénégations de la dimension pathologique de l'autre qui a pu conduire certains dans des gouffres. Pilotage parfois délicat et subtil, mais combien passionnant et fructueux, tant pour le soigné que pour le soignant, quand les pièges majeurs ont pu être contournés.

Je pense n'avoir évité aucun des pièges, être tombé dans toutes les erreurs, avoir péché par tous les excès. Mais je n'en ai pas de regret. Beaucoup d'autres collègues de ce temps ont succombé aux mêmes travers, chacun en fonction de sa personnalité. Nous avons tous notre façon de pécher.

### ***Le professionnalisme, voilà l'ennemi !***

Depuis j'ai vu le « professionnalisme » s'installer en même temps que la psychiatrie s'éloignait. Le soin aux patients psy est devenu un métier là où il était un engagement. Les hiérarchies contre lesquelles nous nous insurgions sont réapparues sans avoir jamais disparues. Mais cette fois, alors que nos « ennemis » étaient de la famille, simplement plus anciens dans le parcours que nous, les nouveaux maîtres sont venus du dehors ; les luttes internes pour de petits intérêts ont permis aux conquérants venus de Rennes de se placer en arbitres dans des conflits techniques ou personnels dont ils ignoraient tout, et les rebelles d'antan se sont soumis aux nouveaux barbares, espérant avoir parfois quelque chose à récupérer pour eux-mêmes ou leur clan dans leur soumission.

La gestion du soin a échappé peu à peu aux soignants, aux médecins, en même temps que les surveillants chefs devenaient « directeurs des soins », formés dans des simulacres d'ENA à oublier qu'ils avaient été soignants un temps, noyés maintenant sous une paperasserie que les médecins ont d'abord rejetée, puis subie et intégrée. De petits abandons à petites trahisons, l'économique a supplanté le soin sans que personne probablement n'y gagne rien. Les déficits budgétaires ont cru proportionnellement à l'emprise du pouvoir administratif ; c'est assez naturel : comment prétendre

piloter un véhicule dont on ne connaît rien et que l'on en arrive à réduire au comptable et au réglementaire ?

La psychanalyse s'est réfugiée de plus en plus dans les milieux de soins privés ; partie de la bonne société viennoise, elle tend à retourner dans un monde fermé et bourgeois. Le contrôle des leviers de l'institution dans les organismes publics échappant aux soignants a tendu à réduire l'institutionnalisation dans le soin à une caricature, les psychiatres ont oublié le rôle « fondateur » de l'inconscient et se sont désintéressés du leur. Combien de jeunes confrères ont eu une expérience personnelle de l'analyse ? Qui (contaminé par la statistique, j'allais écrire : quel pourcentage !) parmi eux continue à lire Freud ?

Un certain biologisme confus s'y est substitué ; bien sûr on continue à parler au patient avant de lui faire son ordonnance, mais croit-on à ce qui se passe dans ce dialogue pourtant bien « singulier » ? Quelle formation, quelle réflexion plutôt, prépare à cette pratique ? La psychiatrie s'est réintégrée dans le club médical sans pour autant s'y être trouvée une théorie fondatrice, même hypothétique. Le souci de s'éviter les ennuis qu'un non respect d'une multiplicité de textes pourrait entraîner prime sur le souci d'une cohérence de la pensée soignante.

Faudra-t-il attendre une nouvelle « révolution » pour que soient reposées les questions sans doute sans réponse, mais qu'on peut difficilement escamoter dans des structures qui se veulent soignantes ? Qu'est-ce que veulent dire normal et pathologique en psychiatrie ? Quelle y est la place du « discours » ? Que veut dire « soigner » en psychiatrie ?





Agnès Beisson  
Delphine Entat  
Vanessa Boissier

## « Le billet »

*Des effets de l'inscription de Benoît dans notre paysage  
Des effets de l'inscription de Vanessa et Delphine dans le soin en psychiatrie  
Des effets de la transmission d'Agnès à deux jeunes infirmières...  
Ou encore, de ce que peut être le rôle d'une Cadre de Santé dans un service d'admission en psychiatrie.*

### Agnès :

J'ai rencontré Benoît lors de ma première affectation de Cadre en 1999. Il m'avait été envoyé, faute de place dans l'U.F. d'entrée. Il ne passa pas 24 heures, en fugue dès le soir...

Je fus frappé par deux choses : l'absence d'étonnement des infirmiers d'une part, et, l'empressement de ceux-ci à solliciter un signalement de recherche d'autre part (il avait été admis en H.L.)

Il semblait que ce garçon était en grand danger dans le discours des soignants, en proie à la prostitution, candidat potentiel au virus du sida...

Je l'ai ensuite oublié, comme un bref courant d'air, difficile de saisir le vent qui passe.

Or, en 2001, j'ai eu en charge l'unité d'entrée, aussi, j'ai renoué des relations épisodiques avec Benoît.

C'était sur le mode de l'HDT. Il me paraissait très isolé, nouant peu de contacts avec les autres patients ; dans une sorte de « transit permanent » entre ses multiples fugues.

Au cours de cette période, je me suis intéressée à Antonin Artaud que la fragile silhouette de Benoît m'évoquait. Peut-être cela réveillait quelque chose de ma culpabilité, comme

si pour lui, nous nous retrouvions dans une position d'aliéniste, était-ce l'effet des lettres d'Antonin au Dr Ferdière, ses supplications qui faisaient écho aux interrogations de Benoît : « Pourquoi vous me privez de liberté ? ».

Nous avons commencé à communiquer sur un mode particulier. Il m'interpellait dans les couloirs d'un impérieux : « Surveillante, faites-moi un bon ! ». A quoi je répondais : « malade, j'ai un nom ». Au début, ça l'a surpris, il a insisté « un bon » : il s'agissait de remplir un chèque à la banque des patients pour son argent de poche. C'est devenu ensuite un jeu et, au final, Benoît m'a nommé quelques fois, même au cours de ses fugues, il me téléphonait pour son « bon ». Il avait constitué un réseau entre ses points de chute et notre équipe, Maison Blanche à Paris, des foyers parisiens où il trouvait refuge...

Nous entretenions également des relations houleuses avec sa famille, en particulier son père qui venait régulièrement faire des esclandres pour l'argent que lui coûtait son fils, les vêtements perdus, notre incapacité à le retenir... De même, nous recevions sa tutrice qui gérait ses amendes SNCF dont le montant paraissait colossal.

Nous avons essayé plusieurs fois de rétablir pour lui sa prise en charge sur le secteur via l'Hôpital de Jour ; là aussi les



Infirmières.

Secteur 27 – Centre hospitalier de Montfavet  
84140 Montfavet.

fugues mettaient fin et rien ne paraissait possible pour faire coupure à cette errance, ni la mesure d'HDT, ni la tutelle, ni l'éventualité d'un éventuel retour dans sa famille.

Le paradoxe étant tout ce dispositif sensé garantir des soins, voire soutenir un projet de soin et la démonstration flagrante de sa mise en échec, voire des effets pervers : la tutelle n'empêchait pas Benoît de se retrouver sans le sou au cours de ses fugues, l'HDT ne le liait qu'à sa revendication de liberté, la famille avait logé son frère dans son lit...

Comment et où travailler, une place possible, comment attraper un courant d'air ?

## Delphine :

« Nous, novices IDE en psychiatrie, avions la demande d'Agnès de prendre Benoît pour une séance d'activité cuisine. Perplexes et prises de court face à ce patient instable et délirant, nous entamions ce qui fut le début d'une longue et périlleuse prise en charge mais d'une richesse absolue.

Cette première vraie rencontre nous apprit beaucoup de son parcours : la gestion d'un appartement, des petits boulots, un emploi de pizzaiolo. D'où son assurance à réaliser les pâtisseries de l'activité ».

« Toujours dans le cadre de l'activité cuisine, nous invitâmes Benoît à participer à une sortie thérapeutique avec restaurant et promenade ; c'est avec peu d'assurance et surtout avec une certitude : il va fuguer et ne rentrera pas avec le groupe. Mais, la projection de notre angoisse était en fait celle de Benoît. Il ne nous quitta pas des yeux de la journée et ne s'éloigna pas plus de quelques mètres. Quel soulagement de l'avoir ramené mais surtout quel fut le plaisir de cette journée partagée.

C'est au fil du temps que nous sommes devenues référentes de Benoît, nous recevions en partie ses demandes quotidiennes, « racheter de la sape », « des produits pour hydrater sa peau fragile », tout cela sur un ton maniéré et tellement détaché.

Mais aussi, ses angoisses, ses souffrances, avec le retour à la réalité lors de ses déambulations à grandes enjambées dans les couloirs, au cours de ses tumultueuses conversations avec lui-même.

Ces moments où Benoît étouffe et où nous organisons « une relâche en ville » : relâches qui furent des pas de plus vers cette stabilité qu'il espérait.

Benoît noua, à ce moment là, une relation thérapeutique privilégiée avec nous.

## Vanessa :

« Je me souviens de ma première rencontre avec Benoît me renvoyant à une certaine distance ; distance d'une jeune diplômée travaillant depuis quelques mois en psychiatrie, face à la réalité de la « folie » avec son caractère impénétrable au premier abord ».

« J'ai été interpellée par son maniérisme aux traits féminins relativement accentués : sa démarche déhanchée, sa chevelure longue châtain clair basculant d'une épaule à l'autre d'un coup de tête, sa gestuelle ainsi que ses intonations de voix qui lui étaient propre. Ce patient se fondait dans les murs de l'unité jusqu'à un vacillement dans la prise en charge par la modification du mode de placement par le médecin de l'U.F. sous le mode HL, synonyme pour lui « d'extrême liberté », synonyme également d'une esquisse de lien thérapeutique ».



Nous avions au début une phrase « *on nous refile le paquet cadeau* » ; « *merci du cadeau* ».

Ce fut bel et bien un cadeau, celui d'échanges partagés par l'adhésion, l'ancrage d'un lien thérapeutique ; celui de l'amour de notre profession IDE et de l'être humain dans son authenticité pure que nous allions découvrir.

Nous rassemblions toutes nos ressources personnelles et professionnelles en complémentarité afin de gérer au mieux la situation. Il en était de même pour Benoît qui s'était « *recentré sur lui-même* ».

## Agnès :

Peut-être les choses commencèrent à se modifier peu à peu. D'abord, Benoît, durant tout ce temps, entra dans notre paysage, nous nous intéressâmes davantage à lui, saisissant, ça et là, des opportunités d'ancrage. Notre U.F. fut investie dans le même mouvement par un psychiatre qui poursuivit l'hospitalisation sur le mode H.L.. Benoît s'aperçut qu'il pouvait demander des « *relâches* » ; d'abord, il alla passer des week-ends chez son père avec des retours quelques fois difficiles. Puis le mode de relation avec celui-ci changea. Il se sentit davantage écouté, quelques scènes de larmes dans le bureau médical remplacèrent les injectives passées.

Puis, Benoît alla passer des journées à Avignon, il tenait beaucoup à ses « *relâches* ».

Nous tentâmes alors d'inscrire Benoît dans un projet d'appartement. La tutrice fut très réservée, voire effrayée par une telle perspective. Pourtant, il nous semblait important de parier sur les effets d'un chez-lui. De même, nous insistâmes sur le fait de faire refaire sa carte d'identité. Au final, il fut convenu un essai de sortie en formule d'hôtel social faute de mieux, mais nous n'étions pas convaincus d'utiliser cette inscription précaire. Nous renouâmes avec l'Hôpital de Jour, espérant ainsi jouer sur l'alternance : appartement/hôpital de jour... les délais de mise en place aboutirent à une énième fugue...

Je crois qu'à la suite, Benoît revint sans que nous puissions l'accueillir, faute de place. Il alla dans l'autre unité. Il venait me faire part de sa colère, me réclamer son « *bon* », me remettre face à mes engagements vis-à-vis de lui. J'avais imaginé que nous pourrions travailler sur un projet de départ - qu'il partirait pour une fois avec un billet. Il venait aussi pour le billet.

Au final, Benoît revint si mal que, devant l'ampleur des manifestations cliniques, je me suis excusée auprès de lui de n'avoir pas assez tenu compte des liens qu'il avait avec nous (n'avais-je pas trop facilement cédé aux pressions liées à la gestion des lits).

Benoît finit par s'apaiser, reprendre ses « *relâches* » et, nous, le projet du billet.

Son père, alors, est venu nous parler du départ pour l'île de la Réunion, c'était un vieux projet qu'il avait et qui semblait se concrétiser.

La carte d'identité n'étant toujours pas fournie par la tutrice, Delphine et Vanessa décidèrent de s'occuper des démarches nécessaires.

Un matin, la mère et le frère arrivèrent pour emmener Benoît. Le père était déjà parti, ils allaient le rejoindre.

Nous avons argumenté du fait que la carte d'identité n'était pas prête, qu'il fallait acheter le billet avec la tutrice et faire un relais pour les soins de Benoît si celui-ci souhaitait partir les rejoindre. Il fut convenu que le père nous donnerait l'adresse dès qu'ils seraient installés car ils étaient hébergés provisoirement. Nous fûmes aidés par le départ en congé maternité de la tutrice et son remplacement temporaire ; oui ! il y avait l'argent nécessaire, le dossier pourrait être transmis ensuite. La carte d'identité arriva elle aussi, je l'ai gardée dans mon bureau craignant que ce qui avait été si difficile à obtenir ne s'égarât. Benoît venait vérifier qu'elle était là. Puis, nous « *flotâmes* » un peu, l'adresse tardant à venir, suivant la piste de Benoît pour retrouver la famille, j'entendis parler pour la première fois du Tampon.

Benoît souriait de nous voir si ignorants, nous allâmes à la bibliothèque chercher un atlas photocopiant l'île et l'affichant. Vanessa et Delphine retrouvèrent la trace de la famille au Tampon. Le père trouva un logement avec une chambre pour Benoît et le container des meubles finit par arriver....

L'unité vécut au rythme de ces péripéties, les préparatifs durèrent deux mois avant d'aller chercher enfin « *le billet* » qui rejoint dans mon bureau la carte d'identité.

Nous avons eu, sur les indications du père, connaissance du CMP du Tampon et le lien fut établi.

L'investissement autour de ce voyage dépassa les limites de l'unité : le personnel de la cafétéria du C.H. offrit des petits cadeaux de départ.

A la demande de Benoît, nous *reconfigurâmes sa sape dans son sac*.

Vanessa accompagna Benoît à l'aéroport et quand vint le moment du départ de l'unité, je mesurais la place qu'avait pris Benoît pour nous et nous pour lui. Il faisait un voyageur tout à fait convenable, paraissant en capacité de se souvenir de nos recommandations.

## Delphine :

Benoît nous donna les premiers éléments pour trouver sa famille qui ne nous a pas communiqué les nouvelles coordonnées.

A partir de là, il nous fallut rassembler beaucoup d'énergie, de présence et d'écoute pour accompagner Benoît dans cette grande aventure que fut son départ. Notre motivation surpassa alors tous les obstacles.

Il nous fallut compter sur notre ingéniosité pour avancer. La gestion du budget, les achats du vestiaire, du maillot, de la valise furent une chevauchée dans les magasins que Benoît géra avec, à notre surprise, beaucoup d'assurance et de détermination.

Chaque jour, Benoît nous attendait avec ses angoisses, ses interrogations que nous nous efforcions de soulager.

De l'angoisse, il y en eut aussi de notre côté, allions-nous pouvoir mener à bien ce projet ?

Le service fut en ébullition, nous aussi, lorsque Benoît revêtit sa tenue de départ, prête depuis tant de semaines. Nous achetâmes un gâteau que l'on partagea (médecin, surveillante, infirmiers, cadre supérieur), tout le monde fêta le départ de Benoît. Convivialité, chaleur et joie furent au rendez-vous, il y eut même un appareil photo qui immortalisa ce moment.

## Agnès :

Bien sûr il y eut quelques aléas, des appels de Benoît ou de son père, tous deux pris dans la difficulté à se supporter et s'accepter. Et aussi la tutrice qui, reprenant son activité après son congé de maternité, négligea de faire les virements bancaires dans l'attente du transfert du dossier.

Benoît me parla de la proposition de sorties à la plage, du CMP, ce qui m'évoqua qu'on lui avait proposé une prise en charge HDJ, quand je lui dis « *c'est très bien* » il me rétorqua « *je n'aurais jamais du vous parler de ça* »... puis je perdis le fil, occupée à ma nouvelle affectation sur le Centre de Jour. Pierre, le psychiatre, me donna des nouvelles, il était sollicité par le père pour un retour de Benoît et le médecin qui l'avait en charge l'avait contacté. Pierre me demanda d'appeler ce médecin pour lui parler du travail que nous avions fait, ce que je fis. Quand je lui parlais du « *billet* » elle me dit qu'elle comprenait mieux pourquoi Benoît lui réclamait un « *billet* ».

Elle m'informa qu'il était hospitalisé pour équilibrer son traitement et me donna les coordonnées de son U.F., je l'appelais alors. Benoît ne me parla ni de cette demande de

retour, ni du billet, il me dit « *et pour mon logis ?* » (je me souviens avoir évoqué avec lui qu'il serait temps à présent de repenser à un chez lui). Je lui suggérais alors d'en parler avec son médecin, il ne se souvenait pas de son nom. Quand je lui dis « *alors ça vous a repris votre maladie de ne pas vous souvenir des noms ?* » Benoît m'a répondu « *je sens que ça va venir...* » même de si loin, il me sembla voir alors son sourire.

Afin de clore définitivement mon dossier pour mon départ pour reprendre une formulation de Benoît, j'ai souhaité témoigner, à travers ce récit, de ce qui avait été notre pratique dans cette unité.

Par respect pour Pierre, le psychiatre, pour Vanessa et Delphine et à travers eux pour cette équipe qui s'est souvent engagée pour que souffle un peu de ce courant d'air de liberté qui manque si cruellement dans les organigrammes formatés proposés en lieu et place du rappel du nécessaire trajet personnel. Cet engagement dans un travail collectif bien éloigné des luttes corporatistes alimentant la plainte et aliénant un peu plus soignants et soignés, désagrégeant peu à peu notre spécificité au bénéfice d'une logique sécuritaire peu attentive à la rencontre possible.

Pourtant, ne nous incombe-t-il pas d'accompagner et de soutenir cet effort permanent dont nous savons qu'il représentera la seule garantie d'un épanouissement professionnel ? C'est pour moi « *la moindre des choses* ».

Peut-être nos lointains collègues du Tampon écriront la suite de l'aventure de Benoît, c'est la proposition qui leur est faite.





Annie REDOULOUX

## Expérience de construction d'une case africaine en hôpital de jour psychiatrique

La maison africaine est née dans un rêve, sur la base d'images, de réminiscences et de rencontres. C'est le fruit d'un cheminement vers cette maison-cercle où convergent des rayons qui ont pris leur source dans le passé et ont abouti, grossis de leur histoire à ce point de rencontre : le centre de ce cercle...

Le premier de ces rayons part des cabanes de l'enfance, celles que je construisais dans les bois au bord de la rivière pendant que mon père pêchait ; un de ces petits nids éphémères qui m'occupaient une journée entière pour m'y blottir une ou deux heures en fin de journée, juste avant de repartir en les abandonnant, pleine de nostalgie...

Un autre de ces chemins m'a conduite un jour au Sénégal où m'attendait une autre maison qui hante aussi mes rêves. Les hommes du village étaient en train de construire une maison traditionnelle en terre crue. Les murs étaient déjà en place et ils s'activaient autour de la charpente installée sur le sol. Fascinée, passionnée, j'ai tout mémorisé, comme un film dans ma tête, me promettant d'en faire bon usage...

Dans le même ordre d'idées, j'ai vu un jour un documentaire sur les femmes du Mali qui, après les pluies, rechargent en terre crue les murs de leurs cases, tout en chantant et en riant entre elles...

Un autre jour encore, en Tunisie, visitant des maisons troglodytes, où des amis Berbères nous avaient invités, nous offrant le pain cuit sous la cendre et le thé, j'ai ressenti cette étrange impression d'être arrivée, apaisée, rassasiée...

Dans cette fraîcheur de cave blanche où tout était rond : la pièce principale en forme de demi bulle, les niches-étagères et les lits-alcôves creusés dans la roche, j'éprouvais un sentiment de déjà vécu, de n'avoir plus besoin de rien.

Toutes ces pistes, ces chemins me ramenaient vers une réflexion menée depuis déjà un certain temps sur la symbolique de la maison, du cercle protecteur...

Une maison normalement c'est rassurant, accueillant, protecteur. Pourquoi tant de nos patients s'y barricadent-ils comme derrière le seul rempart assez solide pour les protéger contre les tempêtes du dehors ou susceptible – seul – de contenir celles du dedans ?

Pour oser affronter l'extérieur, il faut d'abord être sûr de l'étanchéité du contenant, de pouvoir bien différencier son monde intérieur du contexte extérieur. Il faut pouvoir marquer son territoire, fermer sa clôture – frontière.

Je me souviens à ce propos d'un de nos patients qui projetait ainsi symboliquement ce manque de limites autour de lui. Il pénétrait dans les bureaux sans se rendre compte qu'il changeait de pièce, entrait ou sortait en ignorant les portes, ne disait jamais ni bonjour, ni au revoir et ne pouvait entrer dans la grande salle de jeux quand le grand rideau pliant était complètement repoussé. Il sculptait des vases sans fond dont il finissait même souvent par casser les parois... Il voulait – disait-il – y planter des fleurs, alors que ses pots ne pouvaient même pas contenir de terre ! La psychose n'est-elle pas – elle aussi – une maison mal bâtie avec des fondations trop faibles qui soutiennent mal l'édifice, ce qui entraîne des lézardes, des risques d'effondrement. Durant toute sa durée d'existence, il faudra étayer les murs, colmater les brèches, réparer les fuites du toit...

Cette idée d'une construction dont il faudra prendre soin toute sa vie, qu'il faudra « soigner », renforcer, me ramenait à nos patients mal abrités dans leur coquille trop fragile (ou trop blindée !) pas assez contenante, ni rassurante.

Et puis un jour je me suis formée au « packing » : la méthode de Roger GENTIS d'enveloppements humides qui fait ressurgir les émotions tout en rassemblant et resserrant l'image de soi dans des limites à la fois contraignantes et chaleureuses. J'ai retrouvé là, cette sensation de plénitude éprouvée dans la grotte ou dans la cabane de mon enfance, ou dans ces îles au milieu d'un lac ou d'un golfe. Ma réflexion s'est enrichie de cette nouvelle expérience qui vient confirmer mes intuitions.

A la fin du stage de formation on nous a procuré une bibliographie de textes sur des expériences similaires ou ap-

Ergothérapeute

Centre de Jour de BEDARIEUX (34600) – Secteur 9 de Psychiatrie – dépendant du Centre Camille Claudel – 1, rue Rivetti – 34500 BEZIERS

parentées au « packing ». L'une d'entre elles nous parle d'un travail mené par un groupe d'éducateurs avec des enfants autistes agités, polyhandicapés avec déficiences sensorielles, dans des grottes situées près de leur institution. Ils avaient observé avec stupeur que ces enfants agressifs et incontrôlables, craint et mordant, se calmaient et s'adoucissaient en y pénétrant ; se collaient le dos aux parois et rampaient le long des aspérités en épousant de leur corps les creux de la roche, palpant la pierre de leurs mains, pendant qu'un sourire de béatitude s'épanouissait sur leur visage !...

Un de mes « dadas » professionnels d'ergothérapeute consiste à chercher le rapport entre le langage corporel de nos patients et leurs productions artistiques...

Utilisant dans mes ateliers, des médiateurs tels que le « tai-chi-chuan », la relaxation et des techniques projectives artisanales comme le modelage, la sculpture et la poterie, je suis frappée par la similitude des images de ces corps déséquilibrés (« désaxés ») de nos patients et celles de leurs productions artistiques.

Leurs œuvres, souvent comme la maison dont nous parlions plus haut, manquent de bases, les vases de fond suffisamment épais, les statues de pieds suffisamment solides. Les parois des vases, comme les modelages et les statuettes sont érigés en déséquilibre et entraînent par leur masse la chute de l'ensemble. J'ai souvenir de ce patient sculptant une copie de celle de RAMSES II et qui avait tellement limé



les jambes de sa statuette qu'elle ne tenait plus debout. Ce même patient avait l'habitude – au repos – de se pencher tellement en arrière qu'instinctivement on allongeait le bras vers son dos pour le retenir !

L'enseignement du Tai-Chi-Chuan (tout un cheminement là encore !) nous apporte un éclairage important à cette question d'équilibre et propose à tout élève – sans entrer dans le domaine pathologique – de repartir du bas, de renforcer ses pieds, ses appuis au sol et de reconstruire son axe en remontant vers sa tête. L'homme serait, selon cette pratique, comme un arbre aux racines bien enfoncées, au tronc bien érigé et aux branches souples... et le vent peut souffler !...

Marcel SASSOLAS définit le sujet psychotique comme un « arbre déraciné ». Symboliquement parlant, cette idée de recommencer, de reconstruire à partir du bas, de reprendre le développement là où il s'est arrêté, de remonter les marches manquantes une à une, faisait écho au travail que nous menions avec des enfants I.M.C., des autistes ou des malades neurologiques ; ces aventures où il faut recréer les schémas perdus ou jamais atteints, où il faut rejouer les étapes manquantes et reprendre le développement arrêté ou bloqué d'avant la maladie...

Une autre rencontre importante également, sur le chemin, fut celle de Muriel, notre patiente Ivoirienne du centre de jour, inscrite à l'atelier poterie qu'elle illumine de ses évocations et son inspiration venues de son pays d'origine. Elle est immigrée en France, perdue dans une culture dont elle attendait tout, et qui malgré la protection sociale l'a amenée à décompenser... Elle construit des poteries ou des masques étranges qu'elle explique en les reliant à la vie de son village, aux coutumes, à la cuisine traditionnelle, à l'histoire des femmes de chez elle... Les mains dans la terre, elle rêve éveillée !

Je repense à la case vue au Sénégal et je l'interroge sur la construction des maisons en terre crue. Je me rappelle des stocks de terre perdue qui attendent dans des caisses dans un coin de l'atelier... Qui attendent quoi ?... Je n'en savais rien encore jusque là, mais je les gardais avec obstination.

Je propose une maquette de village africain. Un patient d'origine algérienne fabrique une mosquée avec son minaret, sa cour intérieure... On en reste là pendant plusieurs mois, tandis que les pots cassés, les pains de terre séchés continuent de s'entasser.

Toutes ces idées, ces expériences, ces rencontres, enfin, comme autant de rayons d'une roue ont cheminé et convergé vers un moyeu central jusqu'à ce que résonne un jour, et s'impose à moi, une voix étrange et fébrile comme celle de E.T., criant « Maison » !!

Alors nous nous y sommes mis ! Et elle a pris forme d'abord dans nos têtes. Nous l'avons portée, rêvée, fabriquée, habitée par l'imagination ! Puis, nous l'avons dessinée sur du papier ; puis tracée sur le sol de l'atelier, mesurée, budgétisée... Et oui : il faut bien ! Ensuite, il a fallu aller faire les achats,



transporter les matériaux lourds, les décharger, ramasser le bois flotté au bord de la rivière, cueillir les roseaux, etc. Tout cela a duré 7 mois, chaque lundi, jour de l'atelier « poterie », avec les 5 inscrits à cet atelier et moi-même.

Lucette n'avait jamais tenu une scie et Noël était incapable de visualiser le résultat escompté ; Armand, lui, ancien chauffeur routier reprenait du service actif après des années d'invalidité et jouait le rôle de contremaître, pendant que Joseph, comme un petit chien sur nos talons, voulait tout faire et nous enlevait les outils des mains. Muriel rêvait tout haut et nous racontait comment c'était en Côte-d'Ivoire.

Le cercle symbolique tracé au sol à la poudre de plâtre fut la première marque visible de notre future case, une fois le terrassement et aplanissement du terrain effectués.

Nous nous sommes tous mis à l'intérieur, accroupis en rond pour voir si nous y tenions tous. C'était un peu juste, mais on se serrerait !

J'ai demandé aux patients les plus atteints de creuser les fondations. Le jour du plantage des poteaux, le jardin du centre de jour a résonné de grands coups de masse dont certains sont passés dangereusement près du crâne de celui qui les soutenait !

Les équipes se sont constituées d'elles-mêmes sans que je distribue les rôles. Je n'avais même pas à jouer l'ingénieur « y'a qu'à » et je jubilais, me tenant légèrement à l'écart en les entendant se consulter, collaborer sur les gestes complexes, s'interpeller pour demander de l'aide ou un outil.

L'énergie se nourrissait d'elle-même comme une boule, qui une fois lancée, entretient sa course sur la trajectoire. Je me réjouissais d'être presque inutile ; j'atteignais la raison d'être

de mon rôle ; je les laissais prendre les rênes en écoutant leurs commentaires ; souvent même ils m'oubliaient carrément.

Tout se passait comme si une fois reparti de la base, l'élan s'entretenait de lui-même, confirmant ainsi mes intuitions antérieures et mes espoirs.

L'œuvre collective à accomplir faisait le lien entre eux et l'édification lente et tangible de notre construction mobilisait des forces insoupçonnées. Pour beaucoup d'entre eux, il a fallu tout apprendre : planter un clou, couper du fil de fer, assembler deux morceaux de bois et surtout, il a fallu inventer ensemble les méthodes en se concertant, en se réunissant et en discutant à chaque début de séance du programme et de la répartition des tâches. Une véritable équipe s'est constituée pour la première fois. L'enchaînement des actes d'une séance à l'autre se mettait en place tout naturellement : reprendre les travaux là où ils en étaient, faire le point sur la conduite à tenir et la suite à donner, prévoir les matériaux et définir les actions de la journée. Un petit briefing sur les buts à atteindre et les méthodes à mettre en œuvre et ça repartait !... Aucun besoin de stimuler, de ma part comme à l'atelier de poterie, ni de relancer l'intérêt, ni même d'animer au sens professionnel du mot... On n'avait pas besoin de moi ! Quelle jubilation, quelle récompense dans mon travail, quelle réalisation professionnelle dans ce paradoxe !... Ça « roulait » tout seul ! Le fil conducteur, une fois repéré par tous, se substituait à mon rôle habituel de dynamiseur.

J'avais déjà ressenti ce sentiment de légèreté, de création sans effort, lors de la réalisation d'une sculpture collective monumentale pour une exposition sur la ville. Alors pourquoi pas plus souvent ? Là encore l'image du cercle

revenait ; un cercle fait de mains, de regards dirigés vers un centre commun, un centre... d'intérêt, un centre de vie !

Notre case a poussé comme un champignon, ou comme un gros vase, bien appuyée sur ses bases, avec ses piquets bien enfoncés dans la terre ; sa charpente en bois flotté et sa toiture en roseaux des marais voisins.

Là encore, quelles parties de plaisir nous ont procuré l'enfoncement des piquets, malgré les risques « professionnels », la cueillette des roseaux pataugeant dans la boue, le portage en triomphe de la charpente, le cœur battant, le jour du premier « essayage »... Quel cri de bonheur et de soulagement quand on a pu vérifier que cela s'emboîtait bien sur les murs !

Est-ce la dimension « sérieuse » d'un travail réel, comme celui des C.A.T., qui a donné du sens à notre projet, pour les patients ? Est-ce la sensation de grandir ensemble en même temps que notre maison qui nous a porté et subjugué ? Est-ce la nécessité de communiquer impérativement dans le groupe qui nous a ouvert les portes de la parole, des regards, de la collaboration par les gestes et les outils, de l'échange des idées ? Est-ce seulement la fierté de l'œuvre accomplie, les responsabilités nouvelles qui nous ont procuré ces moments d'euphorie ?... Ont-ils, eux aussi renoué avec les cabanes de leur enfance, ou avec le nid, le berceau, l'alcôve, ou l'île déserte de leur imagination ? A quelle vie antérieure se sont-ils reliés ?...

Le cercle est bouclé, mais il reste une ouverture dans les murs de la case, sans porte, juste un rideau peint à la main par l'atelier dessin et qui flotte au vent... Du dedans on

voit le dehors... Depuis, nous y avons pris le thé, en rond, et nous l'avons déjà soignée en la réenduisant de barbotine après un orage. En fait, en ce moment, nous nous occupons surtout des extérieurs : les parterres autour, les sculptures près de l'entrée, l'allée qui y conduit...

Certains patients ont boudé la fête de l'inauguration comme si la fin était moins intéressante que le moment de la création. A moins que les invités étrangers n'aient été vécus par eux comme des dangers potentiels...

Cette construction a entraîné dans son élan toute une dynamique qui s'est propagée à tout le centre de jour comme les ronds dans l'eau après la chute de la pierre. De proche en proche elle a contaminé les autres ateliers du centre : l'atelier peinture, l'atelier jardinage pour les extérieurs, l'atelier sculpture pour les « Césars » remis lors de la fête, l'atelier cuisine pour le buffet. Elle a mobilisé des ressources et des forces insoupçonnées chez des patients difficiles à animer dans des prises en charge au long cours où nous guettent l'essoufflement et la chronicité... D'où la nécessité, je crois, de bousculer parfois le rituel des programmes et le contenu des ateliers.

Nous savons tous, en psychiatrie, combien la médiation permet parfois de rejouer symboliquement un épisode douloureux, un blocage, ou de faire ressurgir une émotion, un souvenir. Nous sommes donc, ensemble, repartis à zéro (du niveau du sol !) faisant abstraction de nos connaissances, découvrant au jour le jour les difficultés qui se présentaient, inventant les méthodes, jouant notre propre édification en même temps que s'élevaient les murs de notre maison.



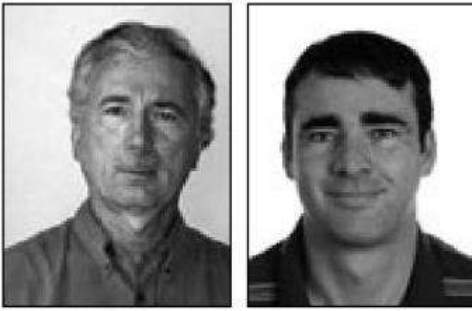
## HORIZONS

Dans cette rubrique réservée aux auteurs étrangers, cinq articles nous amènent dans trois pays sur trois continents. Avec notre correspondant Raymond Tempier, Professeur de psychiatrie à Saskatoon dans la province du Saskatchewan aux pieds des montagnes rocheuses, et son collègue Sylvain Laniel, psychiatre dans l'Abitibi Témiscamingue, une région vivant de mines d'or dans le nord du Québec, nous avons une présentation du fonctionnement de **deux hôpitaux de jour de Montréal**, l'un à programme court, l'autre à programme long. Rappelons qu'avec Raymond Tempier, nous avons le projet d'organiser à Saskatoon un congrès sur le thème de la langue et de la psychiatrie.

Le second article est de notre correspondant **suédois** Ola Lingren, psychologue clinicien et chef de service en pédopsychiatrie à Karlstad. Il nous décrit la difficulté du modèle social suédois à **gérer la catastrophe** du Tsunami en extrême Orient qui toucha 30000 touristes de son pays. Son texte est illustré par un dessin humoristique qu'il nous a adressé et qui résume bien la situation : un zèbre est en train de se faire dévorer par des lions. La communauté des zèbres réunit une cellule de crise dont l'animateur déclare : « nous allons nous répartir en petits groupes et discuter de ce qui s'est passé, puis après la pause repas on va réunir toute la cellule de crise pour évaluation. » Ce qui ne semble pas troubler la digestion de nos félins... Cet article a été rédigé quelques mois seulement avant les élections législatives de septembre qui ont remis en question le modèle suédois sociodémocrate comme cela ne s'est pas vu depuis 60 ans.

Deux articles nous viennent du **Burkina Faso** (« **La patrie des hommes intègres** »), l'ancienne Haute Volta dont la capitale est Ouagadougou. Ils traitent de la douloureuse question de l'excision et du contexte culturel des hallucinations. Cette importante contribution complète les précédents articles du Bénin et du Cameroun. Elle témoigne du rôle croissant de Psy Cause en Afrique de l'Ouest et s'inscrit dans la dynamique de notre congrès à Parakou (Bénin) en février 2008.

Jean-Paul Bossuat



Raymond Tempier<sup>1</sup> Sylvain Laniel<sup>2</sup>

## L'hôpital de jour en psychiatrie : profil actuel d'une clientèle adulte

### Résumé

L'hôpital de jour permet la réintégration des patients dans la communauté. Mais on connaît en général peu le profil des patients qui utilisent ces structures de soins. Cette étude explore les caractéristiques démographiques et cliniques des patients qui fréquentent deux types d'hôpitaux de jour, à court et à long terme. Ces deux hôpitaux de jour sont situés dans un complexe hospitalier universitaire du centre ville de Montréal. Une analyse rétrospective de dossiers hospitaliers a été entreprise. Elle a permis de comparer les caractéristiques démographiques et cliniques de patients fréquentant ces structures de soins. Les résultats montrent que les caractéristiques de ces deux clientèles sont identiques, cependant plus d'hommes fréquentent l'hôpital de jour à long terme. On observe que les patients avec des troubles affectifs se retrouvent plus souvent en hôpital de jour à court terme et ceux avec diagnostic de schizophrénie dans celui à long terme. La clientèle de ces deux structures de soins présentent un taux plutôt faible d'abus de substance. Le risque de violence et de suicide est plus élevé dans la structure à long terme. Cette étude permet de souligner des différences qui existent entre les clientèles qui bénéficient d'hospitalisation partielle. Nous concluons que les deux types d'hôpitaux de jour peuvent être complémentaires recevant des clientèles différentes sur le plan clinique.

**Mots clés :** Hôpital de jour – Évaluation – Épidémiologie – Services psychiatriques.

### Summary

Day hospital allows patients reintegration in the community. But, we know in general little on the profile of patients using these programs. This study explores the demographic and clinical characteristics of patients attending two types of day hospitals offering short or long term stays. These two day hospitals are situated in a downtown Montreal university hospital. A retrospective analysis of hospital charts was conducted. This analysis allowed to compare demographic and clinical characteristics of patients being admitted to these two programs. Clinical characteristics are identical except that more men go to the long term day hospital. We observe that patients with diagnoses of affective disorders are found more often in short term day hospitals while those with schizophrenia are more in the long term facility. There is a rather low rate of substance abuse. The risk of violence and suicide is more prevalent among those in the long term program. This study helps underline differences between clienteles which benefit partial hospitalization. We conclude that different day hospitals programs could complement each other.

**Key words:** Day hospital – Evaluation – Epidemiology – Psychiatric services.

### Introduction

L'hospitalisation partielle ou dite de jour peut remplacer l'hospitalisation complète ou sur 24 heures pour la plupart des patients qui nécessitent des soins quotidiens et une surveillance de leurs traitements. L'hospitalisation partielle répond bien aux principes et aux politiques de soins dans

la communauté. L'hôpital de jour demeure une modalité de soins relativement ancienne. Le premier hôpital de jour en psychiatrie a été créé à Moscou en 1933, le traitement se focalisait alors sur la thérapie par le travail (Pang, 1986). Le virage du modèle médical au modèle biopsychosocial s'est concrétisé par la création du premier hôpital de jour en Amérique, en 1946, à Montréal (Parker et Kroll, 1990). Cette modalité de soins suscite actuellement un regain d'intérêt et une croissance régulière. Aux États-Unis par exemple, ces structures se sont considérablement développées puisqu'on dénombrait 112 programmes de type hôpital de jour en 1963, 300 en 1969 et 2000 en 1980 (Talbot 1985). Sur le plan de l'organisation des services, on a tendance à diviser les hôpitaux de jour en programmes à court et à long

<sup>1</sup>. Professeur et Chef du Département de Psychiatrie  
Collège de Médecine, Université de la Saskatchewan, et Psychiatre en  
chef de la Région Sanitaire de Saskatoon, Saskatoon, SK, S7N 0W8  
Canada.

<sup>2</sup>. Psychiatre  
Centre Hospitalier de Soins Psy. de l'Abitibi Témiscamingue, Malartic,  
Québec, Canada.

terme. Les programmes à court terme, dits de soins intensifs, permettent de stabiliser les phases aiguës de troubles psychiatriques comme la schizophrénie, par exemple. L'hôpital de jour accueille aussi des patients<sup>1</sup> en phase de récupération ou de retour à la stabilité après une hospitalisation à plein temps. Ces structures de soins aident à identifier des précipitants environnementaux et à clarifier les diagnostics psychiatriques. Les programmes de jour à long terme par contre se concentrent plus sur l'aspect réadaptation de la prise en charge, sans toutefois abandonner le traitement clinique. Au Québec, ce type de programme à long terme est encore appelé centre de jour, il permet le maintien des acquis, le soutien dans la communauté et crée des conditions favorables à une réadaptation psychiatrique réussie. Selon Schene (2004), l'hospitalisation partielle remplit donc quatre fonctions différentes: 1) alternative à l'hospitalisation, 2) suite des soins hospitaliers, 3) extension des traitements de clinique externe, 4) réadaptation.

Quelques travaux ont évalué l'impact des séjours en hôpital de jour sur les personnes atteintes d'un trouble psychiatrique. Ces structures de soins ont montré leur efficacité pour certains indicateurs de performance. Si on utilise les taux de réadmission par exemple, Zwerling et Wilder (1964) ont trouvé que pour les cas aigus psychiatriques encore en contrôle de leurs impulsions, ceux qui sont passés en hôpital de jour seront moins souvent réhospitalisés comparés aux patients ayant séjourné en hospitalisation complète. Mazza et coll. (2004) ont montré qu'à 6 mois, chez des patients d'hôpital de jour présentant des troubles affectifs, les symptômes ont diminué et l'adaptation sociale et le fonctionnement global ont augmenté significativement. Ces auteurs affirment que l'hospitalisation de jour est moins coûteuse que l'hospitalisation complète mais constatent que ces programmes sont en général sous-utilisés. Une revue systématique d'essais cliniques sur l'hospitalisation partielle par le groupe Cochrane conclut que l'hospitalisation partielle ou de jour a trois avantages clairs: une amélioration plus rapide de l'état mental, une meilleure satisfaction avec les services et un coût moindre (Marshall et coll., 2003). Schene (2004) affirme que l'hôpital de jour est une alternative valable pour plus du tiers des patients nécessitant une hospitalisation à plein temps. Il souligne que l'hospitalisation partielle n'a pas été assez étudiée et pense qu'il faut différencier en sous-groupes la clientèle, de manière à bien cerner les fonctions de ce type d'hospitalisation.

Une enquête commanditée par l'association des Hôpitaux du Québec (2000) a permis de donner un portrait exhaustif des 28 hôpitaux de jour sur les 30 en psychiatrie

d'adulte, au Québec. Cette enquête a été réalisée à partir d'entrevues d'administrateurs hospitaliers (n=65), et se concentre sur les aspects administratifs, organisationnels et les lieux physiques des hôpitaux de jour. La clientèle le fréquentant est sommairement décrite, cependant. Deux questions seulement cernent le profil de la clientèle, l'une sur les diagnostics établis et inscrits dans les dossiers et l'autre sur le type de logement où habitent les patients. Selon cette enquête, les troubles affectifs majeurs, les états psychotiques chroniques et les troubles de la personnalité constituent 80% des diagnostics principaux inscrits dans les dossiers. La majorité des bénéficiaires (67,5%) ont un domicile propre.

Il nous a semblé important de mieux connaître les caractéristiques cliniques des personnes qui fréquentent ces structures thérapeutiques afin de les adapter aux besoins de la clientèle. Nous avons donc étudié la clientèle de deux hôpitaux de jour d'un centre hospitalier universitaire de Montréal. Nous avons vérifié dans quelle mesure ces deux structures de soins reçoivent des clientèles différentes établissant une complémentarité de services. Nous avons posé comme hypothèse de travail que ces deux structures reçoivent une clientèle différente en terme de diagnostic et de caractéristiques cliniques.

### *Le programme de transition de jour et le centre de jour de réadaptation, deux hôpitaux de jour à court et long terme*

Dans le département de psychiatrie de l'Hôpital Général de Montréal, l'hôpital de jour à court terme s'appelle le



1. Par souci de clarté et pour ne pas alourdir le texte, le genre masculin comprend aussi le genre féminin.

Programme de Transition de Jour (PTJ), les patients y séjournent un maximum de 6 semaines et le Centre de Jour de Réadaptation (CJR) suit le modèle de l'hospitalisation partielle à long terme, les patients admis peuvent y faire un séjour allant jusqu'à un an.

Selon un document interne (Geller, Steiner & Wallace, 1997), le mandat du PTJ est d'accélérer le retour dans la communauté et de consolider la phase stable, mais aussi d'éviter une réhospitalisation et de débiter ou de continuer des activités de réadaptation. À l'intérieur de ces deux programmes, les interventions cliniques sont, pour l'essentiel, sous formes de thérapie de milieu, de groupe ou d'interventions ergothérapeutiques. Il y a également d'autres activités spécifiques à chacun des deux programmes. Au centre de jour, par exemple, le développement des capacités cognitives se fait à l'aide de logiciels informatiques. Des activités physiques en gymnase font partie du programme hebdomadaire. Soulignons aussi que la surveillance des symptômes et le suivi médical sont plus <<serrés>> dans ces structures que lorsque le patient ne vient que pour des consultations externes, forcément ponctuelles.

Le PTJ suit les normes de pratique des programmes intensifs d'hospitalisation partielle de l'Association Américaine de Psychiatrie (1980). Rappelons les normes de pratique qui régissent ses structures d'hospitalisation partielle:

1. Chaque patient est assigné à une équipe de traitement supervisée par un psychiatre.
2. Chaque traitement est consigné dans un plan individuel en fonction d'un diagnostic. Il est délivré par une équipe multidisciplinaire.
3. Tous les patients ont droit à une évaluation psychiatrique et, si nécessaire physique, ainsi qu'à tous les examens de laboratoire requis.
4. Toutes les modalités habituelles des traitements psychiatriques sont utilisées.
5. Le programme a à sa tête un directeur ayant au moins deux ans d'expérience clinique et au moins un an en administration de programme en santé mentale.
6. Le ratio personnel/patients est d'environ 1 membre du personnel pour 4 patients.
7. Les politiques cliniques et les procédures sont clairement établies. Les services cliniques sont aussi intenses que pour un service hospitalier plein-temps. Le personnel est disponible autant pour les patients que leur famille.

Le CJR suit les mêmes normes de pratique que celles des hôpitaux de jour à court terme mais à notre connaissance, il n'y a pas de critères établis pour les hôpitaux de jour à long terme. Au niveau du personnel, le PTJ emploie deux infirmières à plein temps, une ergothérapeute, une travailleuse sociale et un psychiatre à mi-temps. Le personnel du CJR comprend deux infirmières et deux ergothérapeutes à temps partiel, et un psychiatre consultant. Les deux programmes peuvent accueillir vingt patients chacun. Si le PTJ fonctionne tous les jours ouvrables, le CJR n'est ouvert que trois jours par semaine. Pendant les deux autres jours de la semaine, le CJR accueille des patients plus sévèrement

atteints, qui viennent pour des activités sociales en groupe de type café-rencontre.

## Méthodologie

Afin de comparer le profil de la clientèle qui fréquente ces deux structures, une révision des dossiers hospitaliers a été effectuée pour tous les patients qui ont été évalués à l'un ou l'autre des programmes au cours d'une période d'un an, soit du 1er mars 2000 au 28 février 2001. L'étude a été autorisée par le directeur des services professionnels et toutes les précautions ont été prises pour conserver l'anonymat et la liste constituée des patients rencontrant les critères de sélection a été détruite. La prise de données s'est faite au moment de l'évaluation séparant les acceptés des refusés à un des deux programmes. Les variables démographiques telles que âge, sexe, langue parlée, statut civil, source de revenu, type d'habitation et secteur d'habitation ont été recueillies à partir d'un formulaire standardisé d'évaluation pour l'admission à l'un de ces deux programmes.

Les diagnostics apparaissant sur ce formulaire ont été recueillis, de même que le score à l'échelle globale de fonctionnement (EGF) (APA, 1994). Les antécédents judiciaires, l'abus de substance, le degré de dangerosité sont aussi consignés dans ce formulaire.

À l'aide d'un registre informatisé, on a pu prendre en compte le nombre de visites à l'urgence psychiatrique et le nombre d'hospitalisations en psychiatrie entre le 1er avril 1999 et le 31 mars 2001. Ces données ont été retracées pour chaque patient qui a fréquenté l'un ou l'autre des programmes de jour. Le nombre de visites à l'urgence et le nombre d'hospitalisations a été choisi comme indicateur du degré d'acuité de la pathologie dans une perspective descriptive. La période sélectionnée est plus longue d'un an que la période à l'étude car on a considéré qu'un an est une période trop courte pour calculer le nombre moyen d'admissions et de visites à l'urgence, en effet ce type d'événements est plutôt rare.

Des analyses statistiques comparatives de nature bivariée ont été entreprises pour comparer les caractéristiques cliniques et démographiques des clientèles fréquentant le PTJ et le CJR. Pour comparer les variables numériques, nous avons utilisé le test t de Student et pour les variables catégorielles, le test de Chi carré. Un seuil de signification égal à 0,05 a été sélectionné. Le logiciel SPSS, version 9.0, a été utilisé pour l'analyse des données.

Durant la période étudiée, 119 patients ont été évalués au Programme de transition de jour (PTJ) et 37 au Centre de Jour de Réadaptation (CJR). Il est à noter que 15 clients ont été évalués dans les 2 programmes, puisqu'un patient peut passer d'un programme à l'autre. Lors de la révision des dossiers, les données ont été obtenues pour 107 des 119 patients évalués au PTJ et pour 33 des 37 patients du CJR. Les dossiers non révisés sont ceux qui n'étaient pas disponibles au service des archives au moment de la collecte des données. Tous les patients évalués au PTJ pendant la période étudiée ont été acceptés dans ce programme. Au

CJR, seulement quatre patients évalués n'ont pas été admis dans ce programme, ce qui correspond à un taux d'admission de 88%.

### Description de l'échantillon

Les données démographiques sont présentées au tableau 1. Les deux groupes de patients sont pratiquement semblables sur le plan démographique. Pour le PTJ, la moyenne d'âge des patients est de 35 ans et demi tandis qu'elle est de 39 ans et demi pour les patients du CJR. Cette différence n'est toutefois pas significative statistiquement. Seule une faible proportion des patients des deux hôpitaux de jour étaient mariés au moment de l'étude. La plupart des patients sont célibataires, séparés ou divorcés et un grand nombre d'entre eux habitent seuls surtout ceux qui viennent au Centre de jour. Comme source de revenu, la majorité des patients des deux programmes sont prestataires d'aide sociale. La langue d'usage déclarée est l'anglais pour la majorité, c'est la même pour les deux groupes. Seule une minorité de patients (22 % au PTJ, 16 % au CJR) déclare le français comme langue usuelle.

### Résultats

Les caractéristiques cliniques comparatives sont présentées au tableau 2. On constate une hétérogénéité diagnostique dans la clientèle des deux programmes. Il existe un nombre plus important de sujets atteints de schizophrénie au CJR. Une proportion identique de patients (un sur cinq environ) présente dans les deux structures de soins un trouble schizo-affectif. Par ailleurs, on retrouve plus de patients avec un trouble affectif (dépression majeure, trouble bipolaire) au PTJ qu'au CJR. En ce qui concerne les troubles liés à l'usage d'alcool ou de drogue, le taux de prévalence de ces troubles dans notre échantillon est faible, notamment au PTJ. À part un score moyen légèrement inférieur à l'Échelle Globale de Fonctionnement pour les patients du PTJ, les autres indicateurs nous suggèrent que les patients du CJR présentent des pathologies plus sévères. Le pourcentage des patients du CJR présentant un risque, même minime, de violence (39,4 %) ou de suicide (42,4%) est supérieur à celui des patients du PTJ (18,6 % et 38,4% respectivement). Le nombre moyen de visites à l'urgence

Tableau 1

Caractéristiques démographiques des patients fréquentant un Programme de Transition de Jour (PTJ) ou un Centre de Jour de Réadaptation (CJR)			
Caractéristiques	PTJ (n=106)	CJR (n=32)	Seuil de Signification*
Moyenne d'âge (en années)	35,6	39,5	N.S.**
Sexe (% d'hommes)	45,8	72,7	0,01
Langue (% anglophones)	77,1	80,6	N.S.
Statut marital (% mariés)	11,4	6,3	N.S.
Source de revenu (% sur aide sociale)	52,7	69,7	N.S.
Habitation (% vivant seul)	34,3	60,6	N.S.

Note: \* test de Chi Carré, \*\* test t de Student.

Tableau 2

Caractéristiques cliniques des patients fréquentant un Programme de Transition de Jour (PTJ) ou un Centre de Jour de Réadaptation (CJR)			
Caractéristiques	PTJ (n=106)	CJR (n=32)	Seuil de Signification*
<b>Diagnostics</b>			
Dépression majeure	23,3 %	9,4 %	
Schizophrénie	29,2 %	56,3 %	
Trouble schizo-affectif	21,7 %	18,8 %	
Trouble bipolaire	13,2 %	6,3 %	< 0,05
Autre tr. psychotique.	3,8 %	3,1 %	
Abus de substance	0,9 %	6,3	
Tr. obsessionnel compulsif	2,8 %	0 %	
Echelle Globale de Fonctionnement (EGF) (score moyen)	42,1	47,6	N.S.**
Nbre de visites au service d'urgence	2,7	2,8	N.S.**
Hospitalisations 24h. (nombre moyen)	1,1	1,2	N.S.**
Durée moyenne de séjour < 90 jours (en jours)	39	46	< 0,01**
Durée moyenne de séjour >90 jours (en jours)	177	189	< 0,01**
Risque de violence	18,6 %	39,4 %	< 0,01
Risque suicidaire	38,4 %	42,4 %	N.S

\* test de Chi carré \*\* test t de Student.

et d'admissions en unité interne mesurés sur une période de 2 ans, est sensiblement identique pour les deux groupes. Les patients souffrant de troubles sévères et persistants ont souvent des rechutes, donc même s'ils sont au programme de réadaptation, ils requièrent parfois des soins psychiatriques intensifs. Lorsqu'ils sont hospitalisés, les séjours hospitaliers sont plus longs, tant pour des hospitalisations à court qu'à long terme. Ces patients, fréquentant le CJR demeurent quand même assez stables puisque leur taux de réhospitalisation relativement bas est le même que celui de ceux qui fréquentent le PTJ.

## Discussion

Ces deux hôpitaux de jour accueillent des personnes au profil semblable sur le plan démographique; plus d'hommes cependant, fréquentent le CJR. Ce résultat est en accord avec la diminution des aptitudes sociales dans la schizophrénie, plus marquée chez les hommes. Ceux qui sont atteints de troubles sévères ont, en général, plus besoin de services de réadaptation. Sur le plan linguistique, le taux plus élevé d'anglophones correspond au fait que ce département dessert essentiellement les quartiers de Montréal dont la population est à majorité anglophone.

Sur le plan des caractéristiques cliniques, on vérifie notre hypothèse à savoir que les clientèles des deux hôpitaux diffèrent sur le plan diagnostique. C'est plutôt au PTJ que sont suivis des patients avec des pathologies affectives alors que ceux avec des troubles schizophréniques vont plutôt fréquenter le CJR. Ces résultats correspondent aux mandats des 2 programmes, ils montrent l'adéquation des services avec les besoins de la clientèle puisque le CTJ a un mandat de réadaptation et qu'en général ce sont les patients atteints de schizophrénie qui en ont le plus besoin. Le taux

de prévalence de troubles associés à l'utilisation de substances est inférieur à celui trouvé (14%) pour une population psychiatrique externe et similaire, suivie dans le même département (Margolese et coll., 2004). Deux explications sont proposées: d'abord, il est possible que seulement les troubles aigus ont été inscrits sur la feuille d'admissibilité au programme, ensuite, il est probable que les patients atteints de problèmes de drogue ou d'alcool sont préférentiellement référés à l'unité de désintoxication faisant partie de ce département de psychiatrie. Curieusement, on observe que ce sont ceux qui ont un risque de violence plus élevé qui sont admis au Centre de jour. En ce qui concerne leur état fonctionnel global, les scores retrouvés attestent que les patients qui viennent dans ces programmes présentent en général une symptomatologie sévère ou des incapacités sérieuses justifiant le besoin de services psychiatriques de ce type. Nous avons mentionné que le PTJ s'adresse à une clientèle en phase de consolidation de la période stable. Ces patients devraient avoir une atteinte fonctionnelle moindre que chez ceux atteints de schizophrénie. Pour la plupart, leur suivi peut être assuré en externe ou dans la communauté sans nécessiter une période prolongée de réadaptation, ceci peut expliquer cette différence au point de vue diagnostique.

Les résultats présentés ici doivent être interprétés avec prudence car cette recherche comporte certaines limites. D'abord, il s'agit d'une étude rétrospective où la plupart des données démographiques retrouvées au formulaire d'admissibilité de l'un ou de l'autre des programmes étaient rapportées par les patients sans vérification systématique de leur exactitude. La cueillette des données cliniques, diagnostiques ou par rapport au risque suicidaire a été effectuée à partir des dossiers hospitaliers, elle a moins de validité que si elle avait été réalisée à partir d'un test psychomé-



trique standardisé. Les catégories diagnostiques n'étaient pas mutuellement exclusives donc un patient souffrant de dépression majeure aurait aussi bien pu être classé comme ayant un trouble bipolaire ou un trouble schizo-affectif. Aussi, il faut noter que 15 patients ont séjourné à la fois dans les deux programmes de jour au cours de la période à l'étude. Une telle trajectoire de soins n'est pas inhabituelle puisque les patients passent souvent de l'urgence, à l'hospitalisation, puis au PTJ et au CJR, une fois stabilisés. Cette caractéristique de séjour double pourrait masquer cependant certaines différences qui pourraient exister entre les deux groupes de patients.

## Conclusion

Les données descriptives présentées dans cette étude exploratoire dressent un portrait type de la clientèle de deux programmes psychiatriques d'hospitalisation partielle dans un même centre hospitalier général. Au point de vue démographique, on observe des profils similaires, sauf une plus forte proportion d'hommes admis dans l'hôpital de jour à long terme. Les deux populations étudiées présentent des caractéristiques cliniques différentes. Les personnes avec des troubles affectifs sont moins souvent référées au centre de jour. On remarque aussi que ce centre accueille plus de sujets présentant un abus de substance, comme diagnostic primaire, ce résultat pourrait aussi montrer qu'effectivement ces personnes ont aussi besoin de services de réadaptation. Ces résultats nous permettent de conclure que ces deux hôpitaux de jour sont complémentaires et qu'ils peuvent coexister dans un même centre hospitalier puisqu'ils s'adressent à des clientèles suffisamment différentes sur le plan clinique. Ces résultats se conforment au plan d'organisation des services de ce département de psychiatrie qui a choisi de développer prioritairement divers services externes de soutien aux personnes les plus sévèrement atteintes. Cette recherche montre que l'hôpital de jour à court terme accueille plus souvent des sujets atteints de troubles affectifs alors que ceux aux prises avec un trouble schizophrénique devraient pouvoir bénéficier d'une hospitalisation partielle à long terme de type centre de jour. Ces deux types d'hôpitaux de jour devraient coexister dans un souci de mieux répondre aux besoins d'une clientèle lourde. Une meilleure connaissance diagnostique de la clientèle permet la mise en place de traitements plus spécialisés dans chaque structure de soins.

À notre connaissance, il existe peu d'études qui examinent par catégorie diagnostique le type de clientèle qui fréquente les différents types d'hôpitaux de jour. Et, il existe encore moins d'études publiées en français. Dans un système de santé dynamique, l'offre de service doit être révisée périodiquement afin de mieux répondre à la demande et aux besoins de la population, ceci dans un souci constant d'amélioration des services offerts. Il est alors nécessaire de procéder à des enquêtes sur le profil des populations desservies. La connaissance des diagnostics est bien évidemment un élément clé pour concevoir le type d'interventions à dé-

livrer. Cette étude représente un premier pas évaluatif dans ce sens. Des évaluations systématiques plus approfondies sur l'efficacité et l'utilité de tels programmes de jour seront de plus en plus nécessaires pour mieux informer les cliniciens et les gestionnaires. Il faut avoir à l'esprit que l'existence de ces structures d'hospitalisation de jour demeure fragile, nombre d'entre elles ont été fermées du jour au lendemain par décision arbitraire souvent reposant sur une coupure budgétaire. Et pourtant, dans bien des cas, leur budget est dérisoire comparé à celui attribué aux services internes, qui peuvent recevoir de 5 à 10 fois plus d'argent par jour et par patient, comme nous l'a rappelé Talbott (1985). Il est donc capital de bien évaluer les caractéristiques de ces structures d'hospitalisation partielle et de leur clientèle pour affirmer leur place et leur nécessaire contribution. Elles ont, et auront de plus en plus, un rôle essentiel à jouer dans un dispositif moderne, efficace et économique de soins ambulatoires en psychiatrie.

## Références

- Association des Hôpitaux du Québec (2000) Portrait des hôpitaux de jour en psychiatrie adulte au Québec. Septembre, Bibliothèque Nationale du Canada, ISBN 2-89447-145-9
- American Psychiatric Association (1980) New York County District Branch Task Force on Partial Hospitalization: Guidelines for Standards for Partial Hospitalization, APA éd. Washington D.C.
- American Association of Psychiatry (1994) Diagnostic criteria from DSM IV, APA éd., Washington, DC. 44-47
- Geller S, Steiner W, Wallace T (1997) Transitional Day Program, manuscrit non publié
- Margolese H, Malchy L, Negrete JC, Tempier R., Gill K (2004) Drug and Alcohol use among patients with schizophrenia and related psychoses: levels and consequences *Schizophrenia Research* 67(2-3):157-66
- Marshall M., Crowther R., Almaraz-Serrano AM, et coll. (2003) Day Hospital versus admission for acute psychiatric disorders [Cochrane Review] in *The Cochrane Library Issue 4* Chichester: J. Wiley & Sons Ltd.
- Mazza M, Barbarino E, Capitani S Sarchiapone M, DeRisio S (2004) Day hospital Treatment for Mood Disorders, *Psychiatric Services* 55: 436-438.
- Pang J (1985) Partial hospitalization An alternative to inpatient care in *The psychiatric clinics of North America*, 8: 587-595.
- Parker S et Kroll J (1990) Partial hospitalisation: An update, *Am J. Psychiatry* 147 :2, 156-160.
- Schene A (2004) The effectiveness of psychiatric partial hospitalisations, *Curr. Opinion of Psychiatry* 17, 303-309.
- Talbott J (1985) Community care for the chronically mentally ill in *The Psychiatric Clinics of North America* 8: 437-48
- Zwerling I, Wilder J (1964) An evaluation of the applicability of the day hospital in treatment of acutely disturbed patients. *Israel Annals of Psychiatry and related disciplines* 2 :162-185



Ola Lindgren

## Une rencontre involontaire avec le néant, gestion des crises et catastrophes en Suède

Récemment nommé correspondant étranger de PsyCause, je vais essayer de donner un aperçu de la situation dans le service de santé mentale suédois. Les Suédois ont une grande confiance en leur système de service de santé et en l'État, leur bon parent, qui les confortent et protègent dans toutes les difficultés humaines possibles, qu'elles soient normales ou non. Rien du mal ne doit se passer dans la vie d'un citoyen suédois. Et s'il y a un événement traumatisant, le secteur public est là pour l'atténuer. Il est peut-être possible de lier cette confiance infantile, à la sécurité que ressentent les Suédois qui n'ont participé à aucune guerre depuis longtemps et qui n'ont pas eu à survivre à des catastrophes naturelles telles que des tremblements de terre ou autres cataclysmes. Nous ne sommes pas préparés à une vie complète, avec des dangers, des pertes et des dommages.

Pour illustrer cela, donnons un exemple, le raz de marée en Thaïlande, en Indonésie et à Sri Lanka à Noël 2004. Environ trente mille Suédois étaient alors en vacances en Thaïlande. Vraiment notre paradis moderne. Ces suédois n'étaient pas tous dans les parties du pays qui furent frappées par le tsunami, mais il y a eu un grand nombre de blessées et de tués, parfois des familles entières ou des enfants. Dès qu'elle eut connaissance de ces nouvelles, la société suédoise en fut traumatisée. Lors des premiers jours, l'organisation pour crise et catastrophe fut appliquée à notre hôpital mis en alerte et nous avons attendu l'avenir avec une certaine inquiétude. Les premiers blessés arrivèrent en Suède quelques jours plus tard. Beaucoup de touristes suédois voulaient pourtant rester là-bas pour chercher leur famille ou leurs amis et pour aider leurs compatriotes. Pour cette raison les premiers vols de sauvetage vers la Suède étaient seulement demi-occupés. Pendant ces jours de tension et de chaos, la presse et la télévision furent très occupées par les actions politiques et les préparations et actions mises en place par le service de santé. Comment aider les victimes de cette catastrophe presque impossible de conceptualiser et com-

ment le faire quand elles sont à l'autre bout du monde ? nous sommes nous demandés. Est-ce qu'il fallait envoyer des médecins et des infirmières en Thaïlande, ou est-ce qu'il fallait attendre le retour des sinistrés en Suède ? Les autorités ont hésité. Nous avons attendu. Les politiciens, les journalistes, on peut dire toute la société publique, se sont trouvés dans une profonde réaction de crise. On a cherché le coupable, on s'est demandé pourquoi, on a cherché à retrouver le plus vite possible la vie d'« avant ». Toutes les réactions normales de crise se manifestaient de la même manière au niveau individuel et au niveau de la société. Le discours public s'est concentré plutôt sur les actions et les manifestations de responsabilité des autorités que sur les blessés et les souffrants en Thaïlande.

Comme psychiatres et psychologues nous savons très bien que la vie « avant » ne reviendra jamais. Ce qui reste c'est de vivre avec la douleur et le dur travail de la perlaboration. C'est à dire le travail de comprendre et de se réconcilier avec l'incompréhensible. Mais ce message tragique était impossible. Le grand public n'était pas prêt à faire ce travail de réflexion. Comme Youssef Mourtada (2006) a dit dans son éloquent article, il faut un acte de passage, pas un passage à l'acte pour faire un travail psychique. Mais on a demandé action, pas réflexion ! Personne n'a voulu écouter un message aussi grave.

En tant que professionnels nous avons aussi beaucoup d'expérience dans le traitement de l'anxiété et la rencontre avec les patients dans une crise passé le plus souvent sans difficulté insurmontable. Mais le soin des patients fut, dans cette situation, compliqué par des attentes données par les non professionnels. On peut dire qu'il y avait aussi beaucoup de personnes professionnelles qui ont perdu de vue leurs objectifs, c'est-à-dire aider les patients, et se sont trouvées dans une situation dans laquelle elles donnaient ce que les journalistes et l'avis populaire demandaient. On a créé une fausse attente en prétendant qu'il y avait un remède, un traitement pour enlever ce qui faisait mal, pour guérir les sentiments blessés par le raz de marée. Il n'existe pas un tel traitement. Le plupart des Suédois en crise n'ont pas eu besoin de service de santé ou de spécialistes. La vie normale va guérir les « maladies de la vie ».

Psychologue clinicien, chef de service pédo-psy  
Karlstad, Suède  
(Stagiaire de HOPE au Centre Hospitalier de Montfavet en 2005).

Les actions au niveau sociétal pendant et après le raz de marée, ont perpétué l'image du citoyen qui est incapable de se guérir seul et qui, par conséquent, dépend de l'aide professionnelle, et qui a le droit à l'aide que lui donne le gouvernement et le service de santé partout et tout le temps. On lui a volé la connaissance des conditions humaines essentielles et existentielles et on l'a placé dans une position infantile et impotente. Il y a, sans doute, toujours un aspect politique de la psychiatrie et du service de santé mentale. Donc, la Suède a été en deuil, mais il y a eu un manque au

niveau de la société incapable de se réconcilier avec ce qui s'était passé. La critique publique vers le gouvernement Suédois et son manque de capacité pour «gérer des crises nationales» fut la cause de la démission en 2006 du ministre des Affaires étrangères. On a trouvé un coupable, enfin.

## Bibliographie

Mourtada Y. (2006), « Le sevrage aux soins : un problème de santé publique. » *PsyCause*, 43, 2006, 40-42.



«Nous allons nous répartir en petits groupes et discuter de ce qui s'est passé, puis après la pause repas on va réunir toute la cellule de crise pour évaluation.»



K. Karfo<sup>1</sup>, Z. Sambaré Badi<sup>2</sup>,  
I.R. Diallo<sup>3</sup>, J.L. Ilboudo<sup>4</sup>,  
Ch. Ouédraogo<sup>5</sup>, J.G. Ouango<sup>1</sup>

## L'excision au Burkina Faso : données sociodémographiques, connais- sances et qualité de vie chez 200 femmes enquêtées dans la commune de Zabré

### Résumé

L'excision est une pratique encore répandue au Burkina Faso. Une lutte est engagée contre cette pratique ancestrale qui a des conséquences physiques et psychologiques pour la femme.

Les auteurs essaient dans une étude prospective à l'aide d'instruments codifiés (questionnaires, sondage) de faire parler la femme bisca de son vécu psychologique de femme excisée.

Dans la commune de Zabré les filles sont excisées généralement entre 15 et 20 ans (84,3 %) et sont très souvent consentantes (50 %). Les conséquences de l'excision sont connues par la majorité des femmes enquêtées qui reconnaissent à 90 % que cette pratique est néfaste. Elles savent à 94 % qu'il existe une loi contre l'excision mais évoquent à 89 % la tradition comme raison principale pour justifier l'excision.

La femme excisée vit dans la peur de contracter des rapports sexuels, elle présente un dysfonctionnement sexuel vécu beaucoup plus intensément chez celles ayant contracté des rapports sexuels avant l'excision.

Elles sont toutes unanimes qu'il faut lutter contre cette pratique.

### Introduction

En matière d'excision, quoiqu'il en soit, la première des choses à faire et celle qui risque de mobiliser davantage l'opinion publique, est de rassembler des faits sur cette pratique, des faits vécus et rapportés par des femmes victimes.

Nous choisissons volontairement de nous passer des débats de chiffres, de cultures, de religion qui risqueraient de nous éloigner de notre objectif. Ces débats sont toutes intéressantes, alimentent la plupart de la littérature sur l'excision. La majorité des écrits est contre l'excision, mais le problème est de savoir comment faire cesser cette pratique. Il s'agit ici de montrer comment les femmes perçoivent cette pratique qui naguère s'inscrivait dans la plupart des cultures africaines, dans des rites initiatiques. De toute évidence, l'action purement psychologique de l'excision sur les jeunes filles a été complètement négligée même dans les pays où les premiers travaux ont été faits (Gallo et al). En Afrique, et au Burkina Faso en particulier, l'excision constitue un témoignage palpable de la domination de l'homme sur la femme.

En pays bisca (commune de Zabré), l'excision se fait après le début de la puberté et au moment où la jeune fille pense au mariage. Cette situation n'est pas unique, elle se retrouve par exemple au pays Nankana voisin où autrefois, l'excision était l'antichambre de l'initiation de la jeune fille au mariage. Dans ce contexte, la pratique de l'excision à cette période du développement psychomoteur de la jeune fille va influencer grandement sa personnalité et sa vie future.

Au regard de la symbolique de l'excision dans chaque culture où elle est pratiquée, les aspects médico-légaux n'ont jamais constitué une préoccupation. Tout incident ou accident survenant au cours ou au décours de cette pratique, est classé dans le registre de l'interprétation culturelle qui sied. Exciser c'est perpétuer la culture des ancêtres.

Le vécu de la femme excisée se trouve justifié au moment où les informations sur cette pratique ont fait le tour du monde et que ONG et gouvernements se sont coalisés contre cette pratique. La chose qui mobiliserait le plus c'est le témoignage du vécu psychologique de la femme excisée.

Devant ce vécu, ce lourd passif longtemps non verbalisé, gardé en secret en faveur du poids de la culture, la lutte contre cette pratique a permis à la femme excisée de faire son « deuil » et enfin d'en parler.

Le but de notre travail est :

- de recueillir les opinions sur la pratique de l'excision et les modes de lutte contre ce fléau ;
- d'identifier et d'apprécier les connaissances des femmes sur les différentes complications psychologiques de l'excision.

1. Maître-Assistant - Service de Psychiatrie

2. Attaché de santé - Service de Psychiatrie

3. Conseiller de santé - Ministère de la Promotion de la Femme

4. Inspecteur Technique des Services de Santé

5. Service de Gynécologie

Courrier à adresser à : Dr KARFO Kapouné - 01 BP 2317 OUAGADOUGOU 01 - BURKINA FASO - Email : spounik@netcourrier.com

## Matériel et méthodes

C'est une étude transversale de type descriptif. L'étude s'est menée dans la commune de Zabré située à 185 km au sud-est de Ouagadougou la capitale du Burkina Faso.

Zabré est une commune rurale de 11.836 habitants dont 6.275 femmes. Elle est peuplée majoritairement de l'ethnie Bissa qui est la population autochtone. Cette population reste attachée aux valeurs traditionnelles qui, comme partout ailleurs au Burkina Faso, font de la femme un sujet de second rang. La femme Bissa participe très peu ou pas aux décisions qui engagent la vie de la communauté. Dans cette culture, l'excision est pratiquée généralement à l'adolescence. La population de l'étude est constituée des femmes bissa de 14 ans et plus, vivant dans la commune de Zabré.

### Les critères d'inclusion sont :

- être une femme bissa résidente dans la commune depuis au moins deux ans ;
- être présente pendant la durée de l'enquête ;
- accepter librement répondre à nos questions.

Le choix de l'échantillon a été fait par la technique du sondage –aléatoire en grappes.

Ce procédé a consisté à découper la zone d'enquête en sous-ensembles ou grappes qui soient aussi homogènes que possible à leur intérieur et aussi hétérogènes que possible entre eux. La détermination de ces sous-ensembles s'est appuyée sur le découpage géographique existant (la commune est divisée en sept secteurs) donc sept grappes.

Ainsi, à un niveau de confiance fixée à 95 %, une précision de 10 %, on obtient  $n = 96$  femmes.

Le sondage en grappe avec un coefficient multiplicateur de 2 nous donne une taille de l'échantillon de 192 ( $n \times 2$ ) femmes ; ce que nous avons arrondi à 200 femmes à enquêter. Nous avons élaboré un outil de collecte de données pour atteindre nos objectifs ; il s'agit d'un questionnaire de 31 items comportant :

- des questions ouvertes sur les variables socio-démographiques des femmes enquêtées ;
- des variables sur les opinions, connaissances, pratiques et aspects psychologiques sur l'excision.

Nous avons validé le questionnaire à l'aide de deux méthodes :

- La méthode des juges : 4 juges ont examiné la forme et le contenu de l'instrument. Leurs amendements ont été pris en compte.
- Nous avons tester le questionnaire dans un village situé à 10 km de la commune de Zabré sur un échantillon de 10 femmes. Ce pré-test nous a permis de réajuster certains items.

Cinq femmes ont fait passer le questionnaire pendant deux semaines (1<sup>er</sup> au 14 août 2001) : une étudiante en sociologie, deux accoucheuses auxiliaires (agents de santé de première ligne) et deux sage-femmes ont sillonné les sept secteurs de la commune de Zabré.

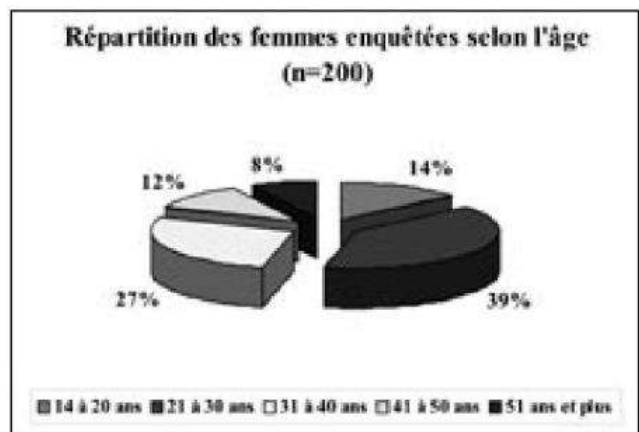
Toutes ces personnes avaient une bonne connaissance de la langue bissa et des connaissances en technique de collecte de données.

Les enquêteurs sont allés dans chaque concession pour rencontrer les femmes. D'autres femmes ont été rencontrées dans les champs non loin de leurs domiciles. Avant de remplir le questionnaire, il nous a toujours fallu expliquer l'objectif de l'enquête, son caractère strictement confidentiel, anonyme et non obligatoire.

Les données recueillies ont été traitées et analysées à l'aide du logiciel Epi info version 2000.

## Résultats

### 1. Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon



L'âge de la majorité des femmes enquêtées se situe entre 21 et 30 ans. L'âge moyen est de 32 ans. La femme la plus jeune a 14 ans et la plus âgée 70 ans.

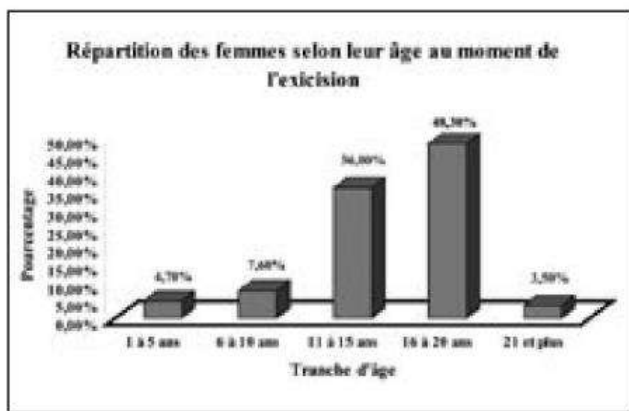
### Répartition des femmes enquêtées selon leur état d'excisée ou non

Tableau I : Répartition des femmes enquêtées selon leur état d'excisée ou non. n=200

Etat	Effectif	Pourcentage
Excisées	172	86 %
Non excisées	28	14 %
Total	200	100 %

La presque totalité de nos répondantes, soit 86 % sont excisées.

### L'âge des femmes au moment de l'excision



On remarque sur ce tableau que la grande majorité des excisées (84,3%) ont un âge compris entre 11 et 20 ans.

## 2. Connaissances, Attitude et Pratiques sur l'excision

### Connaissances sur l'excision

#### Connaissances des conséquences de l'excision

L'hémorragie est la conséquence physique la plus connue (73,25%). La douleur et la mort sont également connues à 26,16 et 20,93%. La conséquence psychologique en rapport avec la sexualité la plus connue est la frigidité à 11,62%. L'anxiété est également connue à 4,65%. La dyspareunie et les fistules sont les moins citées à 1,16%.

#### L'opinion des enquêtées sur la pratique de l'excision

Plus de 90% des femmes enquêtées trouvent que la pratique de l'excision n'est pas bonne alors que 6,5% approuvent cette pratique, car la trouve bonne.

#### Connaissance de la loi contre la pratique de l'excision au Burkina Faso

La majeure partie des enquêtées (94%) est informée de la loi interdisant la pratique de l'excision.

Quatre vingt neuf pour cent (89%) des personnes rencontrées dans cette étude évoquent la tradition comme raison principale pour justifier la pratique de l'excision

### Attitude des enquêtées au moment de leur excision

Tableau II : Répartition des femmes enquêtées selon leur consentement au moment de leur excision

Consentement	Effectif	Pourcentage
Consentante	86	50%
Non consentante	79	45,9%
Sans réponse	07	4,1%
Total	172	100%

La moitié des femmes avait consenti à leur excision.

### Intention des enquêtées à perpétuer la pratique de l'excision

La majorité des femmes enquêtées (89%) ont affirmé ne plus vouloir faire exciser leur (s) fille (s)

## 3. Vécu des femmes excisées

### Conséquences psychologiques vécues

La douleur est la principale conséquence psychologique immédiate vécue (73,26%) suivie du syndrome anxio-dépressif (13,94%)

- La peur des rapports sexuels (27%) représente la principale conséquence psychologique tardive.
- La dyspareunie est vécue par 12,79% des femmes.

### Dysfonctionnements sexuels liés à l'excision

- Désir sexuel avant l'excision. 41% des femmes avaient le désir sexuel contre 32% qui n'en avaient pas.
- Désir sexuel après l'excision est fortement diminué. La proportion de celles qui n'ont plus de désir sexuel est passée à 43,64%.
- L'orgasme après l'excision est aussi diminué 44,18% de femmes excisées n'ont pas d'orgasme.
- Femmes ayant eu des rapports sexuels avant l'excision. De toutes les femmes excisées (172), quatorze ont eu des relations sexuelles avant la pratique de l'excision, soit 8,14%.
- Interrogées sur la différence de sensation lors des relations sexuelles avant et après excision, sept (07) des quatorze (14) enquêtées (ayant eu des relations sexuelles avant l'excision), soit 50%, trouvent qu'il y a une différence de sensation. Elles préfèrent la situation d'avant excision. Elles affirment ne sentir aucun plaisir intense depuis l'excision.

### Désir sexuel et orgasme chez les femmes non excisées.

La plupart des femmes non excisées soit 85,71% ont le désir sexuel. Seulement 3,57% des femmes n'en ont pas. Les non répondantes sont constituées par 10,72% des enquêtées.

Nous constatons que l'absence d'orgasme chez les femmes non excisées n'est pas fréquent ; 78,57% des femmes ont l'orgasme et seulement 7,14% ne l'ont pas.

On peut déduire que les femmes non excisées sont moins frigides.

#### 4. Lutte contre la pratique de l'excision

Pour lutter contre la pratique de l'excision :

- soixante et un pour cent (61%) des femmes proposent la sensibilisation des autres femmes sur les méfaits de la pratique
- trente pour cent (30%) proposent d'impliquer les leaders d'opinion dans la lutte contre l'excision
- neuf pour cent (9%) estiment qu'il faut procéder à la dénonciation systématique des exciseuses.

#### Discussions

Les femmes bissa de Zabré connaissent bien les différentes complications psychologiques de l'excision. Cette pratique y est encore largement répandue ; 86% des femmes de notre échantillon l'ont malheureusement subie.

La tranche d'âge retenue pour notre étude nous permet de récolter des données fiables. La femme à partir de 14 ans est en mesure de transmettre fidèlement son vécu de l'excision ; en effet, la plus jeune femme a 14 ans et la plus âgée, 70 ans. L'excision qui se fait traditionnellement après la puberté en pays bissa (84,30 %) est aussi un facteur favorisant pour les objectifs de notre étude. Contrairement au pays moosé où l'excision est pratiquée entre 2 – 5 ans (Diallo 2000 ), en majorité, la fille bissa vit intensément son excision et est en mesure de s'en rappeler avec beaucoup plus de détails. Les complications citées par ces dernières sont souvent vécues par la majorité de nos répondantes (86 % étant excisées). La douleur a été retrouvée comme première conséquence psychologique (73,36%). Subjective, la douleur est cette chose qui rappelle à la jeune fille que quelque chose s'est passée en elle. Le constat de la castration se fera plus tard à la guérison. La douleur inaugure le vécu psychologique de la jeune fille désormais excisée. Elle s'enracine dans sa mémoire, lui rappelant à tout moment qu'elle s'est séparée de son clitoris pour perpétuer la tradition.

La douleur doit être supportée et dans certaines cultures, la jeune fille qui pleure au cours de l'excision déshonore sa famille. Elle est souvent l'objet de bastonnade au cours de l'opération et de raillerie après la guérison.

Les manifestations anxieuses sont présentes malgré la préparation de la jeune fille à l'opération (26,74 %). Elles sont le lit de la dépression qui est aussi retrouvée. OUANGO et al., trouvent que les conversions somatiques et les manifestations anxieuses cachent des troubles dépressifs ou psychosomatiques.

En Somalie, GRASSIVARO (1984) dans une étude chez les jeunes filles (7-9 ans) trouvent qu'elles évoquent rarement la peur et la souffrance mentale. Ceci peut s'expliquer par le fait qu'elles ne vivent pas leur sexualité à cet âge.

Les troubles psychologiques de la sexualité sont fortement présents. La dyspareunie a été retrouvée dans 12,79 % contre 22,44 % dans une étude menée par AKOTIONGA et coll. sur une étude sur les séquelles génitales externes en milieu hospitalier (2000). Cette différence pourrait être due à la nature de l'étude et à la taille de l'échantillon mais aussi au caractère tabou de la question sexuelle en Afrique. Il en est de même pour le désir sexuel qui marque une baisse notable après l'excision (15,69 %). Il est vrai que le désir et le plaisir sexuel chez la femme répondent à plusieurs facteurs mais il est indéniable que dans notre cas, l'excision est le premier facteur de leur diminution.

Hormis les enquêtes épidémiologiques et les descriptions cliniques sur l'excision, très peu d'études interdisciplinaires ont été faites. Le travail de GOSTANZO (1968) en Somalie qui abordait le problème sur le plan socio-psychologique n'a pas eu un succès du fait que de nombreuses femmes ont refusé de répondre aux questions. Dans certaines cultures en effet, l'excision est présentée comme un pivot de la société et toute étude psychologique ou psychanalytique sur le sujet rencontre d'énormes réticences. Les réponses de nos enquêtées sur la question malgré souvent le caractère



tabou de la question constituent une avancée significative dans le débat sur l'excision.

L'excision serait une pratique néfaste selon la majorité des femmes interrogées (93 %) mais la persistance de cette pratique malgré cette perception signe que l'excision a constitué et constitue encore le pivot de la culture comme en Somalie (G. Roheim 1932). En effet, 88,6 % évoquent la tradition pour justifier la pratique de l'excision dans notre étude. La pratique est fortement entourée d'une réserve que Osken compare à « une conspiration du silence » dans son rapport publié en 1982.

La persistance de la pratique même en milieu urbain intellectuel de nos jours (cas d'excision rapportés par la presse locale) fait penser que les 6,5 % qui la trouvent bienfaitante en sont les dépositaires et ont une influence sur la majorité silencieuse. Les réponses hostiles à la pratique peuvent être dues aussi à l'effet mode de la lutte contre l'excision ; en effet, le Comité National de Lutte contre l'Excision ne cesse de sillonner les hameaux et villages du pays.

Héritage culturel, l'excision a du mal à disparaître complètement des us et coutumes de ces populations. La connaissance de l'existence d'une loi contre l'excision n'a pas empêché sa pratique. Si 10 % des femmes enquêtées ont l'intention de pérenniser cette pratique, elles sont sous le poids de la tradition mais aussi elles ignorent les méfaits de l'excision, d'où l'intérêt de la sensibilisation.

L'excision constitue une violence socioculturelle sur la jeune fille. La part importante (50 %) de filles consentantes à cette opération n'est guère justifiable quand on sait que des femmes excisées déclarent ne plus vouloir recommencer si cela était possible.

Le consentement des jeunes filles est le résultat d'un conditionnement cognitif et comportemental qui débute chez la jeune fille adolescente. Elle commence à voir ses aînées s'offrir à cette « chirurgie » sous les compliments des parents complices. Puis on lui parle de sa future cérémonie d'excision, ce qui va honorer ses parents, sa famille ; elle devra accepter d'aller volontairement au lieu de la cérémonie, de subir l'opération sans pleurer. L'excision se faisant à la puberté, il est souhaitable que la fille soit vierge au moment de l'intervention. Par exemple en pays Nankana, elle devra répondre « Homme » à la question ; êtes-vous femme ou homme ? Cet aspect est signe d'une bonne éducation. L'excision constitue un moment où tout le village saura au grand jour, la fille qui a déshonoré ses parents. Dans ce cas de figure, l'excision est aussi considérée comme un pas obligatoire vers la conquête de l'identité sociale par la femme.

Cette étude doit être complétée par une étude qualitative qui pourra donner beaucoup plus de précisions sur le vécu de la femme excisée mais aussi les modifications de comportement occasionnées par le traumatisme psychique.

Dans l'objectif d'une campagne pour l'éradication totale de l'excision, des études anthropologiques et psychosociales devraient être extrêmement utiles pour expliquer l'origine profonde du consensus local et populaire à cette dangereuse pratique dans certaines cultures.

## Bibliographie

1. AKOTIONGA M. et coll.(2000) : Les séquelles génitales externes de l'excision au centre hospitalier National Yalgado Ouédraogo :Epidémiologie et traitement chirurgical, gynécol. Obstét. Fertil. 2001 ; 29 :295- 300.
2. DIALLO I.R.(2000) : Lutte contre la pratique de l'excision pour une intervention éducative en milieu scolaire au Yatenga (BURKINA FASO). LOUVAIN-EN-VOLUWE, mémoire de licence, RESO UDVS ,UCL, 108p.
3. GOSTANZO G. : La circoncisione féminine in Somalia : Relazione per il IIIè convegno nazionale di antropologia culturale, Roma : RISA 1968.
4. GRASSIVARO GALLO P, MORO BOSCOLO E. Female circumcision in the graphic reproduction at a group of girls, Cultural aspects and their psychological experiences, Psychopathol. Afr, 1984-1985, xx,2 ; 165-190.
5. HOSKEN F. P, The Hosken report. A personal view, IIIè Ed, Lexington, USA : Win news 1982.
6. MOTTIN-SYLLA M. H.
  - 1) L'excision au Sénégal, Informer pour agir, Dakar : ENDA, 125 p (Etudes et Recherches, 137, ENDA-DAKAR)
  - 2) De quelques faux débats autour de l'excision incidence sur toute tentative d'action en la matière, Psychopathol afr., 1993,XXV, 3 : 347-361.
7. OUANGO G. J. G. et coll. 2001, Excision : une violence sociale. L'exemple du Burkina Faso, Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale, 45, 43-46.
8. ROHEIM G. 1932 "psychoanalysis of primitive cultural types. Cap. X. The national character of the Somali" Inter. J. of psychoanalysis : 199-221.
9. SAMBARE BADI Z., 2001, Etude des conséquences psychologiques de la pratique de l'excision sur les femmes dans la commune de Zabré, mem., de fin d'études, ENSP, Ouagadougou, 58p.



K. Karfo<sup>1</sup>  
J.G. Ouango<sup>2</sup>

## Le contexte culturel des hallucinations chez les Moose (Burkina Faso)

### Résumé

Devant les difficultés du psychiatre burkinabé formé dans les écoles occidentales à prendre en charge des patients présentant des hallucinations, nous avons fait une étude sur le contexte culturel des hallucinations chez les Moose.

Nous avons réalisé des entretiens semi-structurés avec 43 accompagnants de patients hospitalisés présentant des hallucinations, 22 guérisseurs traditionnels et 19 personnes ressources (sages du village).

Pour les Moose, l'hallucination est un symptôme non pathologique. Il est considéré chez eux comme un pouvoir mystique et n'est jamais traité. Il est alors important que les psychiatres modernes prennent en considération le sens culturel de certains symptômes.

**Mots clés :** Burkina Faso, hallucination, contexte culturel, moose.

### Summary

In front of the difficulties we had to treat patients with hallucinations, we carried out a study of cultural context of hallucinations among the moose.

We interviewed 43 patient-accompagnants, 22 traditional therapists and 19 resource persons.

Moose consider hallucinations as a non pathological symptom, it's culturally admitted like a mystic power. So it's never treated. Modern therapists in Africa must pay attention to the cultural symbolism and meaning of hallucinations.

**Key words :** Burkina Faso (BF), hallucination, cultural context, Moose.

### Introduction

Une hallucination est la croyance en la réalité d'un phénomène de nature sensorielle, fugace ou permanente, interne à l'individu, tantôt provenant du fonctionnement anormal d'un ou de plusieurs sens, tantôt dû à une confusion de l'esprit, ou à la reviviscence d'une image mentale. Sensation imaginaire plus que perception, l'hallucination est une erreur d'appréciation et d'interprétation liée à l'absence de toute critique de l'irréalité d'un phénomène subjectif, principalement visuel, auditif, olfactif, gustatif ou tactile. (G. SERRATRICE, 2002).

L'hallucination, perception sans objet à percevoir (Ey, 1989). Elle est profondément différente des illusions perceptives qui sont des distorsions aussitôt reconnues comme telles de l'image induite par l'objet réellement présent.

Les hallucinations, qu'elles soient auditives, visuelles, olfactives ou cénesthésiques, simples ou complexes, se rencontrent surtout dans les états confuso-oniriques, les bouffées délirantes polymorphes, les schizophrénies paranoïdes, les psychoses hallucinatoires chroniques, l'hystérie, l'épilepsie et la migraine. Elles peuvent être aussi induites par la consommation de substances psychoactives et la désafférentation.

L'hallucination est à la fois un détournement de la perception et un défi à la raison, une carence ou une dégradation du message sensoriel, un débordement de l'imaginaire contribuant à son élaboration ; mais c'est l'abdication de la critique qui caractérise le comportement hallucinatoire (SERRATRICE, 2002).

Réelle pour le sujet, irréaliste pour l'observateur, l'hallucination est par nature une source de malentendu.

L'hallucination porte la marque de la personnalité du patient, mais si l'inconscient contribue au contenu de l'hallucination, il n'en est pas la cause. C'est la désorganisation du conscient qui est pathogène.

1. Maître-Assistant - Service de Psychiatrie

2. Maître-Assistant - Service de Psychiatrie

Service de psychiatrie - Centre hospitalier national - Yalgado Ouedraogo  
- 02 BP 7022 Ouagadougou - Burkina Faso.

Cette conception tout à fait moderne s'oppose à celle qui prévaut malheureusement encore en Afrique.

Dans les sociétés traditionnelles africaines, la folie (incarnée par les hallucinations) est considérée comme extérieure à l'individu, faisant de celui-ci une victime que l'on ne responsabilise pas. L'interprétation magique et sacralisée des causes et origines de la folie, déplace le conflit vers un symbolisme connu et accepté par tous. La maladie mentale est alors perçue comme conséquence malheureuse d'une action maléfique non imputable au « fou ». Celui-ci devient victime d'un ensorcellement, d'actes magiques ou de punition par les mauvais esprits ou les ancêtres ou par la volonté divine.

Les mauvais esprits appelés KINKIRSI par les Moose seraient à l'origine des hallucinations qui sont pour eux de signification non pathologique. C'est même un pouvoir qui est souvent craint par les autres car désormais, l'individu communique avec l'invisible, avec l'au-delà. Elle ne serait pas une source de malentendu par nature dans nos cultures comme elle l'est en Occident et dans le monde scientifique. L'irréalité de l'hallucination devient réalité pour ces gens. Des psychiatres Burkinabé formés dans les écoles occidentales, se trouvent confrontés dans leur pratique quotidienne à l'interprétation culturelle des hallucinations par la population consultante et leurs accompagnants.

Ce travail présente les résultats préliminaires d'un vaste programme de recherche en psychopathologie engagée dans le cadre du développement de la santé mentale au Burkina Faso.

## Méthodologie

Les Moose constituent l'ethnie majoritaire au Burkina Faso et occupent le centre et le Nord du pays. C'est un peuple plus ou moins conservateur où le poids de la féodalité écrase certaines couches de la population et en particulier la femme.

Ce travail est fait dans le service de psychiatrie du Centre Hospitalier National Yalgado OUEDRAOGO à Ouagadougou Capitale du Burkina Faso. C'est un service de psychiatrie moderne tenu par des psychiatres formés à l'école occidentale française.

Des entretiens sémi-directifs ont été réalisés avec 43 accompagnants de patients hospitalisés ayant présentés à l'entrée, au moins une hallucination quelle soit au cours du présent épisode ou d'un épisode antérieur.

Les patients n'ont pas été interrogés par soucis de rester plus proches de la réalité culturelle.

Vingt deux guérisseurs traditionnels « spécialistes » des maladies mentales ont été également interrogés. Au cœur de la pratique de ces derniers se trouve l'interprétation culturelle du symptôme, du trouble et la proposition de solutions pour conjurer le sort.

Enfin nous avons interrogé dix neuf personnes ressources, ce sont les sages de villages qui par la considération que la population a pour eux et par l'expérience acquise par la longévité, nous ont aidé dans nos démarches.

Tous ces entretiens sont semi-directifs, le thème central étant les KINKIRSI car l'hallucination ne peut exister sans leurs interventions. Nous avons souvent repris certains entretiens pour repréciser certains termes. Certaines interprétations. Les entretiens se sont déroulés en mooré (langue des Moose).

Le recrutement des accompagnants a été fait au hasard des hospitalisations, il n'a pas été systématique dans le service. Les personnes ressources et les guérisseurs traditionnels ont été recrutés sur indication des patients ou des accompagnants. La collecte des données a duré cinq ans (janvier 1997 à janvier 2001).

Nous n'avons pas insisté sur la différence entre hallucination et illusion d'autant plus que pour les populations interrogées, être halluciné n'est pas pathologique. Et aussi une difficulté s'est heurtée en nous quant au diagnostic différentiel entre hallucination et illusion en mooré.

## Analyse des différents entretiens

Pour les Moose, le monde est un double univers où coexistent le visible et l'invisible. Dans l'univers caché, Dieu (Wênam) règne en maître absolu sur les vivants et les choses. Il est responsable de la vie et de la mort, il donne, refuse, reprend, permet ou interdit toute chose. Entre lui et les hommes, il y a les ancêtres, les génies et les mauvais esprits. Les habitants de ce monde inconnu protègent et guident les habitants du monde visible, qui en retour, les vénèrent par les rites et les sacrifices, moments privilégiés de communication avec eux. Ils peuvent manifester leur mécontentement en provoquant des malheurs (disette, sécheresse, mauvaises récoltes) et maladies ou « s'introduire » dans le corps d'un individu qui dès lors ne ressemble plus aux autres (BONNET, 1988-1989).

La naissance d'un enfant représente par exemple une arrivée dans le monde visible, la mort, un retour vers l'autre monde ; tandis que la vie est une gratification qu'il faut négocier en permanence en échange de rites sacrificatoires (mândo).

Chez les Moose, les esprits et ancêtres agressifs ne sont pas créés par Dieu. Ils le sont devenus lors de leurs passages dans le monde invisible, à l'occasion de décès par suite d'agression ou de sorcellerie.

Animés d'un esprit de vengeance dans le monde visible, ils peuvent pénétrer dans le « ventre » d'une femme enceinte, se substituer à l'enfant normal et venir au monde visible, se présentant alors sous des aspects déformés qui leurs sont caractéristiques (les malformations congénitales). Ils peuvent prendre possession d'un individu normal, se révélant alors dans des propos délirants et les hallucinations caractéristiques du mode de communication avec leurs homologues restés invisibles. Le délirant halluciné acquiert ainsi, grâce à la présence du mauvais esprit, des capacités nouvelles de perception de l'invisible.

Ces mauvais esprits appelés KINKIRSI par les Moose sont décrits comme des êtres de petite taille avec un crâne hypertrophié, un visage hideux et une queue. Ils vivraient



en brousse surtout dans des clairières, des fourrées et des bois. Leur rencontre avec les humains est toujours redoutée, conflictuelle aboutissant à la maladie, à la transcendance ou parfois à la mort.

Certains des symptômes issus de la rencontre avec les KINKIRSI dont les hallucinations, sont de signification non pathologique. C'est même un pouvoir qui est souvent craint par les autres car désormais, l'individu communique avec l'invisible.

Mis à la frontière des deux mondes, le malade mental communique de part et d'autre parce qu'il les perçoit simultanément. Cette faculté nouvelle s'inscrit pourtant dans la normalité, l'anormalité se situant dans l'action du possesseur maléfique. Le voir, lui parler, le sentir, lui obéir et obéir à ses semblables n'étonne personne mais peut déranger surtout quand il s'y associe une agitation psychomotrice. C'est dans ce contexte que la demande de soins modernes ne vise donc pas la suppression de la « communication » mais les écarts de comportements car les hallucinations persisteront tant que le mauvais esprit demeurera dans le corps de l'individu.

Le retour au monde visible n'est possible que par l'action du guérisseur traditionnel possesseur de pouvoirs semblables ou supérieurs à ceux des mauvais génies.

Esquirol dans ses rapports sur l'hallucination a utilisé le mot visionnaire ; il ne doit pas nous abuser, c'est un emprunt à la langue religieuse, et plus précisément à la tradition mystique. C'est la situation de celui qui perçoit là où il n'y a rien à percevoir, quelle que soit la modalité perceptive concernée, sans privilège particulier pour la vue (Lanteri-Laura, 2002).

Si l'on se réfère à l'utilisation du mot de nos jours et à la

culture moose, l'halluciné est un visionnaire, il voit là où l'homme normal ne voit pas, il prédit et c'est ce qui fait son pouvoir, ce qui fait qu'il est craint.

A la société médico-psychologique (1855-1856), les participants ont admis que l'hallucination n'appartient pas exclusivement au monde des malades mentaux ; « on pouvait avoir des hallucinations sans être aliéné ». Ceci entre en directe ligne avec les croyances populaires au Burkina Faso et explique pourquoi les populations ne demandent pas à soigner le patient de ces hallucinations mais plutôt des signes et symptômes liés à cette dernière tels la logorrhée, l'agitation, la violence. Dans notre pratique quotidienne, la demande est assez claire sans ambiguïté : après avoir fait le tour des guérisseurs traditionnels, les accompagnants viennent nous demander de guérir le corps, l'esprit l'étant déjà.

Les hallucinations sont des symptômes qui apparaissent lors de plusieurs cérémonies d'initiation. La présence des hallucinations signe même le succès de la cérémonie car l'initiateur est arrivé à établir un lien synoptique aux yeux du groupe entre l'initié et le monde invisible. En pays Nankana (peuple proche des mosse la langue et l'origine), ceci est de règle dans la cérémonie d'initiation au métier de charlatan. La non apparition des hallucinations chez le prétendant à l'initiation signifie soit un refus de son choix parmi les autres membres du groupe, une cérémonie précoce ou une incapacité du candidat à jouer le rôle qui devrait être désormais le sien. La cérémonie devra être reprise plus tard après avoir investigué sur la raison de l'échec.

La connaissance de ces attitudes, de ce phénomène aidera le praticien à faire la différence entre l'hallucination « pathologique » et l'hallucination « non pathologique » admise culturellement (al Issa I.).

Il ressort de ces entretiens que nous devons prendre en considération le sens psychophysiologique des hallucinations, le contexte social et culturel dans lequel elles apparaissent mais aussi les stimuli qui sont associés.

Les études consultées montrent toute une grande incidence culturelle dans la phénoménologie des hallucinations, dans leurs interprétations et dans leur vécu (AZHAR M. 1993, WILCOX 1991, AL-ISSA I. 1995). Elles affectent le sujet psychologique dans son unité, mais ne remettent pas en cause l'activité synthétique du sujet en tant que telle.

## Conclusion

Dans un contexte burkinabé où la psychiatrie moderne est toujours à ses premiers pas, les difficultés opérationnelles sont surtout liées à une inadéquation entre la formation occidentale reçue par le psychiatre et l'interprétation culturelle de certains symptômes de la maladie mentale. Des incompréhensions conceptuelles dans la dynamique relationnelle médecin-environnement, dénaturent les contrats thérapeutiques et favorisent aussi la chronicisation d'affections mentales souvent curables.

Les hallucinations, considérées comme capacités nouvelles de relation au monde du non vu et du non entendu, ne sont pas pathologiques chez les Moose, elles ne nécessitent aucun traitement. Les ordonnances d'hallucinolytiques prescrits même bien expliquées aux patients et à leurs familles sont rarement honorées car ces médicaments sont jugés inutiles.

## Bibliographie

1. KLEMPERER F., The cultural context of hallucination, *British journal of psychiatry* 167 (1) : 115-6, 1995 juil.
2. AL-ISSA I., The illusion of reality or the reality of illusion. *Hallucinations and culture, British journal of psychiatry* 166 (3) : 368-73, 1995 mar ;
3. MASLOWSKI J. OOSTHUIZEN C., Transcultural aspects of schizophrenia : a comparative study in south Africa and in Namibia. A preliminary report, *Bulletin of the Institute of Maritim and Tropical Medecine in Gdynia* 45 (1-4) : 95-101, 1993-94.
4. WILCOX J. BRIONES D. SUEGS L., Auditory hallucinations, posttraumatic stress disorder, and comprehensive psychiatry, 32 (4) : 320-3, 1991 jul-aug.
5. BONNET D., Désordres psychiques, étiologies Moose et changement social, *Psychopathol Afr.* XXII,3, 1988-89, P261-293.
6. EY. H., *Nannuel de Psychiatrie*, 6ème édition Masson, 1989.
7. AZHAR MZ, VARMA SL, HAKIM HR, Phenomenological differences of hallucinations between schizophrénie patients in Penang and Kelantan. *Medical Journal of Malaysia.* 48,2 : 146-52, 1993.
8. LANTERI-LAURA G., Histoire de la clinique des hallucinations, *Hallucinations, regards croisés*, Ed (Acanthe) Masson, Paris 2002, P15-30.
9. SERRATRICE G., Définition des hallucinations in *Histoires des Hallucinations, regards croisés*, Ed (Acanthe) Masson, 2002, P3-13.



# Actualité scientifique

## *méditerranéenne et occitane*

### LES 21<sup>e</sup> RENCONTRES DE SAINT-ALBAN – Les 16 et 17 Juin 2006

---

Cette année le thème consistait en une exclamation CASUFFIT !

Entre autres, étaient visées l'idéologie gestionnaire, les évaluations comptables, la dictature de la norme, la ségrégation, les procédures, la haine de la pensée, la non-prise en compte du transfert, la négation du sujet...

Nous étions conviés face à ce positivisme de mauvais aloi à dépasser le temps et le ton de la plainte.

\* \* \*

Patrick FAUGERAS questionne : nos discours sur la souffrance de l'autre ne reproduisent-ils pas ce qu'ils dénoncent ? L'humanisme de bon aloi n'est-il pas lui-même oublié de la dimension transférentielle et de la clinique du sujet ? Vouloir le bien de l'autre peut mener au pire. Pourquoi le mode de gestion capitaliste vient-il s'imposer dans des domaines (éducation, santé) qui par principe ne sont pas générateurs de profit ?

Se référant à HEIDEGGER il rappelle que les idéaux du progrès et de l'accroissement sans fin de la productivité font de l'homme le « fonctionnaire enrégé de sa propre médiocrité ». Cette « dévastation » repose sur la méconnaissance de l'être de l'homme, toujours « en devenir », « être avec » et non pour, par, contre.

L'« être affairé » qui entend mettre les choses à sa « disposition », qui les pourchasse pour assouvir des besoins, considère le monde dans un « face à face » selon un rapport sujet-objet et non pas comme un être-avec qui constitue l'essence même du politique : cet être-affairé sacrifie tout au règne de l'utile.

FAUGERAS, s'appuyant sur la méditation d'HEIDEGGER, se demande en quoi notre propre affairement nous fait participer à cette dévastation, et nous fait oublier « l'urgente nécessité de l'inutile ». Le travail de la pensée consiste à penser **contre** la pression de l'utile et **avec**, loin de toute attente précise, nous-même étant accordés à « ce qui vient ».

Le concept de TRANSFERT est le point de résistance au règne de l'utile. Il oppose la singularité d'une rencontre à toute volonté objectivante et stigmatisante. C'est par le transfert que l'on est **créé par l'autre**. On accorde à la parole une présence. Écoutons la parole qui nous habite, ce que l'« affairement » nous fait oublier.

\* \* \*

---

Compte rendu de Pierre Evrard.

Jean OURY revient sur le concept d'ALIÉNATION. Dès 1948, époque où la psychanalyse était qualifiée par le Parti Communiste d'idéologie bourgeoise dégénérée, il avait lancé le « mot d'ordre » de la double aliénation : l'aliénation sociale et l'aliénation transcendantale (qui traverse les époques) désignant ainsi « la folie ».

Il rappelle son indignation face à la naïveté des antipsychiatres. A David COOPER qui, en 1967, préconisait aux schizophrènes de rejoindre Che Guevara, OURY se demandait quelle gueule aurait fait le Che à voir débarquer une péniche de catatoniques !

Pour OURY le pouvoir gestionnaire du néolibéralisme considéré comme ringards les outils de vie quotidienne (clubs, ateliers...) est une autre forme d'antipsychiatrie.

Considérant le concept de double aliénation comme un mot d'ordre politique, il invite à retravailler des textes ayant été discrédités comme « trop philosophiques ».

Le concept d'Aliénation des manuscrits de 1844 chez MARX, ses références Hégéliennes, sa critique de l'économie politique de 1853 reprenant la logique de Hegel, méritent d'être retravaillés. Hegel lui-même en 1797 envisageait déjà la division du travail comme cause d'aliénation. Le fétichisme de la marchandise, tout ce qui s'achète et se vend, y compris la force de travail, renvoie au champ de l'économie restreinte, ce qui fait de nous des **produits**. Ce champ de l'économie restreinte est celui de la gestion, de ce qui se mesure, se compte, s'évalue.

Mais cette économie restreinte nécessite l'existence d'une **économie générale**, l'ouvrier pour produire doit être « vivant », ce que Marx appelait le « travail négatif » ou le travail vivant. C'est ce qui ne se mesure pas. Le travail des psy, des éducateurs et autres n'est pas du domaine de l'économie restreinte, c'est un travail de l'économie générale. Cela renvoie aux travaux de Christophe DEJOURS (lequel était à St ALBAN l'an dernier). Dans la « relation », « la vie quotidienne » le travail est « invisible ». Dans un groupe un simple sourire spontané peut changer beaucoup de choses.

OURY repose la question : comment faire passer ça ?

\* \* \*

Eugène ENRIQUEZ. De sa place de psychosociologue il questionne les rapports institution et politique.

Pourquoi y a-t-il de l'institution ?

Rappelant le mythe du meurtre du père de la horde primi-

tive, l'institution naît comme **pacte social** pour réagir contre le chaos primordial.

Si les institutions visent une pacification des rapports sociaux elles ne peuvent pas effacer la violence originaire où elles sont nées. Elles en sont héritières – si bien qu'elles ont un côté vivant et un côté mortifère. Si elles permettent le vivre ensemble elles nous limitent. Il faudrait inventer des institutions qui favoriseraient en même temps l'autonomie individuelle et la participation à un pouvoir collectif.

Les institutions se vident de l'intérieur quand est **oublié** ce pourquoi elles sont été créées.

Toutes les institutions peuvent produire de la paranoïa, de la perversion, une instrumentation des êtres humains.

Au niveau politique, comment désirer être citoyen et vivre ensemble au quotidien ? Décider ensemble et gouverner ensemble étaient les questions posées par la démocratie grecque. Dans les sociétés occidentales ce qui a prédominé est la rationalité instrumentale, l'économie restreinte, conduisant à une mutilation de l'homme, à une argumentation des modalités de contrôle à la fois sur les corps, les organisations et les idées. La répétition des discours sur la violence sature les esprits, les risques de sanction mènent au conformisme, à la haine et à la peur de la pensée. Comment recréer des solidarités, reconnaître l'autre sans l'instrumentaliser ?

Citant CASTORIADIS, ENRIQUEZ en appelle à des « Hommes debout sachant affronter l'abîme ».

Le débat qui suivit ces interventions tourne autour de la question de la **plainte**. Que faire pour ne pas y rester. Ce discours de la plainte peut même représenter une jouissance qui refuse de se donner les moyens de sortir de l'impasse (Michel FLON). Il est nécessaire que se forment des « collectifs d'analyse institutionnelle ». Celle-ci est pour le soin

en psychiatrie l'équivalent de l'asepsie pour la chirurgie (OURY). Avec le triomphe de l'individualisme et du néolibéralisme, la « plainte » est semblable dans les universités, les entreprises, les administrations. Il s'agit de retrouver une parole collective qui ait un sens (Eugène ENRIQUEZ). C'est une question de choix politique (Fernando VINCENTE).

\*\*\*

Michel MINARD donna à son intervention un titre pluriel :

« le diagnostic épatant »

ou « extension de la paranoïa, revanche de l'hystérie, triomphe de la bêtise ».

Après avoir rappelé les cibles de ses critiques antérieures le DSM, l'industrie pharmaceutique, le PMSI, l'idéologie andersonienne de la culture infirmière, les modèles américains empruntés par le monde de la santé en France (accréditation, démarche qualité, comportementalisme...), il se pencha ce jour-là sur les facteurs **culturels** de cette « american way of psychiatry ». Voie de salut ou voie de garage ? Il évoque le mot de Paul VALÉRY (1931) « L'Europe aspire à être gouvernée par une commission américaine ».

Partant de l'**affaire d'Outreau**, il constate l'extraordinaire **crédulité** de tous les acteurs de cette affaire : policiers, politiques, magistrats, journalistes, experts psychiatres ou psychologues... Aux Etats-Unis il y a de nombreux procès bien pires encore !

MINARD nous détaille plusieurs affaires extraordinaires mettant en jeu la justice et la psychiatrie, où cette notion de « personnalité multiple » du DSM est au premier plan. Dénommé « trouble dissociatif de l'identité » dans le DSM IV, à la présence de plusieurs états de personnalité prenant



tour à tour le contrôle du comportement du sujet est associée « l'incapacité à évoquer des souvenirs personnels importants, trop marquée pour s'expliquer par une simple mauvaise mémoire ».

Comme, avec des techniques hypnotiques de « **recouvrement de mémoire** », de nombreux sujets déclarent avoir subi des sévices corporels ou sexuels pendant l'enfance, ce diagnostic a vu sa prévalence croître de façon considérable aux Etats Unis, et aux Etats Unis seulement. Ce « diagnostic épataant » donne lieu à un **business** considérable. D'innombrables psychothérapeutes se spécialisent dans le « recouvrement de la mémoire », des avocats suscitent des plaintes, des milliers de familles sont détruites.

L'**Hystérie** chassée par la porte revient par la fenêtre !

Tout cela n'est possible que sur un fond **culturel**, celui d'une Amérique crédule, puritaine, cupide, ignorante, celle des sectes évangéliques, celle qui pense que tout malheur vient de l'autre. Un million d'américains, en « retrouvant la mémoire », ont déclaré avoir été enlevés par des **extraterrestres**, ont affirmé s'être fait implanter des capteurs, avoir reçu un « enseignement d'écologie interplanétaire ». La réalité révélée par ces déclarations est attestée par de nombreux universitaires ! Bien que les homoncles décrits soient à l'image d'ET de Spielberg, cela est pourtant considéré comme preuve d'authenticité !

Les « traitements » de recouvrement de mémoire entraînent de nombreuses autoaccusations de viols, de zoophilie, de rites sataniques, de sacrifices de bébés. Il y a une véritable épidémie de **satanisme**. Une paranoïa galopante fait de tout homme un violeur, de toute femme une proie, met en place sur les campus des comités de surveillance, sorte de police politique terrorisant les professeurs.

Le « **sexisme** » se substitue au marxisme comme cible de ce nouveau Maccarthysme.

MINARD évoque bien sûr l'existence d'antidotes. Il est des universitaires et des psychiatres qui combattent toutes ces tendances régressives. Certains, qui dénoncent les « falsifications de la mémoire recouvrée », se voient en retour être accusés d'être financés par les pédophiles !

Retenons surtout que derrière sa prétendue neutralité, l'utilisation en justice du « trouble dissociatif de l'identité » devenant une « maladie officielle », faisant vivre des centaines d'établissements spécialisés, il s'agit bien d'un phénomène « culturel » spécialement américain, qui peut-être nous menace.

\* \* \*

Michel PLON incite à sortir de la plainte et de sa jouissance par une mobilisation, un élan combatif impliquant une prise de risque dans notre pratique quotidienne. A ceux qui sont les représentants de ce que Michel MINARD vient de décrire il ne faut hésiter de se heurter. Il recommande la lecture de l'ouvrage de Sylvère LOTRINGER « A satiété » où sont dénoncées les pratiques de « cliniques sexologiques » américaines. Le « Ca suffit » n'est pas corporatiste mais **politique**.

Patrick COUPECHOUX ensuite évoque l'enquête qu'il a

réalisée sur la psychiatrie. Il est allé sur le terrain, en tant que journaliste, à la recherche des liens entre la société et la folie. Il en a découvert toute la complexité, ses querelles et ses enjeux.

Il a effectué le détour par l'**histoire**, Pinel, l'asile, le Front Populaire, le désaliénisme, toute cette histoire qui a tenté de donner au fou une place dans la société humaine, l'histoire de l'eugénisme, du nazisme et de l'extermination des malades mentaux.

Dans notre société où domine le modèle managérial, toutes les forces sociales sont « tendues », la compétition économique induisant le sacrifice de tout ce qui « ne sert pas ». Il y a une gestion de l'**inutilité sociale** qui voit les vieux, les jeunes déscolarisés, les chômeurs être considérés comme surnuméraires. Le **folie** est au bout de la chaîne, au bout de l'exclusion.

On vise avant tout à la neutraliser, les urgences sont la réponse à un risque de perturbation et de dangerosité. Le but est avant tout sécuritaire.

Ensuite il s'agit « d'alléger la charge » en octroyant des moyens les plus légers possibles. La crise passée le « fou » est renvoyé aux familles (elles souffrent) vers le médico-social, vers le social, la rue ou la prison. Ce sont les plus pauvres des malades que l'on retrouve en prison ou à Nanterre.

P. COUPECHOUX voit dans tout ça une sorte de barbarie.

\* \* \*

Sophie AOUILLE psychologue et psychanalyste décline le « Ca suffit » dans le fossé qui se creuse entre la psychiatrie et la psychanalyse. La plupart des psychiatres sont désormais hors-psychanalyse, les psychanalystes et leurs sociétés ne s'occupant plus de la folie. Elle dénonce la tendance à imposer des réponses avant même que la question soit posée.

\* \* \*

Jean-Claude POLACK va jusqu'à considérer le climat actuel de génocidaire. Basta ! Il préconise de faire connaître tous les combats micro-politiques où ça résiste. Au cas par cas. Il faut pour lui mettre en place une institution qui refuse cet écrasement de la folie et qui ait un impact politique. Réseau ? Fédération des résistances ?

\* \* \*

Le débat qui suit ces interventions continua à poser la question du « que faire ? »

- fédérer les associations culturelles
- dépasser les clivages et les querelles
- utiliser les outils de la démocratie
- susciter un débat de société
- faire valoir la parole des patients
- constituer des « collectifs d'analyse institutionnelle »
- provoquer une « insurrection des consciences »
- investir des lieux de formation
- développer une communication par internet

Mais où se situe le point d'inacceptable ?

# Notes de lecture

## Idées noires et tentatives de suicide, Réagir et faire face

Emmanuel GRANIER



Emmanuel Granier

Ce premier ouvrage d'Emmanuel Granier est fidèle au personnage. Engagé et combatif, pragmatique et direct, mais nourri de réflexion, Emmanuel GRANIER est praticien hospitalier, il travaille depuis plusieurs années à l'unité d'accueil psychiatrique, antenne psychiatrique du Centre hospitalier de Montfavet au service des urgences de l'hôpital général d'Avignon.

C'est un « psychiatre en blouse blanche », il a les deux pieds dans l'hôpital général mais il garde sa tête (et ses tripes) de psychiatre et parfois, lorsque les circonstances le lui permettent, au milieu du tumulte, celles de psychothérapeute. Les urgences psychiatriques sont un lieu de convergence, emblématique où l'on ne peut pas se contenter de gérer la souffrance, de la dispatcher. Il faut l'accueillir, la mastiquer, la métaboliser inlassablement pour la rendre intelligible c'est à dire digérable, au malade embarqué dans sa propre galère tout d'abord, mais aussi aux partenaires du réseau de soins, à l'entourage. La mort y maraude mais la porte est ouverte à la vie, nuit et jour.

Emmanuel GRANIER est un adepte des thérapie cognitivo-comportementales, brèves si possible, le rythme des urgences l'impose, mais il a su dans sa pratique se ménager des espaces pour voir et revoir certains patients, c'est à dire s'inscrire sur la durée et dans l'accompagnement, éléments indispensables en psychiatrie. La psychiatrie de porte est avant tout de la psychiatrie.

Sa position privilégiée, au carrefour de toutes les détresses, le confronte en particulier au quotidien du suicide. La crise suicidaire est polymorphe, polyfactorielle, mais la crise n'est pas l'urgence. Extraire la crise de l'urgence, entrer en relation avec un sujet anéanti-Emmanuel GRANIER use

de la métaphore de la noyade-co-construire avec le patient demandeur ou pas, l'espace-temps d'une rencontre féconde empreinte d'authenticité, d'harmonie et d'empathie (il traite de ces différents points), explorer méthodiquement mais prudemment le contexte et les circonstances déclenchantes, montrer au sujet qu'il est entendu dans sa souffrance mais « qu'on est là en tant que professionnel », parler, aide chacun (psychiatre, familles et suicidant) à repartir de l'avant.

Cet ouvrage est un outil, il s'adresse aussi bien aux médecins en formation (et pas seulement aux psychiatre et à ce titre il mériterait de figurer dans toutes les salles d'internat au même titre que les grilles de Sudoku, *Play boy* et le programme télé du jour), aux infirmiers, aux bénévoles des associations d'écoutes et d'entraide en la matière.

Il sera également utile à tous ceux qui, à un titre ou à un autre, sont (ou seront) engagés dans la spirale déstabilisante de la confrontation à ces innommables : l'idéation de sa mort et la perte de sens à la vie. Qu'elles nous assaillent brutalement ou qu'elles infiltrent et minent la vie de ceux qu'on aime, on ne peut les évacuer. La solitude, la vision cataclysmique d'un monde devenu étranger, ce sentiment qu'on ne maîtrise plus rien, à jamais, et que l'inéluctable délivrance ne peut être que dans la mort sont des expériences sombres mais humaines.

Conçu de façon didactique avec des tableaux récapitulatifs, des résumés partiels à la fin de chaque paragraphe, il pourra aider à comprendre, prendre du recul sans s'éloigner, compatir sans pâtir, pour mieux aider, pour mieux être.

D. Bourgeois

Emmanuel GRANIER, *Idées noires et tentatives de suicide, Réagir et faire face*, collection « Guide pour s'aider soi-même. », Odile Jacob, 330 pp., ISBN: 2-7381-1725-2.

# Colloques et conférences

## Du Malaise dans la Culture à la Violence de la Civilisation

9 - 10 décembre 2006

Colloque de la revue *Cliniques Méditerranéennes*,  
en collaboration avec le Laboratoire de recherche en Psychologie Clinique et Psychanalyse

Université de Provence – Centre Saint-Charles  
9 place Victor Hugo – 13003 Marseille

Tél. 06.61.76.30.76

Mail : coll.clinique.med@free.fr – Site : www.up.univ-mrs.fr/lpcp

---

## Les Thérapies brèves : mythe ou réalité ?

8 juin 2007 à ANTIBES-JUAN LES PINS

XI<sup>ème</sup> colloque interrégional de PsyCause

### Bulletin d'inscription



N° agrément Formation Continue : 93840166884

N° d'enregistrement en Préfecture : 208250

N° SIRET : 44519187700015

N° SIREN : 445191877

N° APE : 804C

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

Tél. fixe : .....

Portable : .....

Courriel : .....

Fax : .....

Inscription au Colloque :

- Formation permanente 140 €

- Tarif abonnés 100 €

Le règlement par chèque se fait à l'ordre de PsyCause

Bulletin à retourner au Secrétariat du Dr Jean-Paul BOSSUAT – Secteur 27 – Centre Hospitalier – 84143 MONTFAVET CEDEX

Contact pour information : Docteur Carole MITAINE – Centre Hospitalier d'Antibes-Juan Les Pins

RN7 – Quartier La Fontonne – 06606 ANTIBES Cedex – ☎ 04 92 91 77 43

# 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 (St-Rémy-de-Provence)

Mireille Brun (Avignon)

Anny Castel-Guilpart (Arles)

Fabienne Cayol (Laragne)

Jean-Paul Champanier (Grasse)

Marie-Christine De Médrano (Aix)

Jacques Dubuis (Lyon)

Baba Fall (Valence)

Jean-Yves Febercy (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)

Nathalie Papapietro (Saint-Pierre, Ile de la Réunion)

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)

Kapouné Karfo (Ouagadougou,

Burkina Faso)

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 Tiret (Gatineau, Québec, Canada)

Mathieu Tognidé (Bénin)

## ■ Conseil Scientifique

Thierry Albernehe (Antibes)

Charles Alezrah (Thuir)

Dominique Arnaud (Avignon)

Charles Aussilloux (Montpellier)

Michel Bartel (Pierrefeu)

Jean-Pierre Baucheron (Marseille)

Denise Beaudouin (Marseille)

Moïse Benadiba (Marseille)

Henri Bernard (Avignon)

Marie-Hélène Bertocchio (Aix)

Daniel Bley (Arles)

Carmen Blond (Avignon)

Thierry Bottai (Martigues)

Jean-Philippe Boulenger (Montpellier)

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

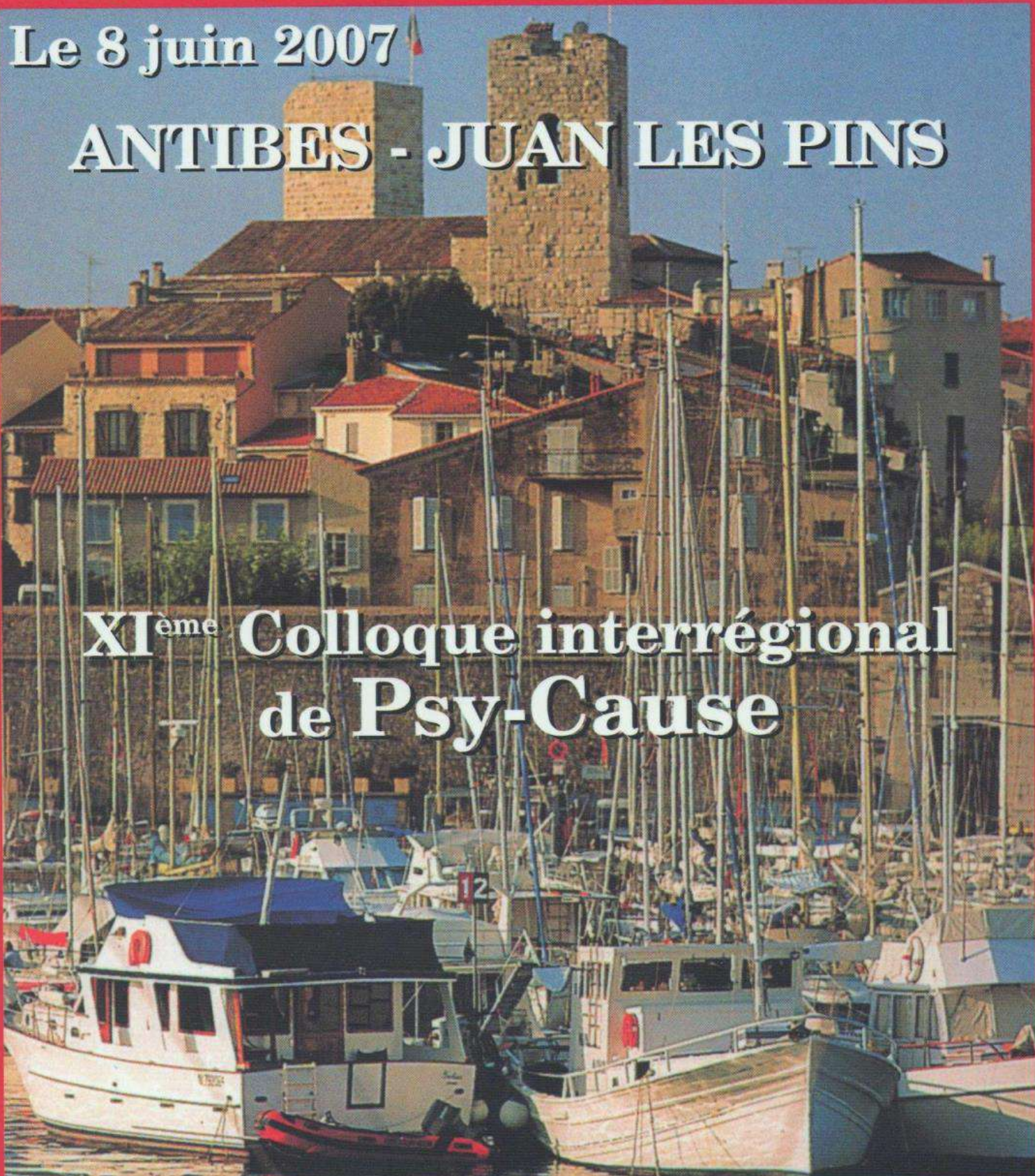
Comme pour le texte, les tableaux seront fournis dans une version sur papier et une version informatique (fichier).

# LES THÉRAPIES BRÈVES : MYTHE OU RÉALITÉ ?

Thérapie systémique, TCC, Psychanalyse, Chimiothérapie.

Le 8 juin 2007

ANTIBES - JUAN LES PINS



XI<sup>ème</sup> Colloque interrégional  
de Psy-Cause

Renseignements : Dr Carole Mitaine  
Centre Hospitalier d'Antibes - Juan les Pins

RN7 - Quartier la Fontonne - 06606 Antibes Cedex - Tél: 04 92 91 77 43