

Psy



au sud, les psy causent

Cause

- Enfance et adolescence
- Regards
- Horizons

Sommaire

Editorial : Passage	2
PsyCause I : Enfance et adolescence	3
La dépression de l'enfant à Tahiti, « no te aha » (pourquoi) ? Ioana Atger	4
Les adolescents et la toxicomanie en Polynésie M.-F. Brugiroux	14
Les turbulences juvéniles polynésiennes : des humeurs dysfonctionnelles ou structurelles ? Le taure'are'a : forme polynésienne du passage à l'âge adulte L.-H. Grépin-Louison	19
Aspects évolutifs des épisodes dépressifs de l'adolescence Ph. Khalil, Y. Petit, S. Amadeo, P.-a. Fernandez	25
Approches thérapeutiques de la dépression chez l'adolescent Ph. Khalil, S. Amadeo, Y. Petit, P.-a. Fernandez	30
Attends, je me change ! Th. Berquière	34
Precipitations D. Texier	40
Evolution du concept de mélancolie et du symbolique illustré par l'art P. Princet	47
PsyCause II : Regards	54
L'évolution de la position du médecin dans la pratique médicale J. Casanovas, Ph. Banyols	55
La loi du 4 Mars 2002 : utilisation courante en pratique psychiatrique J. Bobo, G. Roche	63
Fragments d'une psychiatrie éco-citoyenne à l'hôpital de Montfavet Actualité de la psychiatrie institutionnelle D. Bourgeois, A.-S. Cohen	71
Centre de jour et atelier de Relaxation (méthode M.SAPIR & coll.) P. Amarger, B. Pouchelon, A. Rivera	76
Fascination par le feu B.S. Kourouma, O. Bénéoit	83
PsyCause III : Horizons	88
Parité imaginaire et parité réelle chez la femme à Cotonou É. Fioffi-Kpadonou, T.G. Kpadonou, F. Tognon Tchegnonsi, N. Landou, G. D. Avodé, R.G. Ahyi	89
Névrose traumatique chez les intervenants de première ligne : à propos d'une observation clinique lors du naufrage du ferry Sénégalais Le Joola M. H. Thiam, P. L. Faye, I. Ba, O. Sylla, M. Gueye	96
Validation de l'Edinburgh post natal depression scale : version tunisienne F. Ellouze, A. Zeghal, T. Ben Abla, A. Ben Aicha, R. Labbene	101
Colloques et conférences	107
L'équipe de PsyCause	111



Passage

Ce numéro double a pour dossier, la question de l'adolescence : un moment de passage de la dépendance à l'autonomie. L'adolescent se structure dans un environnement qui à la fois l'effraie et le fascine. Il s'affirme dans un double mouvement de transcendance de l'effroi et d'étonnement. Son impertinence lui permet d'imprimer sa marque dans le monde des adultes. Mais dans quel monde ? Dans ce numéro, nous annonçons pour le 28 mars de l'année prochaine un spectacle de théâtre suivi d'un débat avec pour trame la pièce de Jean Anouilh « Médée ». Le mythe de Médée est très actuel et nous interroge sur notre société occidentale du XXI^e siècle dite post-moderne. Ne pourrait-on parler de « société-mère infanticide » ? La sur-médiatisation de la pédophilie qui peut engendrer des procès dignes du Moyen âge et qui mobilise les psychiatres pour prévenir les « rechutes », n'en serait-elle pas une formation réactionnelle, un retour du refoulé, un symptôme ?

L'adolescent pose un regard qui bouscule là où le bât blesse. Tout adulte devrait écouter sa part d'adolescent en lui-même lorsqu'il contemple la société dans laquelle il est immergé. À la manière du Petit prince de Saint Exupéry. N'est-ce pas là aussi le rôle d'une revue que de favoriser ce regard ? L'article de Jean-Jacques Lottin sur l'EBM (Evidence Based Medecine) a suscité une vive critique de notre correspondant canadien, le Professeur Raymond Tempier, qui rédigera un texte à paraître dans la prochaine revue. Avec cette approche née au Canada, nous touchons du doigt un enjeu majeur de notre métier : la psy trouve-t-elle sa vérité dans les cohortes statistiques et les protocoles qui en découlent ou dans l'approche singulière de la personne ? Le débat sera très intéressant, ouvert à tous sans a priori. J'aime bien cette remarque de Jacques Lacan à propos de l'altérité : quelle chance d'être déçu par une réponse à sa question car elle n'est pas celle que l'on attend.

Avoir un regard sur les autres, même s'ils ne partagent pas forcément notre vision, c'est aussi cela, Psy Cause. Ainsi deux directeurs de l'hôpital de Perpignan nous exposent dans ce numéro leur point de vue sur la place des médecins dans l'institution hospitalière : un point de vue qui peut surprendre. Nous avons la conviction que la liberté des opinions est une garantie que la parole circule réellement, et que celle-ci est une réalité dans Psy Cause. Elle légitimise une ligne éditoriale en faveur d'une psychiatrie humaniste qui s'oppose au « vous faire taire » dénoncé par Jacques Lacan.

Montfavet le 4 octobre 2007
Jean-Paul Bossuat

Enfance et adolescence

Ce dossier est principalement constitué par des communications du Congrès Francophone de Psychiatrie de Tahiti, centré sur les troubles psychiques de l'enfant et de l'adolescent en Polynésie Française.

Ioana Atger, pédopsychiatre du Fare Tama Hau à Papeete, rappela la dépression de l'enfant de Tahiti à travers une très belle légende (celle de Pipiri et de sa sœur Rehua) à la manière d'un oréro (conteur et maître des cérémonies traditionnelles). Gilbert Fabre, pédopsychiatre de l'Institut Serena à Marseille, développa de son côté les tourments rencontrés chez les jeunes adolescents de Méditerranée puis Marie-Françoise Brugiroux, médecin alcoologue, chef du Service d'Alcoologie et des Toxicomanies de Papeete dressa le bilan qualitatif et quantitatif des conduites addictives des adolescents de Polynésie Française, comportement toxicomane perturbant la scolarisation et bien souvent la socialisation.

Si les enfants, adolescents ou jeunes adultes concernés sont par ailleurs engagés dans des processus complexes d'interactions entre leurs difficultés personnelles, leur comportement et leur environnement, et sont en situation ou risquent de désinsertion familiale, scolaire ou sociale, toute la pertinence de l'intervention du Docteur Laure-Hina Grepin, Anthro-sociologue, Directeur de Recherche à l'Institut Supérieur des Etablissements Privés de Polynésie, nous a permis d'appréhender la tradition culturelle du Taure'are'a toujours d'actualité notamment dans l'archipel des Tuamotu.

Par ailleurs, ce dossier est enrichi de quelques publications complémentaires sur le sujet : notamment deux articles effectués en collaborations avec nos confrères du Centre Hospitalier de Polynésie Française, un article tout à fait original de Thierry Berquière, psychologue à la MECS Mon oustal, Unité Familiale, Saint-Pons de Thomières près de Béziers, et un article de Dominique Texier, psychiatre et psychanalyste à Thonon.

Le Docteur Patricia Princet, psychiatre au Centre Hospitalier de Fains-Veel, clôture les deux dossiers centrés sur le congrès de Tahiti avec l'évolution du concept de mélancolie et du symbolique illustré par l'art.



Ioana Atger

La dépression de l'enfant à Tahiti, « no te aha » (pourquoi) ?

Résumé

Dans la première partie de ce travail je vais vous raconter une légende d'enfants de Tahiti et essayer de voir ce qu'on peut lire dans cette légende qui est censée comme toute ses semblables bâtir des ponts entre le sacré et le profane, servir d'exemple, assurer une transmission des représentations et des émotions entre les générations....

Cette histoire sera pour moi une façon d'évoquer des dizaines d'histoires cliniques condensées et de parler de mon travail et de mes interrogations de pédopsychiatre exerçant depuis bientôt trois ans à Tahiti à la « Maison de l'enfant en danger », dans le cadre d'un établissement public administratif (Le Fare Tama Hau) ou on a essayé de mettre en place un travail de soins psychiques pour ces enfants et leurs familles.

Dans la deuxième partie je vais comparer les caractéristiques de notre population de 300 enfants avec celles d'un échantillon de 100 enfants pris en charge par le Service de Psychiatrie infanto-juvénile (qui fonctionne depuis presque 20 ans)

Le but de cette comparaison est d'essayer de dégager des caractéristiques communes aux enfants consultant en pédopsychiatrie à Tahiti de celles éventuellement «spécifiques» des enfants en danger.

1. Le mythe : légende de Pipiri Ma commentée

J'ai appris cette première légende polynésienne en cours de reo-maohi avec notre professeur Madame Astrid Raimbaud-Drollet qui a trouvé que c'était bien pour nous, soignants au Fare Tama Hau, « la maison de l'enfant en paix » de la connaître et de l'étudier, de la réciter avec les gestes à la manière d'un oréro (conteur et maître des cérémonies traditionnelles) et d'apprendre les mots « des maux » qui pourrait nous guider dans notre travail.

Cette légende a donné son nom à la première association pour la cause de l'enfant en Polynésie, créée en 1991 par le Docteur Philippe Nadaud, chef du service de pédopsychiatrie de 1988 à 1999, dont le nom sera lié à jamais à la question de la maltraitance des enfants et parti depuis rejoindre ces étoiles dans le ciel.

Elle a déjà été évoquée par Aimeho a RAA ARIOTIMA (9) pour illustrer la problématique des enfants fa'a'mu (adoptés à la polynésienne), questions reprises lors du Colloque de Nouméa, en avril 2002, par le Docteur Noëlle Barbiera (9) pédopsychiatre fondatrice de l'AFAREP (Association de

Formation, Action et Recherche en Polynésie) partie depuis exercer son art dans le beau port de Marseille

Vous aurez compris que c'est une histoire qui travaille, une histoire qui questionne...

La reprendre et la commenter de ma place de taote popa'a (littéralement médecin crabe rougi au soleil), taote mi-mana'o (médecin du pouvoir de la pensée), l'exercice sera périlleux.

Je vais devoir naviguer au gré des vagues d'une acception psychanalytique (qui se voudrait universelle et universaliste et qui, pour fondamentale qu'elle soit risquerait de fâcher les tenants de la si précieuse spécificité culturelle) ou d'une vision « culturelle » réductionniste qui va mettre de côté des joyaux l'inconscient et de la vie fantasmatique qui risquent de se trouver et refouler vigoureusement des joyaux de l'inconscient et de la vie fantasmatique.

Dans un contexte comme le notre, le particulier, lorsqu'il est reconnu, se révélera précieux par ce qu'il permet d'ouvrir vers l'universel.(10)

L'histoire commence en bord de mer le soir alors qu'il fait nuit (« Ua Pou ! ») et que les étoiles brillent dans le ciel (« Te purapura nei i te mau fetii'i a i roto i te ra'i »).(2)

Les enfants: Pipiri et sa soeur Rehua semblent dormir paisiblement sur des nattes de pandanus tressé, alors que les parents préparent devant le « fare », sur la plage, leur matériel pour la pêche de nuit.

Pédopsychiatre, praticien hospitalier

Maison de l'enfant, Fare Tama Hau – B.P. 9026, Fare Ute – 98715, Papeete, Polynésie Française.



Les parents s'appellent : Tau'a Tiaroroa et Rehua (la maman porte le même prénom que la petite fille, attention à les différencier dans l'histoire).

Ils vont partir tous les deux en mer sur leur pirogue en laissant les enfants à la maison.

La pêche sera fameuse ils vont attraper des crabes, des loches, des perroquets, des rougets, quel chance, quel « mana » ! Au retour, au milieu de la nuit le dîner est préparé et le fumet de poissons grillés sur les pierres chaudes réveille les enfants qui se sont couchés le ventre creux.



Ils regardent la scène (primitive ?) de leurs deux parents enjoués et ils écoutent la conversation : leur maman propose qu'on les réveille pour partager le repas alors que leur père n'est pas d'accord, il considère qu'il est tard et que ce serait mieux de les laisser dormir.

La frustration (de l'avidité orale ?) est grande et plonge les enfants en larmes dans un gouffre d'angoisses d'abandon et de perte d'amour.

Pipiri dit à sa sœur : « Nous n'avons plus rien à faire ici, nos parents ne nous aiment plus, mieux vaut s'en aller que mourir de faim » !

Le garçon propose alors une solution, la première trouvée : la fugue (le passage à l'acte) : « Partons, nous n'avons plus rien à faire ici ». Sa petite sœur le suit, la loyauté dans la fratrie est forte.



Entre temps les parents qui se sont rendus compte de leur absence courent les chercher et les implorent de revenir.

Pour ce faire ils entonnent une chanson que beaucoup d'enfants et d'adultes connaissent et fredonnent, sans forcément connaître l'histoire :

PIPIRI MA HOI MAI AI (meie)

(Pipirima, revenez !)

AITA MAUA HO'I A TU AI

(Non, nous ne reviendrons pas)

TAUTAI INO MAU

(Sinon votre pêche sera encore mauvaise)

HAAVI, TAMARII E

(Et les enfants seront encore brimés)

Il fait nuit et c'est l'heure de tous les dangers comme de toutes les épreuves initiatiques.



Les versions de cette légende commencent à ce point de l'histoire : dans l'une, les enfants rencontrent un « mauvais esprit » qui leur dit « Vos parents sont des mauvais parents, ils vous appellent mais ne veulent pas partager ce qu'ils ont avec vous, venez avec moi au ciel ! »

Dans d'autres versions (4), alors qu'ils s'abritent dans une grotte dans la montagne ils font trois rencontres (épreuves) successives : un mauvais esprit vengeur (tupapau), un prêtre sorcier « tau'a » et « un vent fou » qui, tour à tour, les encouragent à partir.

En tout cas, devant les hésitations des enfants surgissant de nulle part ou envoyé par Taa'Roa (le Dieu suprême) lui-même, apparaît un cerf volant, un « pauma'a » géant.

Ce dernier est un jouet très prisé et, à Tahiti comme ailleurs il est un symbole des rêves de vol et d'envol, de liberté.

Pipiri dit à sa sœur : « Ce cerf-volant nous est envoyé pour regagner le ciel, là-haut nous serons plus heureux qu'ici. » Ils s'accrochent à lui et s'envolent ensemble.



Alors que les parents deviennent de plus en plus petits, les enfants montent de plus en plus haut dans le ciel où ils deviendront les deux étoiles les plus brillantes de la constellation du Scorpion (qui gardera la forme du cerf volant).

Discussion

Pour les polynésiens le ciel est le pays des étoiles qui symbolisent les ancêtres morts mais qui continuent à « guider » les vivants lors de leurs voyages en mer ou sur terre, (par exemple la constellation du Scorpion indique Hawaï, terre des origines). (4)

La démarche des enfants, en dépit de la joie ou l'ivresse maniaque de la montée aux cieux et de la connotation de « vengeance » par rapport aux parents reste désespérée.

Monter au ciel et devenir des étoiles, cela se passe après la mort et cette solution trouvée par les enfants a bel et bien une connotation suicidaire.

Les fins cliniciens auront déjà repéré chez les enfants tout au long du récit : des symptômes de la réponse dépressive, des symptômes de la souffrance dépressive, des défenses contre la position dépressive, des conduites autopunitives et des équivalents suicidaires. (6)

Par ailleurs cette légende met en scène une série de transgressions des parents par rapport aux règles de fonctionnement de la société. (8) Pour un professionnel, ces agissements qui sont autant de questions de psychopathologie :

- Les femmes ne partent pas à la pêche en laissant leurs enfants tous seuls dans la maison, surtout un grand garçon et une grande fille ensemble. Pourquoi cette maman le fait si facilement ? Pourquoi on ne prévient pas les enfants ? Éviter la culpabilité parentale sera une attitude coûteuse pour les enfants qui pourront s'attendre alors à tout moment que les parents partent sans prévenir. On peut supposer que ce n'est pas la première fois, peut-être même qu'il y a eu une suite de séparations réelles. (Au Fare Tama Hau la moitié des enfants ont vécu au moment de la consultation plus de 3 configurations différentes du foyer parental.)
- La pêche de nuit est réputée dangereuse, on ne sait jamais si on va revenir, les hommes partent en groupe il n'y a pas de femmes avec eux. Il faudrait savoir alors si ces parents ont des comportements à risque ou bien on peut leur « accorder » les circonstances atténuantes du besoin alimentaire par rapport auquel ils font simplement leur devoir ?
- On mange toujours avant de partir, pour tenir, pour avoir des forces pour être prêt à regagner la plage à la nage s'il le faut. Il y a toujours quelque chose à manger même chez les plus pauvres car la nature est généreuse à Tahiti : il y a partout des noix de coco, des uru (fruits de l'arbre à pain), des fruits... On ne mange jamais au milieu de la nuit, le fruit de la pêche c'est pour le petit déjeuner. Pourquoi alors ces parents-là ne peuvent pas attendre, pourquoi cette impossibilité pour eux de différer la satisfaction ?
- Les parents ne sont pas d'accord lorsque se pose la question de réveiller ou pas les enfants. Si on suppose qu'il y a là un désaccord parental, est-il ancien, voire chronique ? Et dans ce cas, Pipiri et Rehua cherchent-ils inconsciemment par leur fugue, (comme la plupart des enfants à travers leurs symptômes), à « aider » les parents ? (dans ce cas l'inquiétude par rapport à la disparition des enfants les mettraient d'accord).
- Il y a deux choses différentes qui semblent insupportables pour les enfants : les parents sont partis à la pêche en les laissant seuls et par la suite ils n'ont pas partagé la nourriture. La seconde angoisse vient confirmer la première et nous voilà passés la crainte de perte d'objet à la crainte de la perte de l'amour de l'objet.
- En Polynésie on se plaît à répéter qu'il y a un primat du collectif sur l'individuel et qu'on partage toujours la nourriture : « Haere mai tama'a » (viens manger avec nous) est une règle d'hospitalité pour les étrangers qui passent et qui sont invités systématiquement à table. Ce partage est donc encore plus indiscutable lorsqu'il s'agit de ses propres enfants.
- Par ailleurs il est intéressant de préciser qu'adopter un enfant (à la polynésienne) se dit « fa'a'amu », ce qui veut dire littéralement « faire manger ». Les parents adoptifs sont ceux qui donnent à manger pendant un temps, la

question du retour dans la famille biologique restant toujours possible ou bien en suspens. Il n'est pas étonnant alors que certains auteurs aient vu dans cette légende une illustration du phénomène fa'a'amu. Les enfants seraient alors adoptés par les étoiles dans la légende comme les grands-parents ou d'autres membres de la famille adoptent les enfants de parents trop jeunes ou en difficulté pour les nourrir.

Cette forme d'adoption a de multiples fonctions sociales : elle est à la fois chérie et redoutée dans ses effets, compte tenu des problèmes qu'elle tente de résoudre et qu'elle génère également.(5)

De l'autre côté les enfants ont certes, des raisons de se sentir frustrés mais, leur conduite résulte-t-elle d'une réaction primaire à un besoin non satisfait ou bien d'un modèle d'élaboration secondaire issue de la répétition d'autres situations de souffrance ?

Et puis, pourquoi les enfants ne disent rien aux parents lorsqu'ils se réveillent au milieu de la nuit ? « Ils ont honte pai' », m'ont répondu tous ceux auxquels j'ai posé cette question. « La honte » dans ce type de contextes apparaît comme un mélange de peur, de colère et de tristesse face aux sentiments d'impuissance. (10)

Le maniement des pulsions agressives est le plus souvent problématique chez les enfants car ils pensent (peut-être à raison) qu'on va les taparh'ai (rosser, taper).

Ils ont peur de revenir, peur de représailles, et ils ne veulent pas se séparer l'un de l'autre.

Dans la petite chanson les enfants évoquent leur culpabilité tout en suscitant celle des parents : « on ne reviendra pas sinon le pêche sera encore mauvaise et il y aura encore des brimades pour les enfants... »

L'agressivité vis-à-vis des parents (vous serez mieux tous les deux quand on ne sera plus là) et l'identification à l'agresseur dans cette fuite peuvent être évoquées.

Et si les choses se passent comme ça cette fois-ci, il est permis de penser que ce n'est peut-être pas la première fois.

Évoquer une légende a l'avantage de concentrer des dizaines d'histoires cliniques, la question qui se pose à nous c'est celle du rôle que les professionnels de l'enfance jouent dans des scénarios de ce type :

Sont-ils à la place de l'esprit trompeur qui pousse à la séparation, celui du tupaupau qui véhicule la culpabilité inconsciente (un tupaupau étant un esprit d'ancêtre mécontent qui hante encore les vivants), celui du tau'a, prêtre sorcier supposé tout-puissant ou bien du fameux « vent fou » qui souffle sans savoir d'où il vient ni où il va et qui ne sème que du désordre sur son passage... ?

En ce qui nous concerne, de notre place de psychothérapeute-passeur, ce qui retient notre attention c'est le symbole du cerf-volant.

Si cette famille devait venir nous consulter, pendant l'hospitalisation des enfants en service de pédiatrie ou à la demande du service social, nous les recevions d'abord ensemble.

Le papa ne viendrait probablement pas au premier rendez-vous, nous lui téléphonerions pour expliquer notre démar-

che, l'assurer du secret et de notre absence de jugement moral. Il viendrait ensuite le vérifier en demandant peut-être au taote : « Et toi, en quoi tu crois toi ? »

Ce sera aussi difficile pour eux de parler et pour nous de répondre : nous guetterions au début les hausséments de sourcils, les regards qui cherchent les autorisations de parler, les frottements du ventre, les jeux et les dessins des enfants. Nous utiliserions nos maigres connaissances de reo-maohi et d'astronomie, nos proverbes de grand-mères, la mystérieuse et universelle empathie métaphorisante.

Nous serions émus et surpris par la qualité des associations d'idées et des images tout en s'entendant dire : « Nous on ne sait pas pai' parler ! »

On apprendrait sûrement en même temps que les enfants l'histoire de la famille sans avoir besoin d'aller voir les ancêtres au ciel, et les raisons des agissements des parents, leur loyauté envers les ancêtres.

Nous penserions encore à « Totem et Tabou », Œdipe et inceste, lorsque les animaux protecteurs de la famille seront évoqués à demi-mots.(4)

Les projections narcissiques trans-générationnelles seraient dessinées.

Les enfants seraient émus d'apprendre ces histoires et ils se surprendraient ensemble complices, dans un partage des paysages psychiques.

Nous leur proposerons probablement dans un second temps des ateliers de médiation thérapeutiques dans lesquels nous aurions probablement comme projet de les aider à fabriquer un cerf volant, de leur propres mains et de leurs propres souvenirs, de leur force et de leur créativité, un cerf-volant solide et souple, qui serait faire des allers-retours dans la tête, sans bouger, et apporter un peu de la vraie liberté, celle de rêver, d'imaginer.(1)

Nous montrerons un jour ces cerfs-volants aux parents qui s'étonneraient de les avoir déjà vus quelque part ou de les avoir eux-mêmes rêvés.

Ils nous diraient peut-être comme ce papa : « tu nous a fait parler pai, comme ça c'est pas toi qui racontes des choses à mon enfant, tu attends que c'est moi qui le fait ! »

Les 300 enfants que j'ai rencontrés dans le cadre du dispositif psychothérapique du Fare Tama Hau, avec leurs frères et sœurs et leurs familles, ne s'appellent pas tous « Pipiri » ou « Rehua », mais ils ont vécu des bribes de cette histoire.

En termes de destins possibles de l'angoisse d'abandon, la quasi-totalité de la sémiologie en psychiatrie de l'enfant ou de l'adolescent peut-être rattachée à la dépression. Il est néanmoins surprenant de rencontrer à Tahiti un pourcentage très élevé de troubles dépressifs (dépression et équivalents dépressifs) chez l'enfant.

Ces troubles, en termes de psychopathologie, sont liés le plus souvent à la répétition des expériences d'abandon et de perte, aux difficultés de maniement des pulsions agressives ou à l'incapacité des parents (ou tout au moins de la mère) d'accompagner un mouvement dépressif d'un enfant autrement qu'en l'amplifiant en miroir par sa propre dépression.

Si les professionnels de l'enfance ont du mal à reconnaître et accepter la dépression de l'enfant, pour les parents l'admettre serait un désaveu de leur fonction. C'est moins difficile pour les symptômes somatiques : troubles du sommeil, modification de l'appétit et du poids.

Ce qui se produit alors c'est pour l'enfant une perte supplémentaire : celle de la compréhension empathique de ses parents, le sentiment d'être incompris, de ne plus pouvoir compter sur ses parents : sentiment accentué par la connotation négative des symptômes : il est paresseux, il est bon à rien, il est trop gâté.

L'évolution défavorable voit se mettre en place le passage à l'acte comme mode de défense privilégié en réponse au vécu dépressif avec des difficultés d'adaptation sociale.(6)

Les consultations familiales thérapeutiques, les psychothérapies brèves et de soutien rétablissent un contact empathique et la confiance pour l'enfant dans ses objets oedipiens ce qui atténue le sentiment d'être incompris et sans secours possible. Sans ce travail minutieux ou la clinique, le travail institutionnel, la formation et la recherche se conjuguent pour offrir des soins de qualité, la compulsion de répétition entretenue par les réponses hâtives guidées plus souvent par des contre attitudes non reconnues et non élaborées ne conduit qu'à la répétition douloureuse des situations déjà connues.

Conclusion de la première partie

Autorités de la santé, professionnels de l'enfance, esprits de tous les horizons, attention à la qualité des cerf-volants que vous envoyez à ces enfants !

2. Quelques repères cliniques et épidémiologiques de la pédopsychiatrie à Tahiti

Pour apporter d'autres éléments à notre discussion nous avons analysé une population de 300 enfants âgés de 0 à 12 ans, ayant consulté en pédopsychiatrie à « La Maison de l'Enfant en Danger » du Fare Tama Hau, établissement public administratif créé en 2004 pour répondre essentiellement aux demandes de soin des enfants en danger et de leurs familles.

Nous avons ensuite comparé cette population à une cohorte de 100 enfants pris en charge au SPIJ (Service de Psychiatrie infanto-juvénile), service « classique » de pédopsychiatrie, fonctionnant depuis 1988, afin de déceler les différences et les similitudes rencontrés chez nos petits patients.

Les paramètres que nous allons utiliser pour la comparaison sont :

- l'origine de la demande,
- le sexe,
- le rang dans la fratrie,
- l'âge de la mère au moment de la naissance,
- le statut social de l'enfant en termes de fa'a'amu (adoption à la polynésienne) ou pas,
- la répartition par diagnostic (catégories CFTMEA- et équivalences CIM 10),

- la répartition par catégories ODAS (Observatoire décentralisé de l'Action Sociale) en enfants en souffrance, à risque ou maltraités,
- la répartition des diagnostics en fonction des catégories ODAS.

Origine de la demande

Les enfants consultant à La Maison de l'Enfant en Danger nous sont adressés par des médecins pour près de la moitié, donc il y a une indication préalable vers la pédopsychiatrie posé par un pédiatre ou médecin généraliste.

Les familles consultent d'elles-mêmes dans 20% des cas, elles sont à 15% adressées par le service social et à près de 15% par des professionnels de l'éducation nationale.

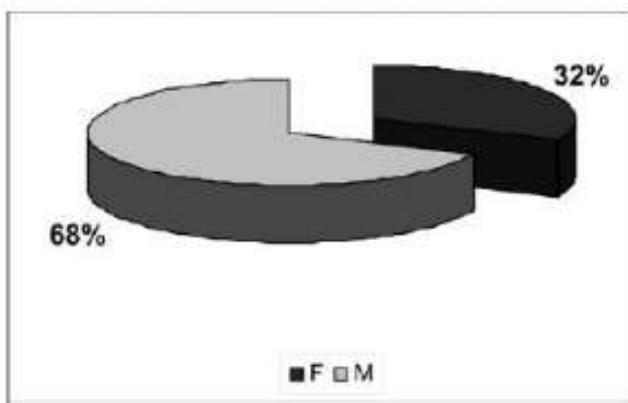
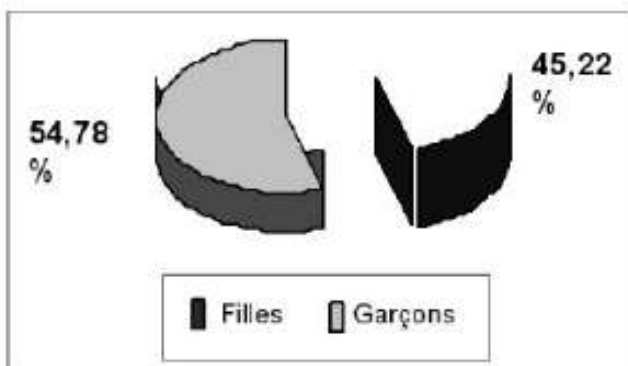
Les patients du Service de Psychiatrie Infanto-juvénile sont emmenés par les parents pour la moitié des cas, l'autre moitié étant adressé en ordre par des médecins, l'éducation nationale et en dernier lieu par le service social.

Contrairement aux idées répandues, les familles consultent facilement dans le secteur public.

Répartition par sexe

Dans les deux structures il y a une surreprésentation de filles par rapport à une population consultant en pédopsychiatrie en France : 45% des filles au Fare Tama Hau et 32 % au SPIJ.

Au Fare Tama Hau ceci s'explique en partie par un nombre élevé de victimes d'abus sexuel.



Répartition par sexe (SPIJ)

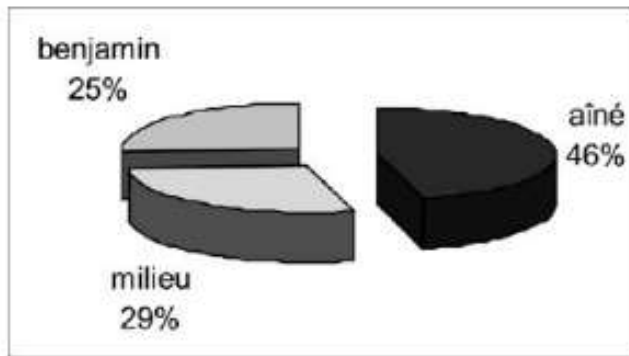
Le rang dans la fratrie

Les études issues du courant de la thérapie familiale systémique nous ont incités à nous pencher sur la question du rang dans la fratrie du « patient désigné » (celui pour lequel la famille consulte).

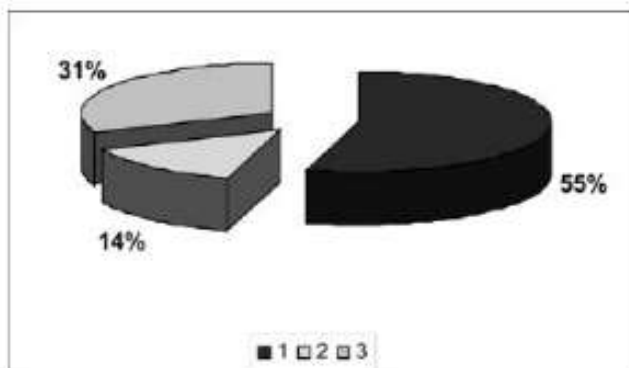
Dans les deux populations d'enfants on retrouve une grande majorité d'ainés (autour de 50%). On aurait pu croire que l'âge de la mère jouerait un rôle si ces enfants étaient issus de grossesses à risque de mère mineures. Or le faible pourcentage de mères mineures infirme cette hypothèse.

Il pourrait en effet s'agir d'un rang « à risque » de l'ainé en tant que celui qui « fait les parents » et sur lequel le poids des projections est le plus lourd.

En Polynésie l'ainé, le premier petit enfant pour les grands parents « mo'otua » est celui qu'on donne le plus souvent en adoption, mais la faible proportion d'enfants adoptés dans notre échantillon n'explique pas la prépondérance d'ainés.



Rang dans la fratrie (FTH)



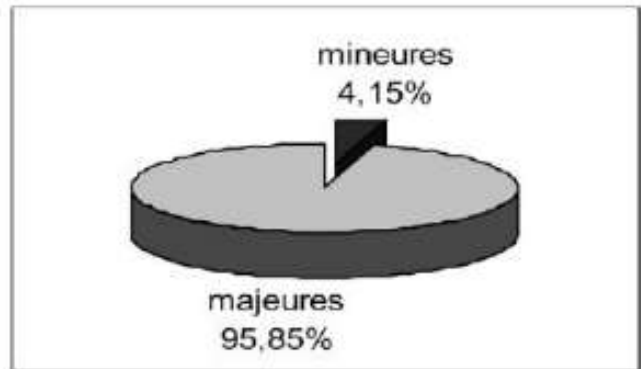
Rang dans la fratrie (SPIJ)

L'âge de la mère au moment de la naissance

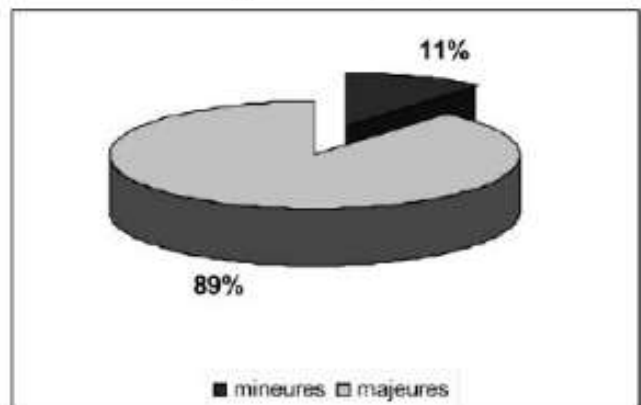
Dans la population d'enfants en danger le pourcentage de mères mineures est très faible : 4,15 %, et elle s'élève à 11 % dans la population du SPIJ. Elle serait d'environ 15% dans la population générale à Tahiti.(maternité du Centre Hospitalier Territorial). A titre de comparaison le taux de natalité de mères mineures en France était de 0,7 % en 1987.(3)

Les enfants de mère mineure seraient plutôt moins « en danger » que les autres, le réseau familial et le relais des grands-parents étant le plus souvent très fort autour de ces mères.

Ces pourcentages n'expliquent pas non plus, en eux-mêmes, la proportion élevée d'ainés (à supposer qu'ils seraient des enfants de mères mineures) parmi nos consultants.



Age des mères (FTH)



Age des mères (SPIJ)

Statut des enfants : adoptés ou pas adoptés

La question de l'adoption à Tahiti a fait couler beaucoup d'encre, après tout la question du « roman familial » taraude chacun d'entre nous. C'est un des sujets les plus sensibles à aborder (ou à ne pas aborder...) avec un polynésien, surtout s'il est professionnel de l'enfance. Il ne faut pas oublier que la fidélité envers les images parentales n'est chose facile pour personne et c'est encore plus compliquée quand il y en a plusieurs...

Le fa'a'amu : (l'adoption à la polynésienne : pratique ancestrale, réversible et sans cadre légal) a de nombreuses fonctions sociales dont la plupart pourrait se résumer selon nous à la nécessité de maintenir ou d'établir une alliance entre la familles des parents biologiques et celle des adoptants.(4, 5, 8, 9)

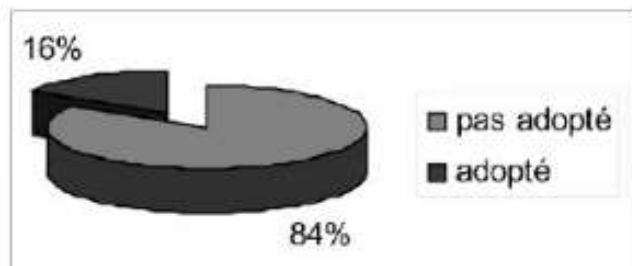
La solidité ou la fragilité de cette alliance fait perdurer ou pas l'accueil des enfants.

Son ambiguïté et son ambivalence rend ces derniers plus exposés aux comportements mal traitants ou incestueux, bien qu'un certain nombre d'entre eux se plaisent à se raconter comme « gâtés -pourtis » par leurs parents fa'a'amu (revers de la même médaille).

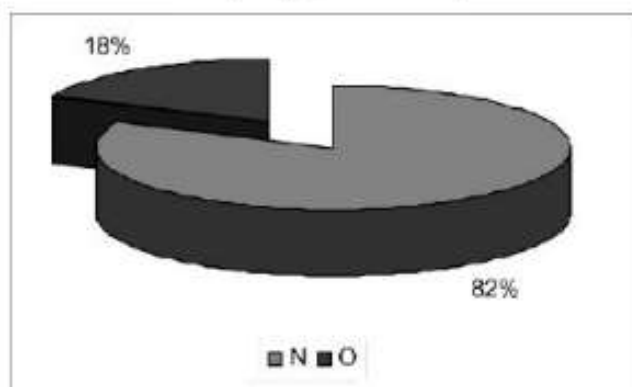
A la plupart des adoptants qui déclarent qu'ils ont traité leurs petits fa'a'amu et leurs enfants biologiques de façon identique et qu'ils avaient de la chance d'être « chez eux » dans les deux familles les adoptées racontent les choses

autrement. En effet, la plupart disent qu'ils ne se sont pas sentis comme les enfants biologiques ni d'un côté ni de l'autre et qu'ils n'étaient pas vraiment chez eux ni dans la famille biologique ni dans la famille d'adoption.

Autre point important : il semblerait qu'il y ait depuis quelques années une dénaturation de la notion de « fa'a'amu » qui comportait une durée plus élevée autrefois, bien qu'étant réversible, alors que de nos jours la durée du placement de l'enfant serait plus courte et les placements plus nombreux. Ces pratiques sont tolérées par les structures juridiques et sociales au nom du respect des traditions culturelles. C'est ainsi qu'elle se retrouvent parfois, hélas, amplifiées.



Adoptés (population FTH)



Adoptés (SPIJ)

Le pourcentage identique dans les deux populations : 16% et 18% ne permet pas de conclure que les enfants adoptés sont plus « en danger » que les autres.

Néanmoins le pourcentage d'enfants adoptés reste particulièrement élevé dans notre population d'enfants de Polynésie (dix fois plus important !) par rapport à la France (où le pourcentage serait de 1,3% dans la population générale et 2,9 % des enfants consultant en pédopsychiatrie. (3).

Nombre de séparations du foyer parental subies depuis la naissance

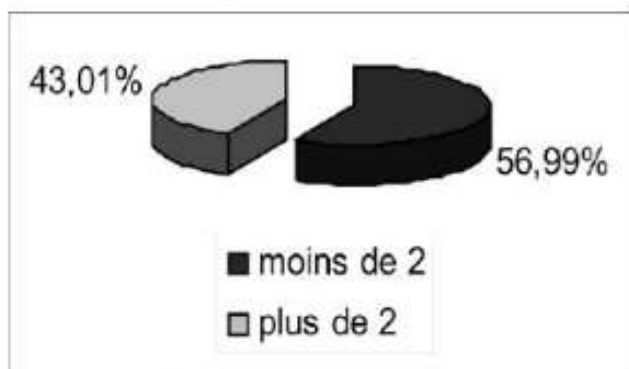
Nous avons rencontré beaucoup d'enfants ayant des histoires de répétition d'expériences de séparation et de perte. Les causes sont multiples ; nous évoquerons quelques-unes :

- accouchement à Papeete avec prolongation du séjour de l'enfant pour des raisons de santé, alors que la mère, ayant d'autres enfants en bas âge doit retourner dans les îles.
- parents jeunes laissant les enfants chez les grands parents,
- délocalisations parentales fréquentes pour du travail temporaire dans les îles,

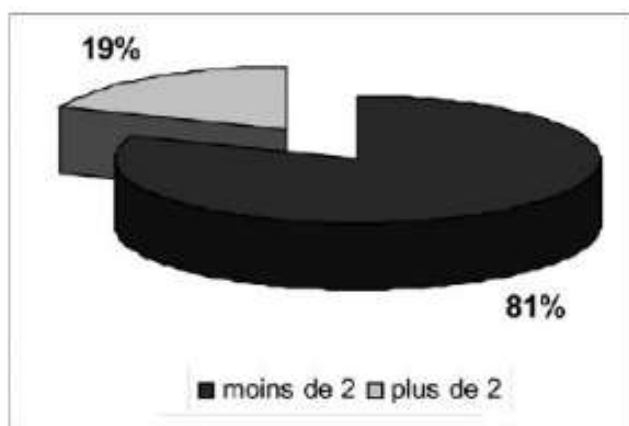
- l'instabilité des couples et les familles recomposées sont la règle et non pas l'exception,
- les enfants sont « placés » dans la famille ou chez des amis pour des raisons de proximité de l'école (le transport en commun est quasi-nul à Tahiti, tout le monde ne possède pas de moyen de transport, et les collèges sont rares en dehors de grandes agglomérations),
- pourcentage très élevé d'enfants adoptés (huit à neuf fois plus élevé qu'en France).

Ce type d'enfants représente la moitié de la population d'enfants en danger (consultant au Fare Tama Hau) alors qu'il ne représente « que » 20% dans la population du SPIJ.

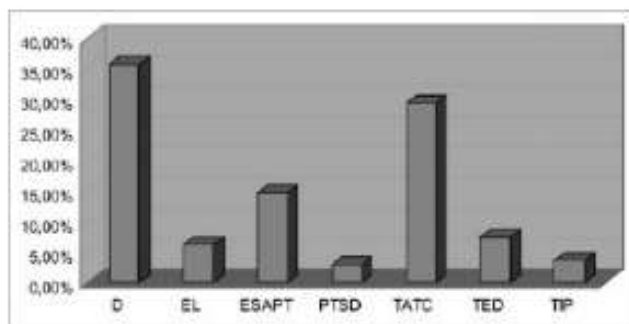
Nous reviendrons sur ce point mais nous pouvons dire désormais qu'à population égale d'enfants adoptés nous avons parmi les enfants en danger plus d'enfants ayant subi des expériences répétées de séparation et de perte ce qui est désormais classiquement admis.



Nombre de séparations Fare Tama Hau



Nombre de séparations SPIJ



Grandes catégories diagnostic (FTH)

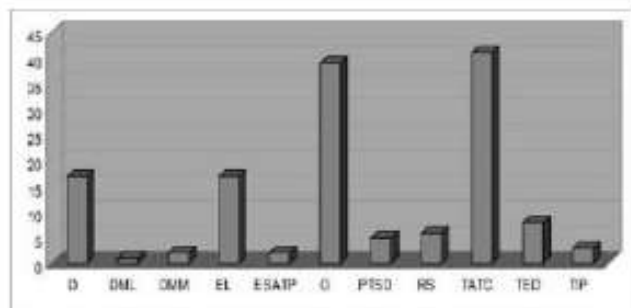
Nous avons utilisé pour notre étude la CFTMEA de Misès et coll ; et ses équivalences avec la CIM 10 . Une fois de plus nous avons constaté la supériorité de la première par rapport à la seconde en ce qui concerne la clinique infantile, bien que des améliorations des outils de diagnostic en pédopsychiatrie reste encore un souhait des cliniciens. Le taux élevé de dépression (D) dans la population d'enfants en danger est l'élément qui fait la différence la plus notable. Elle est de 35%.

Si on ajoute à la dépression les troubles anxieux avec troubles de comportement (TATC) nous arrivons à un taux de 63% !

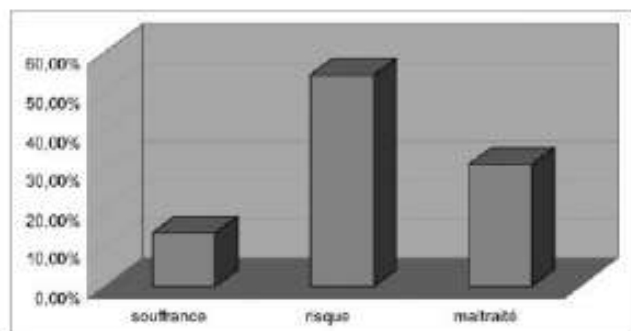
Nous ne pouvons pas ne pas évoquer la relation entre les deux en ce qui concerne la population d'enfants en danger. En effet, compte tenu du nombre élevé de séparations et de pertes dans cette population, beaucoup d'auteurs s'accordent pour dire que la réaction à la séparation dépend entre autres de l'âge des enfants. Si la proportion de dépression est élevée chez l'enfant jeune, avec l'âge celui-ci a tendance à développer des réactions de type caractériel (TATC) qui ne seraient selon certains que des équivalents dépressifs.

La proportion de troubles envahissants du développement (TED) est la même (5%) dans les deux groupes, on retrouve un pourcentage plus élevé des états de stress post-traumatiques (ESAPT) parmi les enfants en danger et plus d'états limites (EL) dans la population du SPIJ.

Elément notable aussi, au SPIJ un tiers d'enfants qui consultent ne présente aucun trouble (il faut se souvenir que les parents consultent beaucoup d'eux-mêmes), contrairement à la population du FTH, adressé en grande partie par des médecins et travailleurs sociaux.



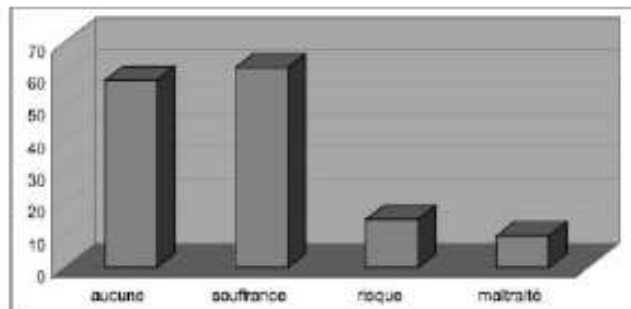
Grandes catégories diagnostic (SPIJ)



Catégories ODAS (FTH)

Lorsqu'on applique aux enfants de notre échantillon les définitions de l'Observatoire Décentralisé de l'Action

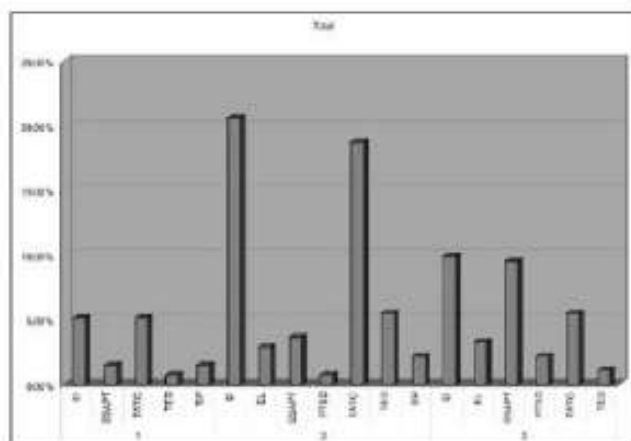
Sociale : enfants en souffrance (S), enfants à risque @ ou enfants maltraités (M), sachant que l'ensemble des enfants à risque et maltraités constituent les enfants en danger, la distribution est parlante :



Catégories ODAS (SPIJ)

Dans la population consultant au SPIJ 80% des enfants ne correspondent pas au critères des enfants en danger alors que les enfants consultant au FTH sont à 80% des enfants en danger.

Il n'y a pas là de véritable surprise, mais on peut se demander ou consultaient ces enfants auparavant puisque l'ouverture du Fare Tama Hau n'a pas diminué les files actives des autres services accueillant des enfants. En tout cas, nous pouvons supposer que peu d'entre eux bénéficiaient de prises en charge psychologiques individuelles et familiales adaptés. Les décisions des autorités publiques de supprimer le volet pédopsychiatrique de la Maison de l'enfant en Danger et de la Maison de l'Adolescent en difficulté laissent songeur....



Répartition de diagnostics par catégorie ODAS (FTH)

Comme on pouvait s'attendre, c'est dans la population d'enfants en danger qu'on retrouve les taux élevés de dépression (D), troubles anxieux avec troubles du comportement (TATC), états de stress aigus post-traumatiques (ESAPT) et états limites (EL) ces derniers étant quasi-absents chez les enfants en souffrance.

Conclusion

A Tahiti , dans les descriptions de l'enfant nous sommes passés du « mythe de l'enfant roi », à une dénonciation passionnée et polémique de la maltraitance, des abus sexuels et des pratiques parfois douteuses de dons d'enfants. Les champs

judiciaire, social, médical et plus récemment psychologique y sont fortement sollicités, impliqués et affectés.

Nous rajouterons qu'à Tahiti comme ailleurs il n'est pas aisé d'attenter au dogme de l'infailibilité de l'amour entre parents et enfants, de l'image édenique de l'enfance dans les reconstructions défensives des adultes.

Une citation de Teuira Henri, extraite de « Tahiti aux temps anciens » de 1848 témoigne pourtant de façon déconcertante de cette ambivalence :

« Les Tahitiens ont toujours adoré les enfants. Ceux qui n'en avaient pas en adoptaient et ceux qui en avaient beaucoup faisaient des échanges avec d'autres familles (...). Malgré cette affection pour les enfants, l'infanticide était si fréquent que le Capitaine Cook l'ayant remarqué essaya, sans effet d'ailleurs, de faire au roi Pomare des remontrances à ce sujet. Lorsque les premiers missionnaires débarquèrent ils constatèrent qu'au moins les deux tiers des enfants étaient tués dès leurs naissances (...). Si l'enfant survivait jusqu'à ce qu'il ait respiré et ouvert les yeux il avait la vie sauve car on estimait alors qu'il avait son « iho » (personnalité) et par conséquent un droit à la vie. » Et au statut d'enfant roi ?...

La crainte de se voir confronté avec l'image maternelle dans ses aspects les plus archaïques et terrifiants n'est pas uniquement un obstacle pour admettre les mauvais traitements mais aussi les mauvaises solutions.

Aujourd'hui il est encore plus difficile de questionner les vocations et les contre-attitudes des professionnels de l'enfance, de ceux et celles qui sont appelés par leurs vocations à constituer des nouvelles « images parentales », tout en gardant en l'esprit que l'enfant qu'ils ont été s'identifie aussi massivement aux enfants pris en charge.

Les émotions fortes brouillent les démarches d'évaluation et poussent les prises en charge vers des extrêmes : placements « passage à l'acte » pour le salut de l'enfant ou maintien au foyer lorsqu'il court un risque certain.

Dans la littérature anglo-saxonne (11, 2) les études démontrent que les résultats les plus fructueux sont dus à l'action conjointe du psychiatre travaillant avec la famille et du travailleur social qui fait des suivis à domicile.

Le travail avec les familles occupe une place encore trop périphérique tout comme les dispositifs de soins cohérents et adaptés à ces pathologies peu perméables aux psychothérapies classiques ou l'alliance avec la famille est indispensable.

Cette première modeste et imparfaite étude psychopathologique montre que le problème ne peut pas se réduire à la maltraitance, ce n'est pas uniquement le fa'a'amu, ce n'est pas uniquement la jeunesse des parents c'est le plus souvent une répétition d'expériences de séparation et de perte d'autant plus graves que généralisées, induites ou tolérées, minimisées dans leurs conséquences et d'autant plus graves qu'elles sont plus nombreuses et avec un début précoce.

Quelle piste étiopathogénique privilégier alors qu'il s'agit de prendre en compte des questions aussi vastes que les conditions socio-économiques, les structures sociales et

familiales et leur évolution au contact des européens, les réalités géographiques (éparpillement de îles sur un territoire grand comme l'Europe) et les politiques publiques conjuguées ou pas, entre l'état et le territoire (transport, cadre juridique de l'adoption, absence de sectorisation en psychiatrie) ?

De nombreuses études restent à faire pour rendre compte des constats cliniques quotidiens en ce qui concerne l'instabilité, l'attachement insécure, la dépression, la maltraitance, les pathologies psychosomatiques et l'obésité, les mauvais résultats scolaires, la prépondérance de troubles du comportement et des tentatives de suicide à l'adolescence.

Quelles recommandations pour les professionnels s'occupant des enfants et de leurs familles ?

La liste n'est pas exhaustive :

- repérer les relations stables durables et fiables qui existent malgré tout et établir un projet de soin en les préservant, en les utilisant comme piliers,
- travailler avec des professionnels stables et fiables, ne pas répéter dans la prise en charge les répétitions des séparations et de pertes,
- ne pas confondre « passage à l'acte » et « passage à l'action » dans les soins,
- repérer l'idéal, l'indispensable et le possible et essayer de situer le « possible » entre l'idéal et l'indispensable et non pas en dessous de l'indispensable pour ne rien faire d'autre que renforcer les résistances et la compulsion de répétition,
- associer aux démarches de soin un véritable travail institutionnel et de formation continue.

A propos de l'histoire de Pipirima : il y a un monde entre une constellation et un cerf volant !!!

L'auteur tient à remercier les collègues du Service de Psychiatrie infanto-juvénile qui ont accepté de collaborer à cette étude : Docteur Anita Vabret, chef de service, Docteur Jean Marie Poulain, Madame Irmène Sainjoux et Madaeme Huguette Lee ainsi qu'au Docteur Emmanuel Girardin et à Christophe Psychogios pour leur aide précieuse en statistiques.

Bibliographie

1. Chouvier B & al : « Les processus psychiques de la médiation », Editions Dunod, Paris, février 2002
2. Coste M.H., Millécamps S. : « La légende de Pipirima », Editions des Mers Australes, Tahiti, 1994
3. De Ajuriaguerra J., Marcelli D. : « Psychopathologie de l'enfant », Editions Masson, Paris 1989
4. Henry T. : « Tahiti aux temps anciens », Publication de La Société des Océanistes N° 1, Paris, septembre 2000
5. Lallemand S. : « La circulation des enfants en société traditionnelle », Editions l'Harmattan, juin 2002
6. Marcelli D. : « La dépression de l'enfant », dans le « Nouveau Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent », Editions Quadrige, Presses Universitaires de France, Paris, juin 1999

7. Nisse M. : « Enfant maltraité, du bon usage de l'indiscrétion », Editions Ramsay, Septembre 2004
8. O'Reilly P. : « Tahiti la vie de chaque jour », Nouvelles Editions Latines, Mars 1982
9. Pérouse de Montclos O. : « Santé Mentale de l'enfant et de l'adolescent dans le Pacifique », Editions l'Harmattan, juillet 2005
10. Rigo B., : « Lieux-dits d'un malentendu culturel », Editions Au Vent des Iles, Papeete 1997
11. Wilson K., Ryan V. : « Play Therapy, a non-directive approach for children and adolescents, Editions Ballière Tindall Elsevier 2005





M.-F. Brugioux

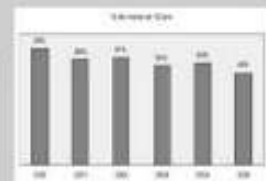
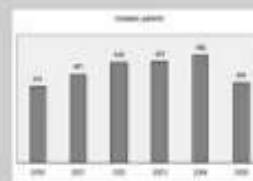
Les adolescents et la toxicomanie en Polynésie

Les adolescents et la toxicomanie en Polynésie



Docteur Marie-Françoise BRUGIROUX
Centre de consultations spécialisées en alcoologie et
toxicomanie

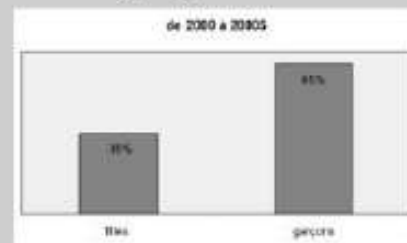
Pourcentage des moins de 20 ans parmi les nouveaux patients pris en charge au CCSAT



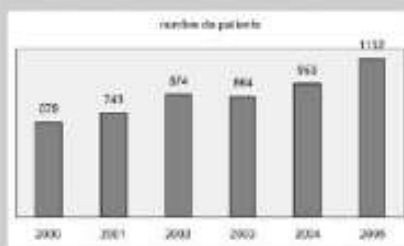
le CCSAT

- Est une équipe de 7 personnes: 2 médecins, 2 psychologues, 1 infirmier, une secrétaire et un agent médico-administratif,
- Centre de soins en ambulatoire ouvert à tous: patients et entourage, gratuit et anonyme,
- Chargé de la prévention de la toxicomanie en Polynésie et de la formation de relais de terrain.

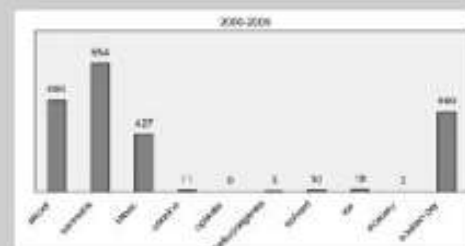
répartition filles et garçons



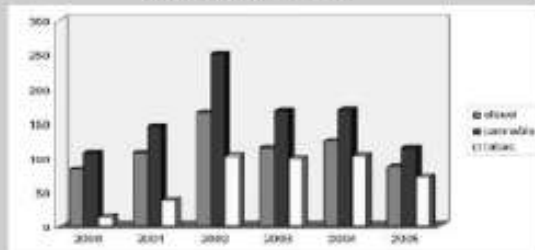
Nombre de patients pris en charge au CCSAT de 2000 à 2005



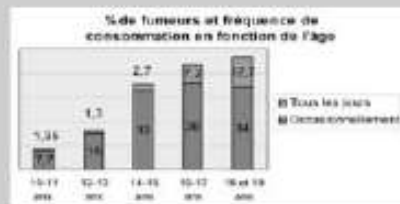
Que consommaient les nouveaux patients de moins de 20 ans de 2000 à 2005?



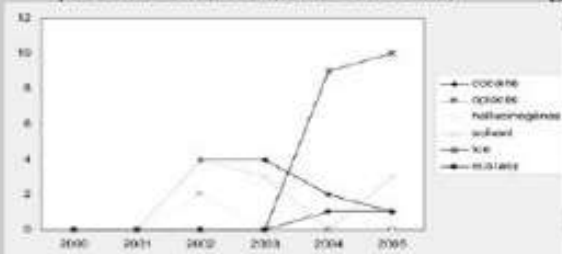
Les 3 produits les plus consommés



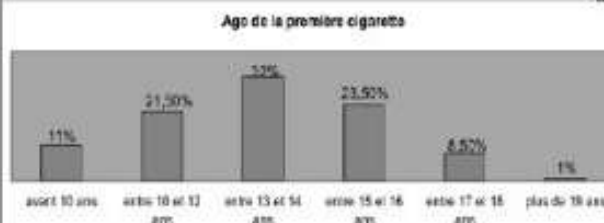
Dans l'ensemble de la population scolarisée



La consommation d'Ice est bien présente chez les moins de 20 ans.



Parmi les élèves fumeurs



Envoyés par la justice

	Nombre de patients	% en patients envoyés par la justice
2001	16	12%
2002	21	17%
2003	10	7%
2004	15	10%
2005	14	9%

Enquête ESCAPAD 2003



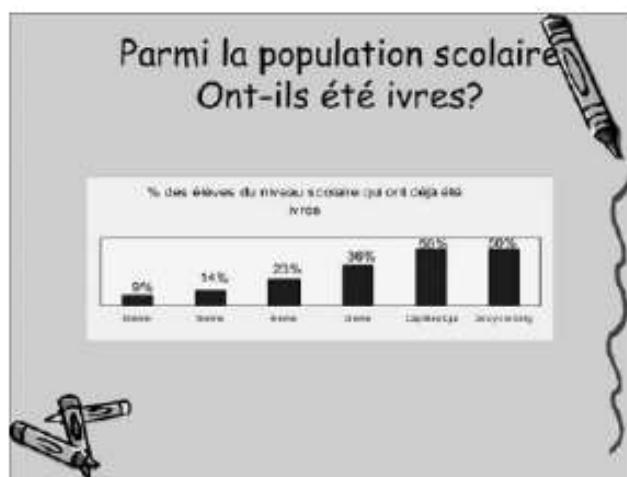
Consommation de tabac



ESCAPAD 2003

	Usages de tabac à 17-18 ans (%)			
	Polynésie française			
	garçons	filles	ensemble	cas ratio
Expérimentation	71	82	76	*
Usage occasionnel	7	11	9	
Usage quotidien	21	41	36	*
1 ^{re} cigarette (années)	13,4	13,2	13,3	
Usage quotidien (années)	14,7	14,9	14,8	

Source : OFST, ESCAPAD 2003, expérimentation Polynésie française



- Un élève sur 3 a bu au moins une fois avant 12 ans et près de 2 sur 3 avant 14 ans.
- Les garçons commencent à boire avant les filles: deux fois plus de garçons commencent avant 10 ans.

Quand on a 16 ans et plus:



- ### Une consommation sur le mode toxicomaniac
- Jusqu'à l'ivresse
 - Pour obtenir une défonce
 - Quelque soit l'alcool bu

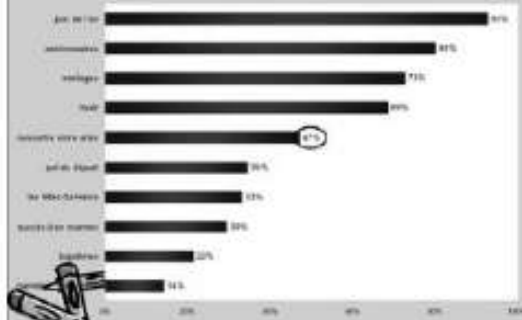
- ### Avec qui boivent-ils?
- Tous critères confondus :
- 62% entre amis
 - 30% en famille
 - 4% seuls
 - 4% autres et non réponse.
- Les plus jeunes boivent en famille : 52% pour les 10-11 ans et 47% pour les 12-13 ans. A partir de 14 ans, la tendance s'inverse en faveur des amis.



La notion de fête est très étendue

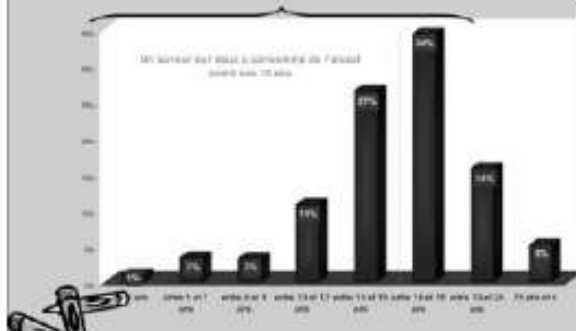
Parmi les interviewés ayant déjà été à l'occasion d'une fête, 1 sur 2 considère une première expérience avant 18 ans.

Cela rend difficile l'anticipation de cette consommation d'alcool.



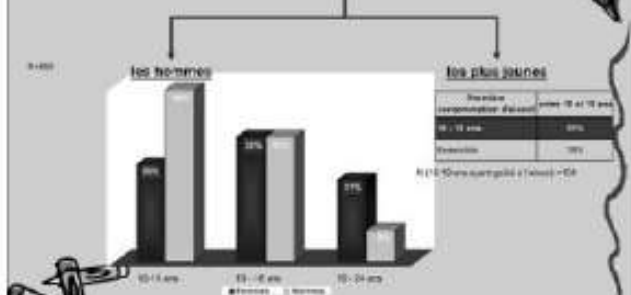
Première expérience : à quel âge?

Les 2/3 des personnes ayant déjà consommé de l'alcool ont connu leur première expérience avant 18 ans.



Première expérience : Différences en fonction de l'âge et du sexe

Des différences apparaissent : une première expérience vécue bien plus jeune par les hommes.



La première expérience avec l'alcool

- La motivation est forte :
 - 69% des cas le considèrent,
 - 20% pour faire comme les autres,
 - 9% parce qu'on les a obligés.

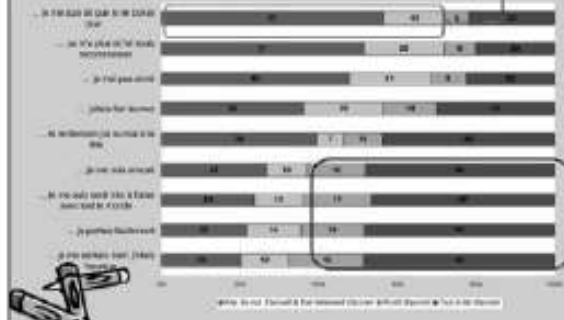
- La préférence est donnée à :
 - le bière dans 48% des cas,
 - le Whisky dans 17% des cas,
 - le punch dans 13% des cas,
 - le champagne dans 8% des cas,
 - le pastis dans 4% des cas.

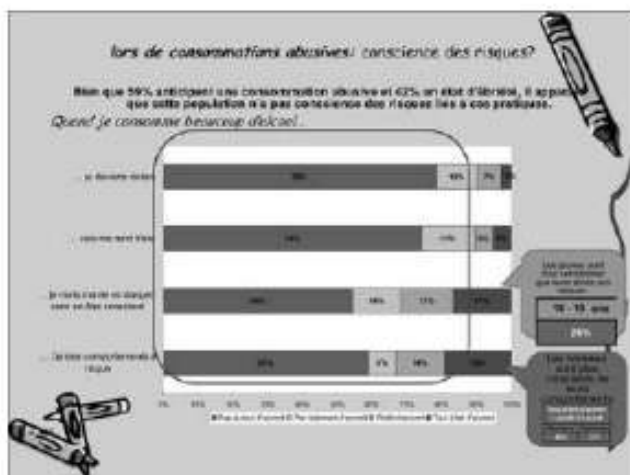
- Particularités :
 - très d'un jeune sur 3 a consommé sa première fois.
 - La pastis est plus fréquemment consommé par les jeunes : 13% pour les 16-19 ans contre 4% dans l'ensemble de la population.
 - 27% des moins de 20 ans déclarent avoir bu au moins 2 alcool la première fois contre 12% pour l'ensemble de la population.

Première expérience : quel vécu?

Une première expérience :

- majoritairement « positive »,
- dont on se souvient.





ESCAPAD 2003

Usages de cannabis à 17-18 ans

	garçons	filles	ensemble	var. ratio
Expérimentation	55	38	47	**
Usage au cours de l'année	48	38	38	***
Usage au cours du mois	41	20	30	***
Usage régulier	15	6	9	*
Usage quotidien	4,2	2,0	3,1	
1 ^{er} joint (années)	14,7	14,8	14,7	

Source : ONDIP, ESCAPAD 2003, enquête France Polynésie

- La consommation de drogue est un comportement plus masculin qui progresse avec l'âge**
- Le risque de prendre de la drogue est 1,75 fois plus élevé chez les garçons que chez les filles.
 - Le fait de fumer du tabac multiplie par 6 le risque d'avoir consommé de la drogue.
 - La possession d'argent de poche peut être un facteur facilitateur de prise de drogue : deux fois plus de jeunes possédant au moins 15000FCF par mois d'argent de poche en ont consommé plusieurs fois.

Prévalence de consommation d'écstasy chez les lycéens à 17-18 ans (ESCAPAD 2003)

	garçons	filles	ensemble	var. ratio
Consommation régulière	1,8	2,6	2,0	5,8***
Usage au cours de l'année	1,8	3,1	2,2	5,2***
Usage au cours du mois	1,0	1,6	1,2	4,7***
Usage régulier	0,8	1,0	0,9	3,2***
Usage quotidien	0,4	0,6	0,5	2,3***
1 ^{er} joint (années)	1,8	2,5	2,0	5,8***
Cost	1,1	1,0	1,0	1,0
Ecstasy	1,1	1,0	1,0	1,0
Ecstasy	1,1	1,0	1,0	1,0
Ecstasy	1,1	1,0	1,0	1,0

Source : ONDIP, ESCAPAD 2003, enquête France Polynésie



Laure-Hina Grépin-Louison¹

Les turbulences juvéniles polynésiennes : des humeurs dysfonctionnelles ou structurelles ? Le *taure'are'a* : forme polynésienne du passage à l'âge adulte

Depuis toujours et presque partout, le sens populaire associe l'adolescence à un temps anti-social.

Les approches savantes de la période juvénile ne sont pas en reste qui corroborent cette équation entre adolescence et conduites marginales.

En Polynésie, l'association est vivace et les approches tant savantes que populaires attestent de ce lien ténu.

L'approche naturaliste fait par exemple de la période de jeunesse un passage obligé par la case de l'anti-sociabilité, d'autant plus évidente qu'elle s'appuie sur un support prétendu biblique : « *Tu vois, il y a deux chemins : le côté bien et le côté mal. C'est écrit en plus. Profitez-en la jeunesse. C'est pour ça, on est allés sur ce qui est écrit. La jeunesse, on fait ce qu'on veut* » (Taputu, Tikehau²).

L'approche culturaliste, savante, héritière des mythes bougainvillien et meadien³, confirme cet élan hédoniste⁴, un tantinet subversif, accolé à l'adolescence polynésienne : « *Un instinct irrésistible chez les indigènes des deux sexes les poussent à mener une vie déréglée pendant les quelques années qui suivent l'adolescence à la recherche du plaisir en général et de la satisfaction de leur puissant appétit sexuel en particulier* (HANDY 1923) ».

Sociologiquement, les déviances juvéniles seraient le tribut de la modernité : « *Les jeunes d'aujourd'hui sont cons et fainéants. C'était pas comme cela de notre temps* (papa Mihaera, Tatakoto) ».

Cette quasi-unanimité faite autour du personnage social du jeune polynésien, qu'on dénomme le *taure'are'a*, fait contraste avec l'observation ethnographique de terrain que nous avons eu l'occasion de dresser.

Nous proposons ici de montrer la réalité de la vie de la jeunesse dans un milieu traditionnel polynésien, puis de

démontrer le sens des diatribes déversées à leur égard, en montrant que loin d'être dys-fonctionnelles, les ambivalences et « humeurs » juvéniles polynésiennes, sont plutôt des remparts à l'entropie de la modernité.

Le *taure'are'a* aux Tuamotu : état des lieux

1.1. La vie aux Tuamotu aujourd'hui



La vie sur un petit atoll polynésien est conditionnée par des facteurs écologiques, historiques et culturels. La confi-

1. Cette communication est inspirée par un terrain de DEA réalisé en 1995 à Tikehau (Tuamotu de l'Ouest) puis par terrain de thèse en anthropologie sociale et culturelle réalisé 1996 et 1997 sur deux atolls des Tuamotu du Nord Est, Tatakoto et Pukapuka.

2. Propos recueillis à Tikehau, petit atoll polynésien, terrain de DEA (GREPIN 1995).

3. L.A Bougainville a accosté en Polynésie française en 1768, imprégné du mythe rousseauiste du « bon sauvage ». Il a lancé le mythe de la nouvelle Cythère et de l'amour libre polynésien. En 1929, l'ethnologue M.Mead enracine le mythe au retour de son séjour à Samoa ; Il faudra attendre 1983 et la sortie du livre de D.FREEMAN pour remettre en cause la théorie de la liberté sexuelle polynésienne ancestrale. Le lecteur intéressé se reportera à l'ouvrage de S.TCHERKEZOFF consacré à ce dossier (TCHERKEZOFF 2001).

4. On retrouve cette approche culturaliste chez R.BENEDICT qui typologise la société polynésienne comme une société « apollinienne ».

guration physique des atolls confine la population sur un anneau étroit de corail, isolé par plusieurs centaines de km des autres atolls, en soumettant sa population à des caprices climatiques potentiels, sinon réguliers (cyclones, dépressions tropicales). A ce facteur écologique qui impose, de fait, une solidarité communautaire, s'ajoute un facteur historique lié à l'évangélisation des atolls du Nord-Est qui a rassemblé autour d'une église, dans un périmètre concentré, toute la population atollienne⁵. Enfin, le système de valeurs polynésien s'organise autour du fil relationnel, du groupe plus qu'autour d'ego.

Ces trois paramètres enchevêtrés expliquent la densité du concept de communauté aux Tuamotu du Nord-Est, peut-être plus accrue encore qu'à l'échelle du triangle polynésien.



Les aînés tiennent une place considérable dans le déroulement et l'organisation de la vie sociale atollienne et la partagent avec le *katekita*⁶ et le *tavana*⁷. Plus généralement,

dans les représentations sociales, les adultes incarnent la stabilité⁸ et la sagesse, les jeunes l'immatunité, l'inconstance et l'inconsistance

Les taure'are'a : des « bons à rien » bons à tout faire

Au sein de cette vie communautaire figurent donc les *taure'are'a* qui sont unanimement conspués, montrés comme des fauteurs de trouble, comme des lézardes dans la façade lisse de la communauté paisible de l'atoll.

Pourtant un rapide examen suffit à dissiper cette unanimité. Des ambivalences à la fois internes et externes au personnage social qu'est le *taure'are'a* amènent à prendre de la distance par rapport à l'équation par trop facile entre *taure'are'a* et désordre social.

En effet, le *taure'are'a*, s'il est effectivement un trublion nocturne, se révèle étonnamment timide et servile en contexte diurne. Plus encore, les arguments qui servent à appuyer la dévalorisation dont il fait l'objet sont également convoqués pour le valoriser dans son rôle ! Un jeune homme qui ne serait pas assez entreprenant est ainsi conspué.... autant que quand il l'est ! Bref, quoi qu'il fasse, une chose et son contraire, tout est bon pour le mettre au ban de la communauté.

Enfin, une autre ambivalence externe réside dans le contraste factuel entre la vérité sociale qui fait du *taure'are'a* un « bon à rien » et la réalité observée qui nous montre plutôt les contours d'un « bon à tout faire ».



5. Pour plus de détails sur l'histoire de l'évangélisation dans les Tuamotu du Nord-Est, lire les récits d'Eugène CAILLOT (CAILLOT 1932).

6. Le *katekita* est le diacre. Il représente l'autorité religieuse dans des atolls du Nord-Est où la population est à 100% catholique et où le calendrier religieux scande toute la vie sociale communautaire (deux offices quotidiens).

7. Le *tavana* est le maire, dépositaire de l'autorité régalière locale.

8. Etymologiquement, le terme *paa'ri* qui désigne l'adulte est aussi synonyme de dur et donc par extension de stable. L'association entre adulte et stabilité est pourtant très certainement d'origine post-contact, car elle renvoie à l'association chrétienne entre aîné et sagesse, ce qui ne transparait pas du tout dans les récits rapportés par les premiers observateurs qui ont vu l'importance de la primogéniture dans la société polynésienne et pourtant le sort peu enviable réservé aux personnes âgées (D. OLIVER 2002).

9. En effet, ce sont les *taure'are'a* qui assurent la plupart des tâches collectives : ramassage des poubelles, gros travaux,...le tout bénévolement.

Avant d'explorer plus avant ces contradictions, porteuses du sens social du taure'are'a, il convient d'en donner une définition.

Qui est le taure'are'a ?

De nombreux observateurs de la société polynésienne ont tenté de donner une définition socio-démographique du taure'are'a ...en vain. Le genre autant que l'âge posent en effet problème dès lors que l'on veut circonscrire le groupe des taure'are'a.

Le genre est polémique : pour certains, le taure'are'a est exclusivement un jeune homme, pour les autres, il désigne le groupe des garçons et des filles¹⁰.

Aujourd'hui encore, on débat sur le sexe des taure'are'a. On convient qu'il y a des filles et des garçons, mais comme si cela était une nouveauté dysfonctionnelle inhérente à la modernité, sous-entendu que les filles sont devenues taure'are'a, parce qu'elles se comportent comme des garçons « Avant c'était les anguilles qui allaient dans le trou ; maintenant plus rien ne va, c'est le trou qui va vers l'anguille (Puka-Puka) ! »

L'âge est aussi sujet à hésitation, car il s'avère très élastique, d'où le caractère impropre de la traduction de taure'are'a par « jeune ». D'un quadragénaire qui se laisse aller un soir de brigue, on dira sarcastiquement qu'il est taure'are'a. Un jeune à qui j'avais demandé quand il pensait sortir de l'âge taure'are'a m'a regardé, ulcéré, me rétorquant : « Mais je suis pas taure'are'a moi, je suis sérieux ! »¹¹ CQFD.

Si l'on passe donc d'une définition socio-démographique (le taure'are'a comme le groupe des « jeunes ») à une définition comportementale, le taure'are'a devient donc un groupe aux contours limpides. Le taure'are'a, c'est celui qui « fait » le taure'are'a, autrement dit il s'agit d'une catégorie de comportement plus que de désignation. Et ce qui fait le taure'are'a et l'identifie comme tel pourrait se résumer en deux mots : hédonisme subversif.

Qu'en est-il exactement de ce comportement, à la fois décrié et valorisé, aux apparences libertaires et libertines ? Pour appréhender cet hédonisme subversif, nous recourons à l'acte social qui résume toute son essence : le *motoro*.

Le taure'are'a : un entre-deux anémique ou institué ?

Le *motoro* : de l'anomie à la structure : origine et évolution d'une catégorie sociale polynésienne

Le *motoro*, courant aux Tuamotu, souvent improprement traduit par le terme « viol » est un acte nocturne qui consiste, *a minima*, à pénétrer dans le *fare* d'une fille convoitée et à lui montrer par cet acte risqué son intérêt et son désir pour elle. *A maxima*, le *motoro* se solde par une union sexuelle, entreprise à l'initiative du taure'are'a : « Comment j'ai rencontré mon tane ? Il m'a emmenée au motu pendant mon sommeil et il m'a *motoro* ! Quand je me suis réveillée c'était fait ; c'est comme cela que je suis restée avec lui »¹².

L'intérêt sociologique du *motoro* est son ambivalence. Décrié, montré comme le summum de la subversion, il est en même temps convié comme un élément du panthéon culturel polynésien, voire de sa légendaire hospitalité !

« De mon temps, tu aurais déjà été *motoro* ! Ces jeunes d'aujourd'hui, ils sont vraiment plus bons à rien »¹³ ! »

Le *motoro* a longtemps été montré par les observateurs extérieurs comme un produit du syncrétisme provoqué par la rencontre entre l'Occident et la Polynésie. SUGGS¹⁴ montre comment il résout l'antinomie entre le puritanisme importé et la soi-disant liberté sexuelle polynésienne, conceptualisée par surinterprétation Bougainvillienne.

Autrement dit, le *motoro* serait une création post-contact, hybride, fruit de l'irruption de carte mentale occidentale dans la cosmologie polynésienne ancienne.

Aujourd'hui, traduit par le terme « viol », il est désigné comme l'acte anti-social, et même l'acte a-social par excellence (en dehors de ce qui définit l'appartenance à la société, un acte qui réduit son auteur à l'état sauvage).

Or, le *motoro* est un acte qui se produit à la lisière du social avec de grands risques pour le jeune homme. Violer une jeune fille la journée dans la cocoteraie est mille fois moins dangereux que de se risquer à tomber nez-à-nez avec la famille de la jeune fille !

Si on se lance dans une analyse ethno-historique, on découvre que le *motoro*, loin d'être une création post-contact, existait avant l'arrivée des Occidentaux puisqu'on retrouve le terme *motolo* à Samoa¹⁵. Dans la partie occidentale de la Polynésie, les relevés ethnographiques montrent que l'acte du *motoro* relevait de la logique politico-guerrière¹⁶, bien loin du don juanisme tropical accolé à l'acte en Polynésie française.

10. Cf D.Oliver (OLIVER 1981), Handy (HANDY 1923).

11. Propos recueillis à Tikehau.

12. Propos recueillis à Tikehau.

13. Propos recueillis à Tatakoto.

14. SUGGS 1966

15. Un terme vernaculaire similaire à l'Est et à l'Ouest de la Polynésie- sachant que ces deux parties ont été séparées historiquement au milieu du premier millénaire (période des grandes migrations polynésiennes)- désigne une institution sociale qui remonte au moins à cette époque pré-migratoire.

16. S.Tcherkezoff indique ainsi que *motolo* signifie « mettre une flèche dans le lit d'un chef ennemi ou percer avec son doigt l'hymen d'une jeune fille vierge de famille généalogiquement supérieure », communication personnelle in GREPIN 2001.

En outre, sa logique s'inscrivait dans la logique classificatoire (plus que le jeune homme, c'est sa famille et son arbre généalogique qui sont en confrontation avec d'autres branches) et non générationnelle (le jeune homme et ses pairs versus la communauté).

Ce hiatus est très intéressant puisqu'il nous permet de mieux cerner l'évolution historique de la société polynésienne (et notamment les contorsions sémantiques liées au mécanisme syncrétique inauguré lors de la rencontre entre la Polynésie et l'Occident), et d'éclairer sous un angle nouveau l'analyse des turbulences et humeurs juvéniles polynésiennes, supposées anarchiques, voire anomiques.

Nous posons l'hypothèse que l'hédonisme subversif qui nimbe le personnage du *taure'are'a* est une production post-contact inhérente à la surinterprétation occidentale qui a façonné en parallèle le mythe de la *vahine* et que cet hédonisme subversif, loin d'être dysfonctionnel, sert à conforter le système polynésien post-contact, dit traditionnel¹⁷.

Le cataclysme introduit par le contact réside principalement dans la suppression du système de stratification sociale basée sur le mana, provenant des dieux et attestant du statut et partant du pouvoir de tout un chacun. L'objectif principal consistait alors à contenir, voire agrandir son degré de mana, par des stratégies matrimoniales, guerrières ou encore rituelles. Par une bonne descendance, en vainquant un chef ennemi ou encore en invoquant les dieux pourvoyeurs de mana lors de rites de fertilité notamment, les Polynésiens ancestraux essayaient de capter du mana, vecteur de pouvoir et d'identité. Transcendant tous les autres paramètres, le rang l'emportait sur le genre et la génération¹⁸.

Le schéma ci-dessous nous montre le changement de logique identitaire inauguré par le processus syncrétique. A une logique ancestrale où le rang indiquait la place et l'identité

de tout un chacun a succédé une logique traditionnelle (au sens de post-contact) où le sexe et l'âge sont devenus les paramètres classificateurs cardinaux (tous les hommes étant devenus égaux d'après le dogme chrétien). Les cadets classificatoires ont donc cédé le pas aux cadets générationnels. Il est intéressant de constater que la pratique du *motoro* a perduré mais que son contenu a suivi l'évolution de la logique identitaire polynésienne : à un *motoro* qui avait sens eu égard à une logique politico-guerrière (vaincre un chef ennemi en mettant une flèche empoisonnée dans sa couche ou percer l'hymen d'une jeune fille vierge d'une famille de rang supérieur) a succédé un *motoro* guidé par une logique identitaire quasi-initiatique de passage à l'âge adulte pour une jeune homme (on mesure le pouvoir d'un *taure'are'a* à sa capacité à *motoro* dans les règles de l'art, c'est-à-dire sans être vu ni pris, mais avec des témoins extérieurs (ses pairs) qui pourront attester de sa hardiesse).

Reste à comprendre l'ambivalence liée à l'appréciation du *taure'are'a* (valorisé-dévalorisé), l'hédonisme qui lui est accolé, et surtout la place qu'il occupe dans la société traditionnelle.

Le temps de l'amusement : une fabrication post-contact : naissance d'une tradition

L'hédonisme juvénile polynésien, un tantinet subversif, métonymisé par le *motoro* et validé par l'étymologie (pourtant historique) qui en fait le temps de l'amusement¹⁹, est donc loin d'être un comportement a-social, voire anomique. Il trouve sa place dans la société polynésienne traditionnelle.

Loin d'être originel, cet hédonisme, original, puise sa raison d'être dans l'histoire polynésienne et notamment dans le processus syncrétique consécutif à l'épisode de la rencontre avec l'Occident.



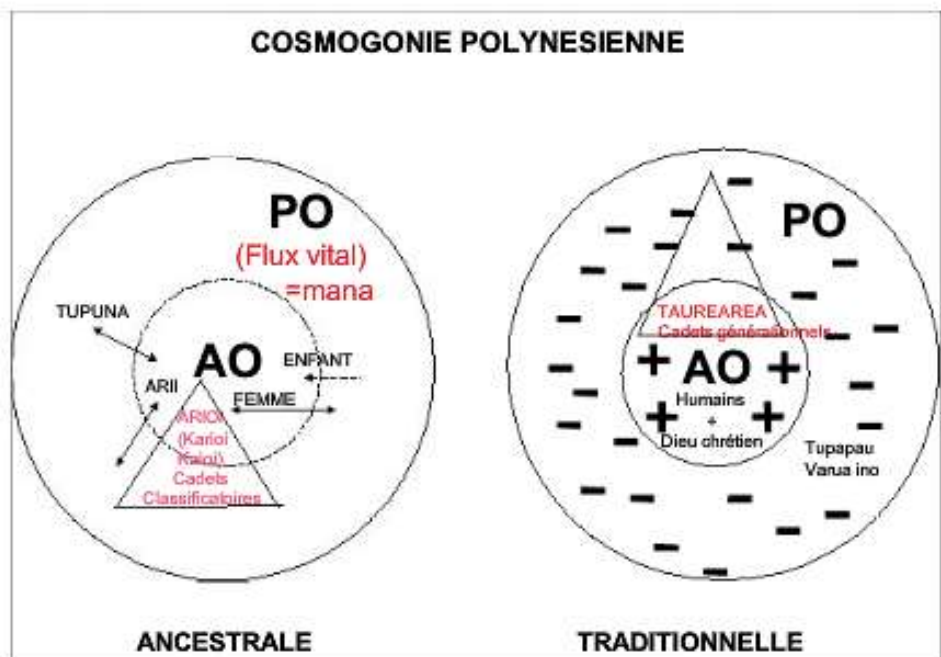
17. Selon la conceptualisation d'A.BABADZAN qui sépare la période ancienne (pré-contact), la période traditionnelle (post-contact, syncrétique) et la période contemporaine (BABADZAN 1982).

18. Après l'effondrement du système classificatoire ancestral, la cosmologie polynésienne a digéré la cosmologie occidentale, mais ne s'y est pas édulcorée. Elle s'est réappropriée les schèmes occidentaux et a réaménagé une cosmologie, pas plus réductible à la cosmologie ancienne qu'à la cosmologie occidentale. Cette nouvelle carte mentale, traditionnelle, est celle qui fait sens aujourd'hui en Polynésie, en opposition à la modernité.

19. D'où l'étymologie, tant savante que populaire, qui fait du *taure'are'a* « le temps de l'amusement » avec la racine *tau* qui renvoie au temps, à la période, et la racine *are'are'a* qui renverrait au substantif « amusement ». Nous avons montré par ailleurs la plausible fabrication post-contact de cette étymologie qui pourtant fait force de loi aujourd'hui encore, tant chez les exégètes que chez les Anciens. Pour une analyse ethno-historique de la fabrication de cette étymologie, se reporter à GREPIN 2001.

L'hédonisme du *taure'are'a* est en effet certainement le produit du contact, quand les observateurs occidentaux ont assisté à des rites de fertilité²⁰ ou juvéniles²¹, y décelant tous les symptômes d'un libertinage gratuit.

La tradition d'hédonisme subversif accolé au *taure'are'a* provient très probablement de la rencontre entre une surinterprétation occidentale (à l'aune de celle qui a accouché du mythe de la *vahine*) devant le spectacle des rites mimés par les jeunes et la digestion polynésienne du nouvel univers de sens apporté par l'Occident (notamment le dogme chrétien qui a démolit toute la stratification sociale pyramidale ancienne).



La surinterprétation occidentale a été digérée par la société polynésienne et a permis au système cosmologique ancestral de se perpétuer en s'amendant et en s'adaptant au nouveau système de sens chrétien notamment. A ce moment, la subversion de l'hédonisme juvénile a servi à asseoir la nouvelle cosmologie, bâtie cette fois, non plus sur le rang, mais sur la génération et le genre.

Sans rentrer dans la complexité diachronique qui a conduit à la fabrication d'une tradition née de la rencontre entre les cosmologies polynésienne (qui sépare le monde en deux parties, le PO, monde des divinités et ancêtres et le AO, monde des humains) et occidentale, schématisée ci-dessous disons que la stabilité est incarnée par le monde de la lumière chrétienne et l'instabilité par le passé ténébreux païen²². Le Dieu chrétien, les adultes et les jeunes filles campent dans le monde de la lumière, des règles sociales, tandis que les dieux anciens, les *taure'are'a* et autres « idées noires²³ » occupent

le monde ténébreux de la nuit, de l'a-social où tombent les règles sociales où hommes et femmes laissent la place à des male/female, où le faire emboîte le pas au dire, au verbe.

En conclusion, nous avons voulu ici démontrer que l'approche psychologique des attitudes et comportements ne peut faire l'économie d'une analyse globale du contexte culturel dans lequel vivent les intéressés.

Loin de signifier qu'il faut adopter une vision culturaliste, au sens où la culture serait un tout cohérent, homogène et inamovible (avec des arguments du type « il est dans la nature du Polynésien de penser comme ceci ou de faire comme cela »), nous avons essayé de montrer que, à un moment et en un lieu donnés, les systèmes de référence font sens, et qu'il faut donc les appréhender dans leur globalité et leur contextualité.

Le *taure'are'a*, dont les agissements inconstants, apparemment subversifs, présentant à bien des égards des similitudes

20. Mimés par des jeunes pour des raisons cosmologiques reposant sur la règle de la primogéniture ; pour plus de détails sur l'importance des jeunes dans les rites de fertilité, voir les récits de J.A MOERENHOUT ou encore J.MORRISON rapportés dans GREPIN 2001.

21. STIMSON nous donne ainsi une définition intéressante recueillie auprès d'un Ancien Paumotu et qui ne concerne pas l'ensemble des jeunes, mais les cadets classificatoires, les Kaioi (ariois à Tahiti) :

" A young man, woman, prior to permanent marriage who belonged to the *taurekareka* at the period of free sexual intercourse; unattached young men or women living in the bush, paetika, or inhabited regions; they passed their days in seeking food and stuffing themselves, gathering great quantities of pandanus drupes, diving for oysters and catching fat-bearing fish such as the ruki, fagamea,...; thus becoming estranged from the rest of their people; relatives tried to persuade them to return to the communal life, and the heia-raka would frequently send warriors to attack them.

The karioi would flee and hide; but if they were persuaded to return they would never appear before the chief until they had decked themselves out with garlands(...) and they came before the king with song and dance, bearing gifts of fat fish and delectable food" (Stimson 1929)

On retrouve bien dans cette définition les étapes du rite initiatique, avec notamment la mise à l'écart, la période de liminalité, au cours de laquelle des rites de fertilité sont décrits, puis la réintégration au sein de la communauté.

On remarque d'une part que les rites entourant les jeunes cadets classificatoires sont orchestrés par les aînés et hyper contrôlés, d'autre part que le contenu de ces rites tourne autour de la fertilité et qu'ils sont empreints de violence.

Tout ceci rentre dans le scénario des rites de passage conceptualisés par VTURNER (TURNER 1989) qui découpe en trois étapes l'initiation qu'on trouve à l'échelle universelle : mise à l'écart, période de vie communautaire à la marge, réintégration dans la communauté entière avec un nouveau statut.

22. « L'application du registre bien/mal sur le couple ao/po et sur l'ensemble des oppositions de ce dualisme représente sans aucun doute une des innovations majeures apportées par le contact » (BABAZAN 1982 :194).

23. Les idées noires, expression utilisée en français par les Polynésiens, ne renvoient pas au « blues » comme le sous-entend l'expression en France, mais aux idées lubriques, mauvaises, attestant de la négativité de l'obscurité, du Po.

avec le « post-adolescent²⁴ » de la contemporanéité occidentale, sinon avec la classique crise d'adolescence, sont à ranger du côté de la tradition plus que de la modernité, au-delà des apparences.

Loin d'entamer la stabilité du système traditionnel polynésien, il lui octroierait plutôt des chances de perdurer, à condition que le contexte reste stable.

Plus concrètement, la versatilité comportementale entre le jour et la nuit, entre une timidité diurne et une prédation nocturne, pourrait donner lieu à un diagnostic erroné de schizophrénie si l'on emprunte à la symptomatologie occidentale. En revanche, si ce modèle traditionnel fonctionne encore en contexte rural îlien (notamment aux Tuamotu du Nord-Est), la situation se brouille en contexte urbain et risque bien de conduire les jeunes *taure'are'a* dans une impasse identitaire anxiogène et rédhitoire.

Dans le contexte de transition de la tradition à la modernité qu'on rencontre dans la trame urbaine, l'inconstance juvénile rentre en effet en porte-à-faux avec le schéma urbain (schéma scolaire et professionnel occidental qui s'applique dans la trame urbaine). Au lieu d'être un entre-deux, la « ballade²⁵ » du *taure'are'a* le conduit à un cul de sac. Au lieu d'être une étape, l'inconstance juvénile risque de devenir une carrière, avec en point de mire une précarité non plus structurelle²⁶ mais dysfonctionnelle²⁷. Dans ce cas, la tradition, au lieu d'être une formidable boîte à outils risque de devenir, au sens propre comme figuré, une camisole de force²⁸...

Bibliographie

- BABADZAN Alain, 1982, Naissance d'une tradition : Paris : éditions de l'IRD (Orstom).
- CAILLOT Eugène, 1932, Histoire des religions de l'Archipel Paumotu. Paris : Leroux.
- CHAMBOREDON J.C., 1971, « Adolescence et post-adolescence : la juvénisation », Revue française de sociologie, XII, n°3.
- GREPIN Laure-Hina, 1995, Tikehau, des paradoxes sociaux autour de l'adolescence masculine contemporaine dans un atoll de Polynésie française, DEA Ecole des hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS), Marseille.
- GREPIN Laure-Hina, 2001, L'adolescence masculine aux Tuamotu de l'Est aujourd'hui, Thèse de doctorat en anthropologie sociale et culturelle, EHESS, Paris.
- HANDY ESC, 1923, The native culture of Marquesas, Honolulu: BP Bishop museum.
- MORRISSON James, 1981, Le journal de James Morisson, Paris : Musée de l'Homme.
- OLIVER Douglas, 1981, Two Tahitian villages, Hawaii : The institute for polynesian studies (brigham young university, Hawaii campus).
- OLIVER Douglas, 2002, Les différents âges de la vie, Paapeete : Haere Po.
- STIMSON Franck, 1964, A dictionary of some Tuamotuan dialects of the polynesian language. The Hague: Martinus Nijhoff.
- SUGGS Robert, 1966, Marquesan sexual behaviour. New-York : Harcourt, Brace and World.
- TCHERKEZOFF Serge, 2001, Le mythe occidental de la sexualité polynésienne, Paris : PUF.
- TURNER Victor, 1990, Le phénomène rituel : Paris : PUF.



24. JC CHAMBOREDON 1971.

25. C'est ainsi que les jeunes désignent leur va et vient en goëlette, qui chez un *fetii* (affin) sur un atoll, qui en ville, à fin de changer d'air, voire de trouver « une fesse », selon l'expression consacrée. Cette balade complète la panoplie du *taure'are'a*, instable et inconstant.

26. Qui ne dure que le temps du *taure'are'a*. Quand le jeune estime en avoir terminé avec cette période, il s'installe, « reste » avec une femme et fonde son foyer, le labeur de son travail lui revenant (coprah,...).

27. La précarité devient dysfonctionnelle quand le *taure'are'a* ne peut en sortir au moment où il le décide.

28. Nous pensons ici à un jeune homme originaire de Napuka, arrivé en ville à l'âge de 15 ans dans le quartier Mamao, errant de petits boulots en petits boulots, célibataire à 26 ans, et retrouvé plusieurs fois la nuit en train de parler aux arbres.



Ph. Khalil¹

Y. Petit²

S. Amadeo²

P.-a. Fernandez²

Aspects évolutifs des épisodes dépressifs de l'adolescence

Résumé

Les nombreux travaux de recherche à propos du devenir des troubles de l'humeur et notamment du syndrome anxio-dépressif chez l'adolescent restent encore difficilement exploitables. Une meilleure connaissance de ces bouleversements thymiques est pourtant nécessaire pour permettre de différencier les troubles dépressifs de l'adolescent, des remaniements psychologiques de cette période « délicate ». Si l'enfance de l'adolescent déprimé constitue un sujet de recherche en pleine exploration, nous pouvons constater que le syndrome dépressif de l'adolescent déprimé évolue différemment selon la forme psychopathologique. Dans toutes les enquêtes, on relève que la fréquence de la dépressivité augmente nettement à l'adolescence. Cette revue de la littérature nous a permis d'aborder l'étude de l'évolution de la dépression tout d'abord à court terme puis à long terme.

Mots Clés – Anxiété, dépression, adolescence.

Key Words – Anxiety, Depression, Adolescence.

Introduction

Le devenir des épisodes dépressifs de l'adolescence a fait l'objet de nombreuses études. Néanmoins, leur évolution reste encore mal connue. Pourtant une meilleure connaissance dans ce domaine est essentielle pour différencier les troubles dépressifs de l'adolescent, des remaniements psychologiques de cette période. En effet, un problème nosologique apparaît dès lors qu'il existe un contraste entre la fréquence des références psychologiques et psychopathologiques à des traits dépressifs et la relative rareté de l'évocation d'une dépression comme diagnostic clinique franc. Comme pour l'enfant, la sémiologie de la dépression de l'adolescent est variée. Nous ne reviendrons pas sur le problème des éléments dépressifs présents ou non chez tout adolescent, et notre réflexion clinique s'appuiera sur les aspects clairement psychopathologiques pour aborder l'évolution des épisodes dépressifs à court terme (à 12 mois) et à long terme (à 48 mois).

Praticiens Hospitaliers, Psychiatres des Hôpitaux.

1. CHU TIMONE, 264 rue Saint Pierre – 13385 MARSEILLE Cedex 05

2. CHPF - Département de Psychiatrie du Taaone – Pirae, BP. 1640, Tahiti, POLYNESIE FRANCAISE.

Evolution à court terme

Cette évolution est reconnue comme généralement favorable, avec un pourcentage de rémission supérieur à 60%. [8] [12] [21]

La rémission

Dès les années 1970, en analysant l'histoire naturelle des troubles affectifs chez 65 adolescents, avec un suivi moyen de 6 mois, KING [11] note que la plupart des troubles affectifs expérimente une rémission des symptômes.

KOVACS et al [12] constatent un taux de rémission de 98% à 18 mois d'un épisode dépressif majeur.

BOUVARD M.P. et Coll. en 1993 [2] étudient une population de 75 adolescents dont 44 présentaient les critères d'un épisode dépressif majeur (EDM) et 31 ceux d'un trouble dysthymique (TD). Ils retrouvent 72,7% de rémission à 12 mois au sein du groupe EDM, et 80,6% dans le groupe TD.

Pour KELLER en 1988 [10] l'existence d'un trouble associé retentit sur la rémission. Ainsi dans son étude, 56% des adolescents présentant un trouble associé à l'EDM (contre 16% des adolescents avec un EDM isolé) ne sont pas en rémission.

De plus, toujours d'après KELLER [10], la rémission dépendrait davantage de facteurs non spécifiques (contact avec le personnel soignant, etc.) plutôt que du trouble dépressif lui-même.

La rechute

L'étude de STROBER en 1990 [22] est un suivi prospectif sur 18 mois de 37 adolescents bipolaires, dont la maladie a incité à démarrer un traitement par Carbonate de lithium. L'analyse des probabilités cumulées de rechute indique qu'à 6 mois, ceux qui ont abandonné le traitement préventif ont un taux de rechute de 62% (versus 13% pour les sujets qui ont pris leur traitement). Mais ce taux rassemble les rechutes dépressives 29%, maniaques 50%, mixtes 21%. Par conséquent, on peut considérer ici aussi, que le taux de rechute dépressive avoisine les 30%.

Toujours d'après STROBER et al [22], la mauvaise observance thérapeutique est un facteur de rechute.

BOUVARD et Col en 1993 [13] retrouvent une fréquence de rechute de 31,8% pour les patients présentant un EDM, et de 16% pour les sujets présentant un TD.

Evolution à long terme

La guérison

Pour BOUVARD en 1993 [13], le pourcentage de déprimés majeurs guéris à 2 ans s'élève à 30,9%, celui des patients dysthymiques guéris est nettement plus faible avec une valeur de 15,4%.

GARBER en 1988 [5] suit 11 patients hospitalisés dont 7 ont présenté un état dépressif majeur (EDM) et 2 ont présenté un trouble dysthymique (TD) et 9 sujets contrôles de 10 à 17 ans ; il réexamine ce groupe d'adolescents à l'âge adulte, grâce au «diagnostic interview Schedule». Tous les sujets déprimés hospitalisés ont eu un trouble dépressif pendant la période de suivi de 8 ans, 63,7% des sujets diagnostiqués syndrome dépressif ont présenté au moins une dépression majeure.

La récurrence

L'étude prospective de GARBER en 1988 [5] concerne 20 adolescents d'âge moyen 14 ans lors de l'hospitalisation. Le groupe des 22 sujets contrôles est apparié pour le sexe, pour l'âge et pour l'année de la première hospitalisation. Le suivi moyen est de 8 ans, 64% des patients déprimés ont eu un autre épisode dépressif majeur, un seul témoin a présenté un épisode dépressif majeur, 4 des patients ont présenté plus d'un épisode (trouble dépressif récurrent), 28,6% des patients dysthymiques ont présenté une dépression majeure.

HARRINGTON en 1990 [8] étudie une population de 52 enfants et adolescents, 40% des patients ont présenté un nouvel épisode dépressif à 5 ans.

STROBER en 1990 [22] retrouve 85% de récurrences thymiques chez des patients bipolaires ne prenant pas de

traitement (35% si les patients prenaient un traitement prophylactique).

BOUVARD et Col en 1993 [2] retrouvent une probabilité cumulée de récurrence de 52,9% dans le groupe EDM et de 35,7% dans le groupe TD, lors d'une étude menée chez 31 adolescents.

Les formes chroniques

Selon KELLER en 1988 [10], 21% des adolescents hospitalisés pour dépression étaient encore déprimés un an après l'apparition de l'épisode. Ce taux chute à 10% deux ans après le début des troubles. Ainsi, le risque de chronicisation apparaît moindre que chez l'adulte (voisin de 20% à 2 ans).

BOUVARD et al en 1993 [2] retrouvent à 48 mois d'évolution 11,8% de formes chroniques pour les patients hospitalisés pour épisodes dépressifs majeurs, et 42,5% pour les patients présentant initialement un trouble dysthymique.

Autres modalités évolutives

Les tentatives de suicide et le suicide

La tentative de suicide est une des conduites les plus significatives de l'adolescence. Par ses caractéristiques épidémiologiques elle se distingue assez nettement des tentatives de suicide de l'enfant et de celles de l'adulte. Nous avons relevé dans la littérature concernant les états dépressifs de l'adolescent qu'il existait une forte corrélation entre la dépression et le comportement suicidaire. Plusieurs études montrent l'intrication fréquente entre geste suicidaire et dépression de l'adolescent.

GARFINKEL en 1982 [6] a repris les admissions dans son service sur 7 ans. Il a retenu 505 enfants et adolescents qui avaient réalisé une tentative de suicide. Il montre qu'un diagnostic psychiatrique était retrouvé dans 68,3% des cas. Le symptôme le plus fréquent à l'entrée était l'humeur dépressive de type dysphorique dans 55,3% des cas.

ROTHERMAN-BORUS en 1988 [19] montre que 42% des adolescentes recrutées aux urgences après une tentative de suicide ont été diagnostiquées trouble dépressif majeur ou trouble de l'adaptation avec humeur dépressive.

RUNESON en 1989 [20] réalise une étude rétrospective des suicides chez les adolescents et les adultes jeunes (de 15 à 29 ans). Selon les critères du DSM-IV, la dépression est responsable de 41% des gestes suicidaires, il s'agit principalement de dépression unipolaire, la dépression majeure représente 22% des cas.

BOUVARD en 1993 [2] retrouve après une réévaluation à 4 ans, 13,6% de tentatives de suicide chez les adolescents présentant initialement un épisode dépressif majeur, 12,9% au sein du groupe trouble dysthymique.

Le suicide des jeunes est devenu un véritable problème de santé publique dans tous les pays occidentaux, faisant de celui-ci la deuxième cause de mortalité à cet âge [16] [18].



Evolution bipolaire

Les pathologies mélancoliques sont rares à l'adolescence et sont souvent associées à des manifestations délirantes (culpabilité délirante en particulier). Ces états s'intègrent souvent dans une pathologie bipolaire qui requiert le plus rapidement possible une approche thérapeutique spécifique.

Selon CARLSON G.A. et STROBER M. [3], la dépression de l'adolescent peut se transformer en maladie maniaco-dépressive. Les études épidémiologiques de LORANGER en 1978 [15], PERRIS en 1966 [17], WINOCKUR, CLAYTON et REICH en 1969 [23] indiquent que 35% des adultes bipolaires décrivent des épisodes de la maladie dépressive durant l'adolescence.

AKISKAL en 1985 [1] détaille de façon prospective le devenir de 12 dépressions qui s'installent insidieusement. Au cours des trois ans de suivi, il distingue 2 épisodes hypomaniaques, 6 dépressions majeures, 4 dysthymies sans épisode surajouté.

En 1990, STROBER [22] lors d'un suivi prospectif de 24 adolescents bipolaires, stabilisés sous Lithium, dénombre à 18 mois 5 états mixtes (qui correspondent à 21% des récurrences thymiques) chez les adolescents qui ont pris du Lithium, et 3 états mixtes (12,5%) chez ceux qui avaient abandonné rapidement tout traitement préventif.

En 1993, STROBER et al [21] ont évalué le risque d'évolution vers un trouble bipolaire à 25% des cas à partir d'une population de 40 adolescents déprimés suivis pendant 8 ans. BOUVARD en 1993 [2] ne retrouve que 9% d'épisodes maniaques sur une population de 44 adolescents.

Evolution schizophrénique

LANDOLT en 1951 [14] décrit des évolutions schizophréniques chez les jeunes patients déprimés.

L'analyse rétrospective d'HALFON et ALBERT en 1990 [7] d'adolescents délirants retrouve 53,5% des troubles schizophréniques, 16,3% de dépressions unipolaires, 7% de troubles schizo-affectifs.

BOUVARD en 1993 [2] retrouve respectivement 6,8% et 3,2% d'évolutions schizophréniques pour les patients présentant initialement un épisode dépressif majeur ou un trouble dysthymique.

Troubles anxieux et troubles phobiques

BOUVARD en 1993 [2] retrouve 22,7% de troubles anxieux et phobiques dans l'évolution à 4 ans des épisodes dépressifs majeurs. En ce qui concerne les troubles dysthymiques, on retrouve à 4 ans 19,3% d'anxiété généralisée et 9,7% de troubles phobiques.

Ces résultats doivent être comparés à la population générale. FLEMING et al [4] en effet retrouvent une fréquence élevée de survenue du trouble anxiété généralisée (24,1%) mais non significativement différente par rapport à une population contrôle d'adolescents présentant initialement des troubles des conduites. L'anxiété n'apparaît pas spécifiquement liée à l'existence d'un trouble dépressif, mais est plus fréquente dans l'évolution de patient ayant eu un trouble psychiatrique à l'adolescence quel qu'il soit.



Troubles de l'adaptation

L'étude de KANDEL et Coll. en 1986 [9] a permis de contacter 9 ans plus tard 17,5% des patients qui présentaient des symptômes dépressifs. Les troubles du comportement comme l'agressivité sont fréquents, les plus déprimés ont été impliqués dans des activités déviantes ou délinquantes. D'après KANDEL [9], la dépression à l'adolescence agit comme un impact traumatique entravant l'harmonie du développement psycho-cognitif se traduisant ultérieurement dans des dysfonctionnements sociaux et affectifs à l'âge adulte.

BOUVARD en 1993 [2] étudie l'adaptation sociale 4 ans après, de 75 adolescents déprimés. 46% des adolescents qui ont eu un épisode dépressif majeur ont une adaptation ultérieure de moyenne ou de mauvaise qualité. Ce chiffre est similaire pour les adolescents qui présentaient à l'entrée un trouble dysthymique.

Les difficultés d'adaptation ultérieure suggèrent que les troubles thymiques chez l'adolescent constituent une rupture dans le développement et non un processus mûrissant, voire indispensable, du développement comme cela a pu être pensé à un moment.

Conclusion

Le devenir des épisodes dépressifs de l'adolescence a fait l'objet de nombreuses études. Les travaux les plus récents orientent plus qu'on ne le supposait sur un risque élevé de rechute dépressive au cours de la vie adulte d'adolescent ayant présenté un premier « épisode dépressif majeur » à cette époque de leur existence, indépendamment de l'organisation psychopathologique en cause. Il existe actuellement

un consensus pour souligner la fréquence des rechutes et des récidives (entre 50 et 60% à 4 ans). Parmi les autres modalités évolutives, certains auteurs estiment à 20% des cas l'évolution vers un trouble bipolaire. La survenue de troubles anxieux et de troubles phobiques semble également fréquente. Enfin, le fonctionnement ultérieur des adolescents apparaît significativement altéré aussi bien dans le domaine social que relationnel.

Bibliographie

1. AKISKAL H.S., DOWNS J., JORDAN P., WATSON S., DAUGHERTY D., PRUITT D.B., "Affective disorders in referred children and younger sibling of manic-depressives", *Arc. Gen. Psychiatry*, 1985, 42, 996-1003.
2. BOUVARD M.P., PARIS P., DUGAS M., «Evolution de la dépression chez l'enfant et l'adolescent», *L'Encéphale*, 1993, XIX : 473-9.
3. CARLSON G.A., STROBER M., «Manic depressive illness in early adolescence : a study of clinical and diagnostic characteristics in 6 cases», *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 1978, 17, 138-153.
4. FLEMING J.E., BOYLE M.H., OFFORD D.R., "The outcome of adolescent depression in the Ontario Child Health study follow-up", *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry* 1993, 32 : 28-33.
5. GARBER B., KRISS M.R., KOCH M., LINDHOLM L., «Recurrent depression in adolescents : a follow-up study», *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 1988, 49-54.
6. GARFINKEL B.D., FROESE A., HOOD J., "Suicide attempts in children and adolescents", *Am. J. Psychiatry*, 1982, 139, 1257-1261.



7. HALFON O., ALBERT E., MOUREN-SIMEONI M.C., DUGAS M., „Troubles thymiques délirants versus troubles schizophréniques délirants. A propos de l'étude d'une cohorte d'adolescents délirants“, *Psychiatr. Psychobiol.*, 1990, 5, 13-22.
8. HARRINGTON R., FUDGE H., RUTTER M. et al., „Adult outcomes of childhood and adolescent depression : I Psychiatric status“, *Arch. Gen. Psychiatry* 1990, 47 : 465-73.
9. KANDEL D.B., DAVIES M., „Adult sequelae of adolescent depressive symptoms“, *Arch. Gen. Psychiatry*, 1986, 43, 255-262.
10. KELLER M.B., BEARSLEE W., LAVORI P.W., WUNDER J., DEBORAH L., SAMUELSON H., „Course of major depression in non-referred adolescents : a retrospective study“, *J. Affect. Disord.*, 1988, 15, 235-243.
11. KING L.J., PITTMAN G.D., „A 6-year follow-up study of 65 adolescents patients. Natural history of affective disorders in adolescence“, *Arch. Gen. Psychiatry*, 1970, 22, 230-236.
12. KOVACS M., FEINBERG T.L., CROUSE-NOVAK M.A., „Depressive disorders in childhood. I A longitudinal prospective study of characteristics and recovery“, *Arch. Gen. Psychiatry*, 1984, 41, 229-237.
13. LADAME F., „Les tentatives de suicide des adolescents“, Ed. Masson, Paris, 1981, 98 p.
14. LANDOLT A.B., „Follow-up studies on circular manic-depressive reactions occurring in the young“, *Bull. N.Y. Acad. Med.* 1957, 33, 65-73.
15. LORANGER A.W., LEWINE P.M., „Age at onset of bipolar affective illness“, *Arch. Gen. Psychiatry*, 1978, 35, 1345-1348.
16. MOENS G.F.G., HAENEN W., VAN DE VOORDE H., Epidemiological aspects of suicide among the young in selected european countries, *J. Epidem. Comm. Health*, 1988, 42, 279-285.
17. PERRIS C., „A study of bipolar (manic-depressive) and unipolar recurrent depressive psychoses“, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1966, (suppl. 194), 42, 1-18.
18. ROSENBERG M.L., SMITH J.C., DAVIDSON L.E., CONN J.M., The emergence of youth suicide : an epidemiological analysis and public health perspective, *Annu. Rev. Public Health*, 1987, 8, 417-440.
19. ROTHERMAN-BORUS M.J., TRAUTMAN P.D., „Hopelessness, depression and suicidal intent among adolescent suicide attempters“, *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 1988, 27, 6, 700-704.
20. RUNESON B., „Mental disorder in youth suicide. DSM-III-R axes I and II“, *Acta Psychiatr. Scand.*, 1989, 79, 490-497.
21. STROBER M., LAMPERT C., SCHMIDT S., MORELL W., „The course of depressive disorder in adolescent I. Recovery and risk of manic switching in a follow-up of psychotic subtypes“, *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 1993, 32 : 34-42.
22. STROBER M., MORELL W., LAMPERT C., BURROUGHS J., „Relapse following discontinuation of lithium maintenance therapy in adolescents with bipolar I illness : a naturalistic study“, *Am. J. Psychiatry*, 1990, 147, 457,461.
23. WINNICOTT D.W., „Jeu et réalité : l'espace potentiel. Concepts actuels du développement de l'adolescent“, Gallimard, Paris, 1975, 1 vol., p. 190-207.





Ph. Khalil¹

S. Amadeo²

Y. Petit²

P.-a. Fernandez²

Approches thérapeutiques de la dépression chez l'adolescent

Résumé

Les troubles thymiques de l'adolescent font l'objet de plusieurs travaux d'investigation, cependant, les études épidémiologiques actuelles prennent en compte des populations trop insuffisantes d'adolescents et ne permettent pas de mettre en exergue un principe de prise en charge chimiothérapique large et consensuel. Les stratégies thérapeutiques proposées dans la littérature dépendent certes de la qualité des symptômes dépressifs présentés par l'adolescent mais également de la «sensibilité» du praticien dans ce domaine. Devant l'adolescent dépressif, l'abord thérapeutique peut porter sur l'adolescent et/ou sur son environnement. N'oublions pas que l'approche familiale et la guidance parentale constituent souvent un complément indispensable.

Mots Clés – Chimiothérapie, Psychothérapie, Dépression, Adoléscent

Key Words – Chemotherapy, Psychotherapeutic, Depression, Adolescent

Introduction

Les troubles de l'humeur à l'adolescence ont fait l'objet de nombreux travaux de recherche. Une revue de la littérature, à propos de la diversité des stratégies thérapeutiques proposées lors des épisodes dépressifs chez l'adolescent, ne permet pas réellement d'aboutir à un véritable consensus de soins.

Traitement médicamenteux

Antidépresseurs

Leur rôle peut apparaître indispensable lorsque le ralentissement psychomoteur et l'affect dépressif de base entravent complètement ou partiellement l'abord relationnel. Ces molécules devront être priorisées selon leur rapidité d'action, la modération de leurs effets secondaires, l'effet anxiolytique associé et enfin, leurs cibles psychopharmacologiques

attribuées (noradrénergique, sérotoninergique, dopaminergique). Toutefois, cette prescription peut ne pas être utile dans l'état de morosité ou de crise anxio-dépressive de l'adolescent.



Praticiens Hospitaliers, Psychiatres des Hôpitaux.

1. CHU TIMONE, 264 rue Saint Pierre – 13385 MARSEILLE Cedex 05

2. CHPF - Département de Psychiatrie du Taaone – Pirae, BP. 1640, Tahiti, POLYNESIE FRANCAISE.

IL existe relativement peu d'études psychopharmacologiques sur l'efficacité des antidépresseurs dans la dépression de l'adolescent et l'on choisira de préférence une molécule antidépressive de dernière génération qui présente une marge de sécurité importante et qui ne nécessite pas plusieurs prises quotidiennes même si la plupart des travaux de recherche concernent les traitements antidépresseurs tricycliques volontiers prescrits lorsque le syndrome dépressif est majeur. KRAMER A. et FEIGUINE R. en 1981 (5) suivent 20 adolescents déprimés. 10 sont traités par Amitriptyline à 200 mg/jour et 10 reçoivent un placebo. Après six semaines de traitement, il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes.

RYAN et coll. en 1986 (14) traitent 34 adolescents déprimés par le Imipramine à une posologie moyenne de 246 mg/jour. Seul 44 % des patients obtiennent une amélioration franche après six semaines de traitement.

GELLER et coll. en 1990 (3) suivent 31 adolescents déprimés, 12 d'entre eux sont traités par Nortriptyline. Après huit semaines de traitement, ils ne retrouvent pas d'avantage rapporté au médicament par rapport au groupe placebo.

KUTCHER et coll. en 1994 (6) suivent 60 adolescents déprimés, 31 reçoivent de la Désipramine. Aucun avantage n'est rapporté au médicament après six semaines de traitement.

Ainsi, il apparaît important à l'heure actuelle de poursuivre les études psychopharmacologiques sur un plus grand nombre d'adolescents.

Lorsqu'il est décidé la mise en place d'un traitement antidépresseur chez l'adolescent déprimé, cette prescription nécessite l'accord de l'adolescent et de ses parents ; elle s'accompagne des précisions sur ce qu'on attend (par exemple une amélioration du vécu dépressif douloureux, des troubles du sommeil ou de l'irritabilité) mais aussi sur ce qu'on n'en attend pas (par exemple la correction d'un conflit avec un parent) et sur la durée totale du traitement (entre trois et quatre mois). Enfin, le thérapeute doit s'inscrire dans une stratégie thérapeutique faite de compréhension et d'empathie en vue d'optimiser la bonne compliance aux soins de son jeune patient.

Anxiolytiques

Ils peuvent être prescrits quand la composante anxieuse est au premier plan (crise anxio-dépressive, menace d'effondrement dépressif). Les benzodiazépines sont les anxiolytiques les plus souvent utilisés. Une fois encore, la prescription médicamenteuse ne peut être réalisée qu'avec l'accord de l'adolescent et de sa famille, pour une période limitée (quinze jours à un mois) et après que ce dernier ait été informé des éventuels effets secondaires et de ce qu'il est possible d'attendre des bienfaits du traitement chimiothérapeutique.

Thymorégulateurs

Il est tout à fait licite d'envisager l'emploi d'un traitement thymorégulateur lors d'épisodes dépressifs graves avec des

manifestations psychotiques congruentes à l'humeur, devant un virage maniaque après traitement antidépresseur, et enfin devant une maladie maniaco-dépressive.

Malgré tout, la question de l'emploi d'un traitement préventif sur une période prolongée dans les troubles bipolaires de l'adolescent reste posée, l'objectif d'un tel traitement est d'éviter les interruptions prolongées de la scolarité qui peuvent compromettre l'avenir socio-professionnel de ces sujets.

STROBER et coll. en 1990 (15) insistent sur l'importance d'un traitement régulièrement suivi. Ils étudient l'évolution clinique de 37 adolescents âgés de 13 à 17 ans présentant une maladie bipolaire. Le taux de rechute parmi les 13 adolescents qui ont arrêté le traitement est trois fois plus élevé (12 sur 13 soit 92,3 %) que chez ceux qui poursuivent le traitement (9 sur 24 soit 37,5 %), l'étude portant sur un suivi de 18 mois.

Le carbonate de lithium prescrit selon les mêmes précautions et modes de surveillance que chez l'adulte (lithiémie entre 0,50 et 1 Meq/l avec contrôle hebdomadaire puis mensuel) a apporté des améliorations dans la maladie maniaco-dépressive de l'adolescent.

Enfin, KAFANTARIS (4) et BOUVARD (1) soulignent la bonne efficacité de la Carbamazépine dans la maladie maniaco-dépressive chez l'adolescent avec une meilleure tolérance de celle-ci face au Carbonate de lithium démontrée dans les études de psychopharmacologie clinique.

Psychothérapies

Le cadre thérapeutique constitue un élément essentiel de la consultation d'adolescent. Pour lui, c'est une démarche difficile et lors des consultations initiales, il va apprécier la qualité humaine du thérapeute. Ce dernier, tout en gardant une distance thérapeutique primordiale, se doit d'avoir un contact chaleureux, empathique pour permettre un travail de bonne qualité. Le thérapeute ne doit en aucun cas juger l'environnement familial de l'adolescent au risque de se discréditer complètement à l'égard de ce dernier. En dehors des thérapies de soutien, d'autres modes de prise en charge peuvent être proposées. Qu'il s'agisse d'entretiens à la demande, d'une psychothérapie brève ou longue, d'un psychodrame analytique ou même d'une psychanalyse, ce mode d'approche est de toute façon souhaitable. VANECK L. (16) insiste sur « la valeur restructurante des rencontres avec leur double sens d'identification et du renforcement narcissique par la prise en considération d'eux-mêmes par le thérapeute ».

Psychothérapies individuelles

Les modalités de telles prises en charge sont variées, en fonction des thérapeutes et des possibilités des patients.

Certains auteurs comme LADAME F. (7) (8) et LAUFER M. (9) proposent un traitement psychanalytique classique (trois à quatre séances par semaine), mais la mise en place d'un tel cadre peut se heurter à des difficultés techniques ou matérielles. Les indications de thérapies longues ne man-



quent pas dans le champ des troubles de l'humeur où l'aspect névrotique de la personnalité apparaît clairement derrière certaines réactions anxio-dépressives, dans les cas de dépression d'infériorité et de la dépression d'abandon. Une pathologie borderline est volontiers associée à ces désordres thymiques et complexifie la compréhension des passages à l'acte, des ruptures momentanées et des transgressions à la règle qui émaillent ce type de psychothérapie.

D'autres auteurs comme MASTERSON J. (12) proposent des approches plus souples et moins intensives.

MUFSON L. et al en 1994 (13) retrouvent de bons résultats sur l'amélioration de la dépression de l'adolescent en utilisant une technique de psychothérapie interpersonnelle.

Psychodrame

Il peut être individuel (c'est le patient qui met en scène le scénario qu'il a proposé avec des co-thérapeutes jouant certains rôles, sous la direction d'un observateur) ou en groupe (plusieurs adolescents jouent des rôles après avoir élaboré ensemble un scénario). Le groupe est soit ouvert soit de préférence fermé (les mêmes adolescents se rencontrent dans un cadre défini). Le psychodrame peut être une technique psychothérapique judicieuse qui permet, par le renversement des rôles, une représentation des extériorisations et des projections.

Thérapies familiales

Elles sont indiquées quand la famille joue un rôle déclenchant et pathogène dans la dépression de l'adolescent. Elles peuvent se résumer quelquefois à un travail de soutien de la famille, d'autres fois elles peuvent être d'inspiration psychanalytique ou systémique. L'aide apportée aux parents est tout aussi importante dans le domaine de la

dépression de l'adolescent que dans le cas du jeune enfant. Elle devrait être quasi systématique, mais n'est pas toujours réalisable. WINNICOTT a souligné l'importance de la mère réelle et du père réel ; les parents doivent survivre et en aucun cas le thérapeute doit se substituer ou se situer en parent idéal.

Thérapies comportementales et cognitives

Ces techniques psychothérapiques permettent à l'adolescent, d'une part, de saisir de l'information sur les manifestations et le rôle des affects qui le submergent et, d'autre part, de mieux identifier et apprécier ses émotions dans un but avéré d'une meilleure gestion et d'une meilleure intégration de celles-ci dans sa vie quotidienne. (2)

Hospitalisation

Elle est utilisée quand la gravité de la dépression et le risque suicidaire justifient un encadrement attentif. Nous mentionnerons brièvement les rares états mélancoliques de l'adolescent avec ou sans idées délirantes, pour lesquels l'hospitalisation en milieu psychiatrique s'avère rapidement nécessaire et au cours de laquelle un traitement antidépresseur et thymorégulateur pourra être proposé. L'hospitalisation est parfois utile pour que les conflits puissent s'exprimer et être « travaillés » sans être agis répétitivement. Cette stratégie thérapeutique doit cependant avoir toujours pour but qu'un processus de séparation-individuation ou qu'un travail de deuil s'élabore ; elle doit se comprendre dans la constitution d'un cadre pour un travail psychothérapique. Enfin, le recours à l'hospitalisation se justifie lorsque les interactions familiales jouent un rôle inducteur dans l'état affectif de l'adolescent.

Conclusion

La diversité des moyens de prise en charge des syndromes dépressifs chez l'adolescent n'offre toujours pas de véritable consensus thérapeutique. Traditionnellement, la mise en œuvre d'un traitement chimiothérapique de première intention doit être réservé aux états dépressifs sévères, invalidants assortis de véritables conduites à risque suicidaire. Le cadre thérapeutique constituant un élément primordial de la consultation d'adolescent, en dehors des thérapies de soutien, le choix d'une prise en charge psychothérapique spécifique doit être judicieusement posé. Enfin, l'hospitalisation peut être utile en cas de risque suicidaire patent ou d'interactions familiales néfastes. La reconnaissance et le traitement d'une dépression à l'adolescence permet en outre de réaliser un travail préventif vis-à-vis des éventuels troubles ultérieurs de l'âge adulte.

Bibliographie

1. BOUVARD M.P., BAYLE F., DUGAS M., "Essai en ouvert de la carbamazépine dans la prévention des rechutes du trouble bipolaire chez l'adolescent", *L'Encéphale*, 1993, XIX : 591-600.
2. FERRARI P., EPELBAUM C., «Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent», Médecine-Sciences, Flammarion, Paris, 1993, 357-365.
3. GELLER B., COOPER T.B., GRAHAM D.L., et al., «Double-blind placebo-controlled study of nortriptyline in depressed adolescents using a «fixed plasma level» design», *Psychopharmacol. Bull.*, 1990, 26 : 85-90.
4. KAFANTARIS V., "Treatment of bipolar disorder and adolescents", *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 1995, 34 : 732-41.
5. KRAMER A., FEIGUINE R., "Clinical effects of amitriptyline in adolescent depression", *J. Am. Acad. Child. Psychiatry*, 1981, 20 : 636-664.
6. KUTCHER S., BOULOS C., WARD B. et al., "Response to desipramine treatment in adolescent depression : a fixed dose, placebo-controlled trial", *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 1994, 33 (5) : 686-694.
7. LADAME F., «Les tentatives de suicide des adolescents», Ed. Masson, Paris, 1981, 98 p.
8. LADAME F., OTTINO J., PAWLAK C., "Adolescence et suicide", Ed. Masson, Collection Médecine et Psychothérapie, Paris, 198 p.
9. LAUFER M., «Dépression d'objet, dépression sans objet», *Adolescence*, 1986, 4 (2) : 195-201.
10. MARCELLI D., BRACONNIER A., «Adolescence et psychopathologie», Editions Masson, 4^{ème} ed., Paris, 1995, 1 vol., 559 p.
11. ARCELLI D., «Les états dépressifs à l'adolescence», Editions Masson, 2^{ème} ed., Collection Médecine et Psychothérapie, Paris, 1995, 1 vol., 206 p.
12. MASTERSON J., «Les troubles limites de la personnalité chez l'adolescent. Diagnostic et traitement», In : A BRACONNIER. *Conflictualités*, Paris, CTNERHI, 1989.
13. MUFSON L., MOREAU D., WEISSMAN M., WICKRAMARATNE P., MARTIN J., SAMOILOV A., "Modification of interpersonal psychotherapy with depressed adolescents (IPT-A) : Phase I and II studies", *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 1994, 33 : 5, 695-705.
14. RYAN N.D., PUIG-ANTICH J., COOPER T., RABINOVICH H., AMBROSINI P., DAVIES M., KING J., TORRES D., FRIED J., "Imipramine in adolescent major depression : plasma level and clinical response", *Acta. Psychiatr. Scand.* 1986, 73, (3), 275-288.
15. STROBER M., MORELL W., LAMPERT C., BURROUGHS J., "Relapse following discontinuation of lithium maintenance therapy in adolescents with bipolar I illness : a naturalistic study", *Am. J. Psychiatry*, 1990, 147, 457,461.
16. VANECK L., «Réflexion à propos de quelques psychothérapies d'adolescents dépressifs et suicidaires», *Rev. Neuropsychiat. Infant.*, 1978, 26, 359-392.



Thierry Berquière

Attends, je me change !

« Attends, je me change ! » Quoi de plus familier, banal, ordinaire, que ce message et ce geste qui rythme notre quotidien. Joseph Delteil consacre plusieurs passages de ses mémoires à son attachement à certains vêtements : « j'y suis étrangement chez moi ». Il en parle comme de la relation à un autre, « complice diabolique ou divin ». Quelle relation avons-nous avec nos vêtements ? De quels liens sont-ils dépositaires ?

L'habillement est une surface et une scène de projection dès l'attente de la naissance de l'enfant, ce que Mallarmé appelle « l'horizon des rêves maternels » dans la préparation de la layette. Dans les relations précoces, l'enveloppement va ensuite donner au vêtement le statut d'un objet important dans la construction des assises narcissiques. Il participe de la fonction contenant développée par Bion et Bick et de ce « fond originaire qu'est l'enveloppe tactile » (ANZIEU, 1987). C'est aussi dans une fonction de représentation sociale de la famille qu'il inscrit très tôt l'enfant. Les historiens Ph. PERROT et D. ROCHE ont montré que l'essor de la « culture des apparences » s'est étendu dès le XVII^e siècle pour charger à l'enfant au XX^e siècle de « représenter l'honneur de la famille ».

La quête d'autonomie et le travail d'individuation dès la deuxième année donne à cet objet une place privilégiée dans la revendication du « moi tout seul ! ». Dans le « Journal de Jean Héroard », médecin de Louis XIII, où sont méticuleusement consignées les observations de l'enfance du roi, nous trouvons de nombreux passages relatifs à l'habillement. A trois ans, l'enfant dit à sa nourrice : « Mama Doun doun, qui m'habillera quand j'aurai un habillement ? ce sera moi dit-elle. Et lui de répondre : « O, non, les hommes s'habillent eux même ». Le projet du passage de « se faire habiller » à « s'habiller » est porteur d'une promesse d'autonomie.

Depuis plusieurs décennies, l'enfant participe de plus en plus jeune au choix de ses vêtements. Mais cela reste dans une

relation maternante ou le narcissisme parental imprime sa marque. Zola ne s'y était pas trompé dans « Au bonheur des dames » lorsqu'il dépeint la naissance du grand magasin où il faut passer par l'enfant pour toucher la mère : « conquérir la mère par l'enfant ». Le commerce du costume d'enfant apparaît.

L'adolescence vient plus tard rompre avec ce mode de relation d'habillement et nous allons voir avec l'adolescence de Perceval que ce projet n'est pas si simple. Parler de relation d'habillement, c'est insister sur le processus psychique qui accompagne certaines transformations de l'existence. Ainsi, à l'adolescence devient-il un objet d'élection dans la construction identitaire et identificatoire. Le vêtement occupe une place importante dans l'ensemble de la littérature médiévale. Le roman de Chrétien de Troyes, « Le Conte du Graal » offre une allégorie magnifique des fonctions de l'habillement dans la relation entre Perceval et sa mère. C'est un ouvrage auquel je me réfère depuis longtemps pour réfléchir sur l'adolescence. La lecture que nous vous présentons n'aurait pas été possible sans les enfants, adolescents et adultes qui nous ont éclairé par leurs actes, par les avatars de leurs métamorphoses plus ou moins douloureuse ou par les crises qu'ils ont traversées et sans les éducateurs ou soignants qui se sont engagés dans un travail d'investissement auprès d'eux.

Perceval, un adolescent ordinaire ?

Perceval, enfant, grandit dans un espace aux frontières définies et contrôlées par sa mère. A l'âge où nous le rencontrons, Perceval ne connaît pas son nom et le roman le présente comme le « fils de la veuve dame ». Alors qu'il joue dans la forêt avec son javelot, il entend arriver, sans les voir, ce que sa mère appelle « des diables » qui viennent de l'au-delà de ces frontières. Une brèche va s'ouvrir par où l'adolescence se rue. Pour la première fois, désobéit à l'enseignement et aux conseils de sa mère de se protéger par un signe de croix : « je n'ai pas besoin de cet enseignement... Au contraire, je serai prompt à frapper le plus fort d'un des javelots que je porte ».

Psychologue

MECS Mon oustal, Unité Familiale, Saint-Pons de Thomières – S.O.A.E., Béziers – Berquiere.thierry@wanadoo.fr

La vision de ces êtres fascine Perceval : « ce sont des anges que je vois là ! c'était bien grand péché de ma part d'avoir dit que c'étaient des diables ». L'habillement sollicite fortement du côté de la parure et de la parade : c'est un leurre efficace qui pousse Perceval plus loin. Alors, Perceval les questionne : « qui êtes-vous ? », « qu'est ce que ce vêtement ? ». La réponse ouvre à un signifiant interdit par la mère qu'il entend pour la première fois : « je suis un chevalier », puis le nom des attributs vestimentaires. Désormais un seul objectif mobilise cet adolescent : « Ah ! si je pouvais être pareil ... tout de lumière et fait comme vous ». Il commence à croire à autre chose.

Il rentre à une heure inhabituelle. Sa mère s'inquiète : « j'ai failli en mourir ! ». Elle lui demande des comptes. Un échange vif s'en suit. Il raconte sa découverte et rejette le mensonge maternel : « taisez-vous ma mère ! ». Les histoires que lui a racontées sa mère pour tenter de barrer l'accès à l'histoire familiale et au père ne tiennent plus. La préoccupation des origines arrive au galop. Au mot « chevalier » énoncé par son fils, elle s'évanouit. Les barrières contre l'angoisse s'effondrent.

Perceval a eu la ressource qui manque à l'adolescence dans certaines familles de questionner sa mère sur son père et sur ses origines et sa mère de lui parler des événements qui ont endeuillé sa vie. L'infirmité du père blessé, *méhaigné*, c'est à dire mutilé entre les jambes - castration associée à une chute. Elle raconte ensuite la perte des frères aînés de Perceval que leur père avait encouragé dans la voie de la chevalerie. Mais « les armes furent cause de leur malheur » et « du deuil de ses fils mourut leur père ». La mère lui adresse alors ces paroles déchirantes : « vous étiez ma seule consolation », conjuguant désormais cette relation au passé, marquant un changement possible et une perte.

Désormais, mu par l'appel de l'extérieur, notre adolescent n'entend plus « le jeune homme ne prête guère attention à ce que lui dit sa mère ». Partir, sortir, échapper à l'emprise de cette relation est le seul objectif. Il ne peut plus écouter et lui crie en quelque sorte : « je fais ce que je veux ! ». Sa mère va dans une scène émouvante l'habiller pour la dernière fois et lui de consentir à *se faire habiller*. Elle l'enveloppe avec grand soin « jusqu'au capuchon en cuir de cerf qui fermait bien tout autour ». Elle renonce à tout espoir de protéger l'enfant de l'angoisse d'un destin funeste et donne son approbation à sa quête de chevalerie en posant toutefois une injonction d'abstinence, à savoir la condition de ne jamais accorder le « soreplus » à une femme : pour l'amour de sa mère renoncer à aux femmes. Dans plusieurs romans du moyen-âge, le soreplus, ce qui vient en plus, renvoie à ce que Freud appellerait « une prime de plaisir », et pour la circonstance, il y a ici le risque de la jouissance du corps maternel au moment de l'éveil pubertaire,

d'une genitalité possible.

Perceval, aux prises avec les tensions de forces séparatrices et de forces d'attachement, s'éloigne et « s'en va d'un bond » quand il voit sa mère s'évanouir. Seule une déchirure qui ira jusqu'à la mort de la mère pouvait rompre cette relation prise entre l'agrippement désespéré de la dépression maternelle et une proximité incestueuse devenue avec ce corps adolescent trop dangereuse.

L'habit ne fait pas le chevalier

Perceval croise le chevalier Vermeil, couleur qui marque une haute naissance. Reçu peu après par le roi Arthur, il n'accepte de devenir chevalier qu'à la condition « d'être le chevalier vermeil ». Avec l'autorisation du roi, il part combattre et conquérir l'équipement – la panoplie – du chevalier Vermeil. Cette conquête d'un autre statut ne passe pas par un meurtre symbolique – qui serait du côté du processus d'identification – mais bien réel. Il tue ce chevalier mais se retrouve incapable de revêtir ces habits, pris qu'il est encore dans la fascination imaginaire de sa première rencontre des chevaliers et du « désir d'être comme » et par ce qu'il a cru entendre du discours du roi. L'inflation imaginaire du tout est possible adolescent trouve sa première butée. Ça ne suffit pas à devenir chevalier.

Dépit par l'impossibilité de détacher l'équipement du chevalier Vermeil, il s'adresse à Yvonet qui lui demande en riant ce qu'il fait, et répond : « je m'imaginais que votre roi m'avait fait don de ces armes ». Mais « le dedans et le dehors ne font qu'un », dit le texte, et empêche à *celui qui croit que* de se décoller de ses propres images et de déshabiller le vaincu. Seul celui qui a le statut, qui a été initié, réussit cette opération pourtant si simple. Pour l'instant Perceval n'est qu'un semblant de chevalier.



Yvonet, en tendant directement les habits, éveille les résistances de Perceval qui n'est pas encore prêt à perdre les enveloppes maternelles. Yvonet confond, comme bien des adultes par rapport à la démarche des adolescents, les revendications d'indépendance, le rejet de tout ce qui met en évidence une dépendance, avec l'assomption de l'indépendance. La réplique de l'adolescent est à la mesure de cette étape difficile : « Mais ces propres habits, le jeune homme n'a pas voulu les laisser, ni prendre, quoi qu'ait pu lui dire Yvonet, une confortable tunique de soi bien rembourrée... Vous plaisantez ! moi, changer mes solides vêtements, ceux que m'a faits ma mère l'autre jour pour ceux de ce chevalier ! Ma bonne grosse chemise de chanvre, vous voudriez que je la quitte pour la sienne qui est trop peu résistante ? Et ma tunique qui ne laisse pas passer l'eau pour celle qui serait vite trempée ? Le diable l'étouffe celui qui veut changer les bons habits qui sont à lui pour de mauvais qu'un autre possède ! ». Il n'accepte que quelques pièces d'armure. Même s'il le revendique, l'enveloppe d'un autre ne peut encore trouver place sur le corps de cet adolescent.

On voit jusqu'ici l'efficacité imaginaire de l'habillement : il s'y croit. Ce processus, même s'il est encore pris dans les affres du Moi-idéal, soutient le narcissisme fragile, par une recherche de prestance, d'immédiateté. C'est un mouvement porteur dans l'amorce et la difficulté du devenir autre. C'est cependant insuffisant et maintient dans une position infantile. Avec sa panoplie, il croit qu'il change.

Ils se quittent sur cette déconvenue et Perceval chevauche jusqu'à trouver l'hospitalité chez Gornemant à qui il se présente comme chevalier. Ici, c'est Gornemant, un chevalier, qui pose les questions et interroge l'adolescent et écoute ce qu'il sait faire, ce qu'il a appris, de qui il tient ses armes. Ces questions viennent dégager de la fascination, de la captation imaginaire à l'œuvre depuis la première rencontre des chevaliers dans la forêt. Mais cela suffit-il à faire un chevalier ? Gornemant n'est pas dupe et pose des conditions à accorder l'hospitalité : « ajouter foi aux avis de votre mère et aussi aux miens » (CHRETIEN DE TROYES, 1990). En éducateur habile, il reconnaît la place de la mère du jeune homme, afin de permettre à celui-ci d'assumer le passage vers un autre statut, opération qui se rapproche de ce que Arnold VAN GENNER, créateur du concept de « rite de passage », nomme la « puberté sociale » (1998), concept intéressant qui noue le biologique et le social. Perceval peut croire en ce chevalier, figure paternelle. Une transmission peut s'opérer. Un mouvement identificatoire s'amorce.

Tandis que Perceval se change, quelque chose d'une relation à cette enveloppe maternelle est en train de choir : « il se retrouva dans ses habits ridicules, avec ses gros brodequins et sa tunique de cerf mal taillée que sa mère lui avait fait endosser ». La transformation passe par une perte, posant la question du changement de statut des enveloppes vestimentaires à travers une nouvelle relation qui va s'établir avec celles-ci. Dans la perte, l'objet idéal, protecteur absolu, devient objet déchu. L'adolescent ne se change plus comme il s'était changé jusqu'à ce jour : il est en train de changer en

accédant à une enveloppe autre dans une quête qui cherche les traces du père.

Quand Gornemant lui fait apporter une chemise et des culottes ainsi que des chausses, combien il en coûte de se changer : « Les habits que ma mère m'a fait ne valent-ils donc pas mieux que ceux-ci ? Et vous voulez que je mette les vôtres ! ». Il s'y cramponne. Le chevalier rappelle le contrat qu'ils ont conclu et « Perceval met les habits sans plus tarder ». L'initiation passe par la capacité de recevoir de l'autre de nouveaux habits : l'investiture dans laquelle le *vestim* s'accompagne ici d'un enveloppement par une figure paternelle. Porter le costume est une reconnaissance de la « costume », de la coutume en tant que rite. L'adoubement lui donne la reconnaissance des signes de la chevalerie. Le don du vêtement constitue une étape nécessaire du rite d'adoubement.

« L'efficacité symbolique » de l'habillement vient ici de participer d'un processus de structuration et de construction identitaire, par un nouveau statut de cette enveloppe vestimentaire. Le code, les valeurs de la chevalerie, qui donnent consistance à la construction de l'idéal du moi poussent notre adolescent. « L'habit ne fait pas le moine » concerne à l'origine cette référence à une règle et un statut : « il vient de la question que l'on a agité autrefois, s'il suffisoit du noviciat et de l'habit pour être capable d'un bénéfice régulier (n.b. : en rapport avec la règle monastique). Il a été jugé que non et il faut être profès... » trouve-t-on dans le dictionnaire de Trévoux.

Nous allons laisser ici Perceval à ce moment de son parcours où l'initiateur, Gornemant, lui enseigne de se garder de trop parler : « trop parler, c'est pêcher » (CHRETIEN DE TROYES, 1990). En suivant à la lettre la parole du maître, Perceval allait perdre sa naïveté questionneuse. A se retenir de poser des questions quand il passera au plus près de ce qu'il cherche, la quête du Graal allait indéfiniment se relancer par une rencontre toujours ratée des représentants paternels.

Ce texte nous offre des éléments sur la perte et la transformation du statut des enveloppes – plus particulièrement vestimentaires – à l'adolescence. La quête paternelle de Perceval, qui était déjà là en souffrance, trouve à s'accomplir par les figures paternelles qui viennent à sa rencontre, traversant les frontières. Cette rencontre inaugure une métamorphose et le roman montre différentes étapes de ce processus. L'adolescent Perceval accède à un autre statut en se décollant des enveloppes maternelles. C'est un travail de séparation et de perte qui accompagne le passage de « se faire habiller » à « s'habiller ».

Ce texte nous invite à une analyse contemporaine des fonctions psychiques et sociales de l'habillement. Perceval change en se changeant. Toutefois, il a bénéficié d'une forme d'efficacité symbolique par l'accès à un autre statut inscrit dans un rite. Dans de multiples cultures et phases historiques, le changement vestimentaire a constitué un marqueur puissant du passage au statut d'adolescent puis à celui d'adulte. Aujourd'hui l'adolescent, est moins « assigné » socialement par le rite et doit se fabriquer à partir de

se qu'il trouve autour de lui. Peut-être l'habillement prend-il alors une fonction plus ample de phénomène transitionnel, en tant qu'« objet trouvé-crée ».

Un objet complexe

Le processus d'adolescence touche les relations familiales et l'habillement y prend une place privilégiée dans une position d'objet complexe au sens où il paraît impossible de l'envisager isolément. Pour suivre l'étymologie de complexe, il est tissé et entrelacé ensemble. Il offre parfois un travail thérapeutique riche dans les consultations familiales thérapeutiques. Nous allons essayer d'envisager quelques aspects des transformations que porte ou permet cet objet.

La singularité, le trait distinctif comme construction de la différence a souvent été noté : rupture par rapport à la génération des parents, rupture par rapport à des générations plus proches, oscillation entre identique et marque de singularité à l'intérieur d'un corpus vestimentaire et linguistique commun. Du côté social, « le désordre vestimentaire des jeunes a été bien compris par ceux auquel son message se destinait. Leur indignation en est la preuve : ils ont reconnu sans vouloir l'admettre qu'il s'agissait d'un défi à l'ordre social et en particulier à la position sociale des moins jeunes ». (J. PITT-RIVERS, 1979). La fonction du signe et du code est ici fondamentale et R. BARTHES l'a bien analysé dans une approche structurale « des traits vestimentaires constitués en système de signification (BARTHES, 1967). Créer des signes distinctifs par rapport aux adultes et à l'intérieur même du groupe d'âge, c'est instituer la manière dont on se marque en se démarquant. La « marque » y joue certainement un rôle chez l'adolescent contemporain. Ce n'est plus dans l'investiture par un chevalier, comme chez Perceval qui cherchait des habits vermeils, où le rite détermine l'accès à un autre statut par la médiation de l'adulte. La marque, ou les habits de marque, donne une figuration de l'inscription sociale et de la tentative, même illusoire, de se s'individualiser.

La relation au corps et le devenir autre

Ce qui nous intéresse ici est plutôt du côté des liens et du corps. C'est un objet d'expérimentation d'une autonomie et d'une capacité plus ou moins progressive à se défaire des liens narcissiques aux parents. Les choix d'adolescents viennent d'une part remettre en cause le narcissisme déposé sur l'enfant. Pour reprendre Anna Freud « l'enfant partage avec sa mère la possession de son propre corps... et l'adolescent revendique l'indépendance et la libre disposition de son corps ». Nous pourrions rajouter que cela passe aussi par l'habillement. D'autre part, travers sa fonction de voilement, l'investissement de cette recherche vestimentaire peut même contrebalancer les ébranlements narcissiques d'un corps poussé par les transformations pubertaire : Au moment l'adolescent peut avoir le sentiment de ne plus avoir de prise sur son corps en mutation, au

moins a-t-il l'illusion de contrôler ses choix vestimentaires. Ceci peut prendre des formes temporaires du registre des « stratégies fétichiques » (P. GUTTON) qui soutiennent la fragilisation narcissique.

C'est un objet d'expérimentation de la distance. Les choix s'adressent aux adultes investis, aux parents, dans le champ intrafamilial, dans tout ce qui peut renvoyer au danger du désir et du fantasme incestueux. Les choix s'adressent à l'extérieur, à l'évaluation des regards « extérieurs » comme validation d'une désirabilité. Et quand c'est sur le mode de l'exhibition, n'est souvent que le masque exacerbé de la pudeur.

C'est un objet d'expérimentation des échanges. « Changer » et « échanger » sont très proches et trouvent leur source dans muer, muter, changer de peau, se rendre autre. Cela peut prendre différentes formes. *L'échange entre pairs, les emprunts horizontaux* : s'échanger les habits. Ce travail d'emprunt, très fréquent, va croissant de l'âge de 11 à 17 ans. Il est plus fréquent chez les filles que chez les garçons. *L'échange intergénérationnel, les emprunts verticaux* : L'emprunt de vêtements aux parents prend aussi une part active. L'enfant s'est déjà souvent glissé dans les chaussures des parents avec une jubilation et souvent un jeu exhibitionniste avec les adultes. A l'adolescence, s'approprier quelque chose de ses parents peut figurer l'ambivalence identificatoire : chercher à prendre une part de l'autre au sens de l'incorporation constitutive, précurseur fantasmatiquement de l'accès à l'identification ; c'est en même temps « avoir la peau de l'autre ». Même s'il est moins fréquent l'emprunt peut être dans le sens des adultes envers les enfants. *Déguisement* : A l'adolescence l'exploration des rôles sexuels, le plaisir majoritairement des garçons à flirter sans risques, par le faire semblant, avec la part féminine qui renvoie à la problématique phallique : qu'en est-il du désir du désir de l'autre, qu'est-ce que l'autre veut de moi ? Dans le regard de l'autre sur son « être en femme », ne cherche-t-il pas une réponse du côté de ce qu'est la femme, et du côté du phallus ? Je ne parle pas ici du transvestisme.



L'habillement interroge les liens

Nous n'épuiserons pas ici tous les aspects de la relation d'habillement mais nous voudrions revenir sur un chemin que nous indique Perceval et sa mère. Perceval amorce une rupture au niveau de leur relation. Il part. Mais l'intensité du lien continue son œuvre et la confrontation à des tiers que sont les chevaliers dans ce qu'ils représentent révèlent toute la douleur du travail de perte de ses enveloppes. Ce travail se fait souvent dans la tension de la paradoxalité entre une lutte pour échapper aux personnes investies et une demande de prendre soin des habits de continuer à donner le linge sale avec la crainte pubertaire plus particulière que ne soient découvertes les traces d'une sexualité. C'est un âge où les stratégies d'évitement et l'angoisse du montrer-cacher les dessous trouve des expressions multiples, allant parfois jusqu'à des défenses phobiques dans la relation du côté adolescent ou du côté parental. Paradoxe aussi entre la quête d'une image modelée, travaillée dans le détail et un entassement en désordre de ses mêmes habits, qui fait bondir les adultes.

Si nous insistons sur les avatars de ce lien, c'est qu'il nous ouvre parfois des perspectives d'écoute clinique. Une perte de la capacité à s'habiller peut accompagner un mouvement de régression transitoire. Ceux qui sont auprès de l'enfant à ce moment là disent : « il faut tout lui apprendre, à lacer ses chaussures, à s'habiller à l'endroit, à se laver », remettant en cause directement ou indirectement ceux qui s'étaient occupés de lui auparavant. L'habillement révèle et répète les failles de cette enveloppe. Ayant rencontré les mêmes enfants à travers différents parcours de leur vie, divers

placements, j'ai constaté que ces phénomènes pouvaient se répéter à chaque séparation et nouvelle rencontre. La relation d'habillement interroge les liens. Dans les relations que nous entretenons à nos habits, il y a toujours un témoin, présent ou absent, qui se tient en tiers. L'objet prend à témoin ou appelle à témoin, ici celui ou celle qui prend soin de cet enfant.

Atiffa

Les habits ne sont pas toujours aussi bons que ce que le dit Perceval au moment de les quitter et l'on ne s'y sent pas toujours aussi étrangement chez soi. C'est ce que nous montre une adolescente de 14 ans que j'appellerai Atiffa, placée à la suite de maltraitance de la part de sa mère. Dans la fratrie, Atiffa semblait recevoir une projection de haine en rapport avec le narcissisme blessé de la mère, amenant une relation tyrannique. Elle venait en consultation avec des vêtements de vieux, d'une autre génération. Elle mettait en avant la pauvreté familiale. Ses timides tentatives de suivre les conseils d'autres jeunes ne faisaient que marquer une dysharmonie qui tournait au grotesque. Lorsqu'elle retournait chez elle reprenait toutefois l'enveloppe maternelle.

Le travail de conseil et de soutien des éducatrices et le regard des éducateurs et d'autres jeunes dans le choix vestimentaire la conduit à explorer de nouvelles manières de s'habiller mais ses vêtements restent rapidement au placard pour reprendre les mauvais habits de la mère, objets de moquerie de la part des autres. Elle vint un jour avec une chemise dans le style maternel qui n'était pas à sa taille. Lorsque nous nous installons, mon regard manifeste certainement une surprise à



mon insu et Atiffa se mit à rougir. Quelque chose qui aurait dû rester caché, une faille, un défaut jaillissait brutalement. Elle se sentait découverte. Ce vêtement me prenait à témoin, c'est-à-dire en tiers. Je choisisais de proposer de parler de cette chemise.

Cette chemise, donnée par la mère, était investie dans une recherche de sensation, d'excitation dans un registre plutôt masochique de leur relation. Il lui était insupportable de vivre loin de la haine maternelle. Et brusquement l'effraction ressentie de mon regard réveillait de la honte touchant peut-être à quelque chose d'archaïque dans ce lien. Ce n'est que beaucoup plus tard et dans les moments où l'angoisse destructrice ne la submergeait pas qu'il nous arrivait de rire de cette chemise.

Les entreprises de travailler les possibilités de s'habiller autrement venaient toucher directement le lien maternel et éveillaient des tensions. Toutefois, elle expérimentait des petits changements dans sa tenue et les effets sur leur relation. Elle adressait un message à sa mère. Il pouvait s'ensuivre une régression dans laquelle elle s'enlaidissait à merveille. L'instance surmoïque d'un regard maternel poursuivait son œuvre dans notre entretien mais les réactions destructrices devenaient moins vives. Elle pouvait commencer à rêver de s'habiller autrement mais était elle prête à se raccommode avec ces objets internes ?

L'habillement vient parfois interroger les liens. Il est dépositaire des traces de la relation à l'autre. Dans nos pratiques il peut constituer un témoin, nous prendre à témoin. Dans notre travail, nous ne percevons souvent que l'extérieur, ce qui est visible de l'habillement, et quand nous pouvons percevoir ce qui touche au lien, à l'intérieur, c'est une autre manière de prendre en compte les possibilités de travail psychique. C'est un travail thérapeutique d'équipe qui passe d'abord par une attention discrète et non pas par une intervention trop vite active notamment quand certaines enveloppes portent des traces si douloureuses comme dans certaines pathologies de l'attachement.

L'habit n'est pas « un objet inerte » pour reprendre un expression de Marcel Mauss à propos du don. Il circule. La relation à cet objet porte des traces de la relation au corps : il est peut-être plus un prolongement de l'autre. Autre maternel et paternel, que de soi comme on le dit communément. N'avons-nous pas à nous débattre parfois avec les avatars des couches qui nous ont fait naître et portées à travers l'attachement et les séparations.

Alors, tu t'es changé ?

Bibliographie

- ANZIEU D., *Les enveloppes psychiques*, Dunod, Paris, 1987.
- BARTHES R., *Système de la mode*, Paris, Edition du Seuil, 1967.
- BERQUIERE TH., in *Passeurs de linge : trousseaux et famille*, sous la direction de P. PRADO et A. TRICAUD, Edition de la Réunion des musées nationaux, Paris, 1999.
- BERQUIERE TH., En col. Avec J. COUDERC, S. RIGOT-LACROIX, P. LIBES, M. RAMON, *Théâtre marginale ou les textures affectives du linge*, Actes des XIII^{èmes} Journées Vidéo-psy, Montpellier, 2001.
- BICK E., *L'expérience de la peau dans les relations d'Objet précoces*, 1968, in Les écrits de Martha Harris et d'Esther Bick, Larmor plage, Edition du Hublot, 1998.
- CHRETIEN DE TROYES, *Le conte du Graal*, Paris, Librairie Générale Française, 1990.
- CORBIN A., *Le grand siècle du linge*, Ethnologie Française, Tome 16, numéro 3, 1986.
- DELTEIL J., *La deltheillerie*, Paris, Edition Grasset, 1963.
- DICTIONNAIRE DE TREVoux, Edition de 1743, Edition numérique CD-ROM, Redon.
- GUTTON PH., *Adolescents*, E.U.F., 1996.
- JOURNAL DE JEAN HEROARD, Fayard, 1989.
- MALLARME S., *Ecrits sur l'art*, Paris, Flammarion, 1998, p. 244.
- PERROT PH., *La vérité des apparences ou le drame du corps bourgeois*, Cahier Internationaux de Sociologie, E.U.F., 1984.
- PITT-RIVERS Julian, *Le désordre vestimentaire*, in « Vêtement et société », Actes des journées de rencontre des deux et trois mars 1979, Laboratoire d'ethnologie du muséum d'histoire naturelles, p. 58.
- ROCHE D., *La culture des apparences, une histoire du vêtement*, Fayard, 1989.
- ROCHE D., *L'invention du linge au XVIII^{ème} siècle*, Ethnologie Française, Tome 16, numéro 3, 1986.
- VAN GENNEP A., *Le folklore français, du berceau à la tombe, cycles de carnaval, carême de pâques*, Paris, Edition R. Laffont, 1998, p. 159.
- WINNICOTT D.W., *Jeu et réalité*, Paris, Edition Gallimard, 1975, p. 155.



Dominique Texier

Precipitations

Résumé :

L'article consiste à montrer comment la clinique de l'adolescent est une clinique à inventer au cas par cas, qui doit tenir compte de l'insécurité langagière qui caractérise l'adolescence pour, sans précipitations, offrir à l'adolescent un lieu d'où il peut se regarder et construire à partir de ses propres trouvailles : ce qui peut lui permettre de symboliser et stabiliser avec les mots ce qui lui arrive dans son corps, soit le bouleversement libidinal venu faire irruption dans son organisation antérieure infantile. Le symptôme encore plus pour l'adolescent que pour quiconque, a valeur de compromis à respecter parce qu'il est ce que le sujet a bricolé à partir de ce qu'il est. La clinique de l'adolescent est une clinique du passage à l'acte ou une clinique de la hâte, soit une précipitation vers une résolution rapide et sans différé des conflits générés par l'étrangeté ressentie et non symbolisée. On y opposera une clinique de l'idéal du moi, soit un lieu d'énonciation à partir des énoncés de l'adolescent.

L'adolescence est un temps logique.

C'est un temps de transition et de passage dans lequel est précipité l'enfant, brutalement. Ce n'est pas un temps social, régi par une décision émanant de la demande de l'Autre social, non c'est un temps du corps qui répond à la pression pubertaire, au changement dans le corps qui fait effraction, qui s'impose sans donner le mode d'emploi : pas de mots appropriés ne sont disponibles ou offerts à l'enfant, qui lui permettent de traduire ce réel éprouvé dans le corps en représentations stables et pacifiantes. Les signifiants qui sont à sa disposition et qui lui viennent de la langue de l'enfance, de la langue maternelle, teintée de fiction et de mythes, ces mots sont insuffisants pour venir dire ce nouvel éprouvé. L'adolescence est le temps nécessaire pour subjectiver l'événement pubertaire, c'est-à-dire le retour du sexuel auquel, à la fin de l'Oedipe il avait renoncé. Quelque chose dans le corps s'impose, que le sujet ne peut pas nommer, qui vient faire trou dans le réel et le renvoie au vide. C'est à ce vide que l'adolescent se confronte, vide de signifiant qui viendrait signifier cet événement dans le corps. C'est ce vide qui propulse l'adolescent dans des conduites déconcertantes autant pour lui que pour l'entourage, ce que l'on nomme *la clinique*

de la hâte, ou *clinique de l'acte*, soit une précipitation vers une résolution rapide et sans différé de la tension générée par cette étrangeté subie et non symbolisée.

C'est de ce vide que l'adolescent nous convoque.

C'est de cette précipitation dans ce vide, contingent à ce moment de transition, c'est de ce vide que le sujet nous précipite, à travers sa propre précipitation, à résoudre, voire à liquider le malaise qu'il ressent, la crise structurelle qui le divise, qu'il nous précipite à lui fournir des réponses ultimes, non différées et résolutes ; Il nous précipite à remplir ce vide.

C'est ce dont j'aimerais parler ce matin, soit comment aborder cette précipitation dans laquelle nous projette l'adolescent.

Parce que sa demande est toujours dans l'urgence, souvent dans le drame, parce que sa demande ne se dit pas mais en passe par des comportements, des mises en jeu de corps, des passages à l'acte, violents pour lui ou pour l'autre, l'adolescent induit, voire force une réponse. L'angoisse qu'il provoque à l'aune de sa propre angoisse bien que souvent masquée sous l'allure d'une indifférence affichée ou d'une provocation agressive, ordurière et insultante, ressentie comme cela par l'entourage, l'angoisse est majeure et sollicite des réponses urgentes, réparatrices et sans équivoque : ces réponses sont souvent de l'ordre du colmatage : on remplit le vide, on renforce les cadres pour des raisons dites sécuritaires, on propose des prêt-à-porter idéaux, on le consumérise en mettant entre ses mains des

objets de consommation en excès pour le leurrer et combler son manque, on rééduque à grands moyens, consultations psy diverses, conseils... au nom d'un comportement idéal, au nom du bien-être, au nom d'un savoir, c'est-à-dire que l'on se pose en maître face à l'adolescent que l'on suppose coupé de sa propre vérité. En abordant le symptôme ainsi, on se range du côté de l'éducatif, soit de l'apprentissage de la maîtrise de la jouissance. C'est l'objectif thérapeutique éducatif de nombreuses thérapies actuelles.

Une autre façon d'aborder le symptôme est de faire avec ce vide, et d'orienter la clinique autour d'une *clinique de l'idéal du moi*, soit entendre les symptômes comme des sollicitations à nous situer du côté de celui qui offre un point d'où l'adolescent peut se voir et se reconnaître, autrement, ailleurs et d'une autre façon. Aborder la clinique de l'adolescent de ce lieu d'où il peut se voir, c'est offrir une autre lisibilité dans ce qui se dit au travers des passages à l'acte. Le vecteur nécessaire pour un sujet à se situer dans son existence, pour s'orienter et orienter ses choix de sujet sexué, c'est le point d'idéal du moi qui fait repère et à partir duquel le sujet se voit digne d'être aimé et aimable ; Pour l'adolescent, ce point est à reconquérir, celui qu'offrait le regard maternel ne pouvant plus le soutenir. Être en devenir, le point d'idéal du moi ayant chuté, le réglage entre les identifications imaginaires et identifications symboliques est difficile à faire.

C'est pourquoi il s'impose dans la clinique de l'adolescent de l'aider à repérer ce point d'où il peut régler ses identifications, d'autant plus que dans ce temps de solitude, l'être est prêt à se lier à n'importe quel objet pour satisfaire sa jouissance, quitte à ce que cet objet devienne objet d'addiction. C'est la précipitation à laquelle nous pousse l'adolescent, de lui offrir ce lieu, qui est un regard, à partir duquel il retrouvera l'envie des mots soit la possibilité de mettre à distance ce qui fait tache noire dans son existence, que ce soit la honte ou la haine qui le conduit souvent au ravage ou à la destruction de son être.

L'adolescent est en insécurité, et vous remarquerez au passage qu'un certain regard sur la jeunesse retourne le processus : fondamentalement, structurellement l'adolescent est en insécurité langagière : il manque des mots, l'Autre parental ne peut plus lui apporter la sécurité dont il jouissait dans l'enfance. Et c'est cette insécurité qu'on lui renvoie, le stigmatisant dans le rôle d'agent de l'insécurité.

Donc l'adolescent est en insécurité langagière. Or le langage assure à la fois d'identifier une part de son être, il permet de nommer cet être : « je suis ça » mais en mortifiant la jouissance de vivant. Le langage permet de dire avec ses propres mots la jouissance de son être, en même temps qu'il y a dans la langue même une forme de jouissance. Ainsi, le fondement

du travail avec l'adolescent est de l'aider à renouer avec les mots, « le goût des mots », envie qu'il a perdue du fait de cette insécurité langagière, de ce sentiment d'avoir été dupé par l'Autre, trahi ou abusé même, puisque celui-ci, contrairement à ses promesses, est en défaut (ou mauvaise intention) de pouvoir le soutenir en lui apportant les significations adéquates, dans ce moment particulier de sa vie. C'est pourquoi la fonction de l'adulte avec un adolescent est d'offrir un espace de parole, c'est-à-dire un lieu d'ouverture où peut être fait le pari de l'Autre : le langage se structure essentiellement sur l'appel, une adresse : d'où me vois-tu ? , d'où ça parle ? Être là signifie pour l'adolescent lui offrir la présence de son être pour soutenir cette fonction d'appel de la parole, que la parole trouve un lieu d'adresse.

L'espace de liberté de parole, dans ses formes les plus crues ou les plus innovantes, est ce que nous pouvons proposer à un adolescent qui lui permette de dessiner un cadre, le seul possible à partir duquel s'offre au sujet la voie du nouveau dans le dire.

À cause de l'insupportable qu'il traîne en lui, de ce réel intraduisible, de la modification imaginaire du corps, modification très réelle de l'image, face à la défaillance de l'Autre du langage, l'Autre parental, face à la défaillance du fantasme qui jusque là l'étayait et tamponnait la jouissance, face au surgissement du sexuel, il est submergé et écrasé : un reste, un dépôt, un indicible duquel il n'a pas les clés pour s'accommoder s'est précipité en lui, au sens chimique du terme, l'obligeant à se séparer, à s'expulser hors du lieu matriciel, qui est le sens étymologique premier du terme précipitation, cet exil donc peut retirer au sujet son sentiment d'humanité, le sujet se vivant comme monstrueux, entraînant haine et honte, opprobre sur lui. C'est la rencontre avec l'Autre, ami, thérapeute, enseignant, oncle... qui du regard qu'il lui offre, ouvre ce point d'où il peut se voir, soit



qui lui dit « oui » à sa prise de parole, à sa part d'exception, à son énonciation toujours incomparable et unique.

Cette position suppose d'accompagner l'adolescent et de se laisser enseigner par ce qu'il a à nous apprendre. Accepter de se faire enseigner par ce que nous disent les adolescents, ce n'est pas démissionner de sa fonction d'adulte, tuteur, parents, enseignants ou médecins. C'est supposer que dans ce qu'ils inventent par leur symptôme, dans la nouvelle langue qu'ils sont en demeure d'inventer, à défaut d'en avoir une à disposition pour dire leur détresse ; c'est supposer qu'ils ont en effet une nouvelle possibilité d'aborder ce que l'on leur lègue, avec quoi ils ont affaire, et qui, comme nouvelle génération, est toujours dans l'obligation d'inventer. Et c'est en quoi il nous précipite vers un ailleurs différent et qui est structurellement déconcertant puisqu'innovant nécessairement. Chaque génération répond à la crise d'adolescence en produisant des transformations sociétales, en inventant de nouvelles formes et cela toujours en décalage par rapport à la génération du dessus et toujours en rupture. Il n'y a pas d'anticipation possible de cette invention puisqu'elle symbolise, met à jour, révèle, ce que fabriquait l'autre génération à son insu. Ainsi accueillir un adolescent dans un cabinet médical, à l'école, au tribunal, à l'hôpital, dans un foyer et autres... c'est accepter de se laisser surprendre, accepter de se laisser déplacer par ce qu'il vient montrer ou dire, et de ce lieu vidé de maîtrise et jouissance, offrir un regard d'où l'adolescent peut se voir reconnu dans ce nouvel être qu'il devient, comme être singulier mais aussi comme sujet appartenant à un corps social dans lequel il a à s'impliquer et dont on attend quelque chose de lui : sa marque comme nouveau sujet, sa trace langagière, son inscription dans le tissu social.

Cette position, celle d'offrir un autre lieu d'où le sujet peut se voir, celle d'offrir un lieu d'adresse de la parole, est-elle de l'ordre du thérapeutique, thérapie brève ou pas, doit

—elle en passer par un cadre dit « thérapeutique » ? Dans ce temps de transition qu'est-ce que signifie et qu'est-ce qu'induit d'offrir un cadre à connotation thérapeutique ? S'agit-il de soins ou d'accompagnement ou d'intervention, la notion de soin soutenant le fait pathologique ?

Poser l'adolescence comme temps de transition est accueillir ce temps comme un temps où rien n'est fixé, tout est possible.

C'est pourquoi on peut préférer à la précipitation que force l'adolescent, le « pas de précipitation », « pas de panique », un « c'est pas si grave ». Position périlleuse dans certaines situations où tout vous pousse à être dans l'urgence et le faire, réponse symétrique à l'agir de l'adolescent. Or il y a nécessité à occuper cette position qui est la seule à pouvoir produire des effets que l'on peut qualifier de « thérapeutiques » en tant qu'ils engendrent des changements subjectifs chez l'adolescent. Car à défaut de proposer un cadre thérapeutique ou même de proposer une thérapie à un adolescent, ne pas se précipiter dans l'agir « thérapeutique » qui serait comme un équivalent de passage à l'acte, augmentant le sentiment d'insécurité chez l'adolescent, ne pas se précipiter, c'est entendre que l'agir ou le symptôme de l'adolescent est la réponse qu'il a construite, sa réponse singulière, trouvée par lui pour répondre à son impasse. Dans l'urgence du sentiment de mort subjective, poussé par la barbarie de l'autre, on peut être amené à poser un acte hors sens, hors loi, mais qui garantit pour le sujet une dernière once d'humanité. L'adolescent est sur ce fil. Occuper une place thérapeutique, c'est lui proposer de l'entendre ainsi, de ce lieu où on lui reconnaît dans le symptôme qui l'amène, la façon qu'il a trouvée sur le coup, dans l'immédiateté de sa détresse, pour rester vivant et séparé de ce qui l'envahit : précipitation est étymologiquement, une chute mais aussi une séparation. Le passage à l'acte d'un adolescent est un mode de séparation d'avec le réel qui l'entraîne vers l'in-



humain. C'est un mode de rupture, possible quand on n'a pas le langage qui permette la coupure. Notre position de thérapeute est de proposer d'entendre son agir comme un dit sans mot et de lui proposer d'aller chercher des mots, de les inventer, de les créer seul ou avec d'autres pour circonscrire cette part d'inhumain logée en lui et qui le tenaille parfois avec une si grande violence.

Pour cela il s'agit d'être là. Être là, chercher avec lui, inventer avec lui et lui offrir une place qui le situe lui, comme sujet et de laquelle il pourra construire ses repères identificatoires.

L'adolescent nous précipite dans l'agir d'une solution là où il convient de lui offrir un espace-temps d'élaboration, de reprise de parole créatrice. L'adolescent est expulsé hors de la matrice langagière, hors de la maison trop exigüe pour lui, il erre, il est en exil. Le propre de l'exil, c'est de ne pouvoir parler la même langue que l'autre, comme le dit Kundera. L'adolescent ne parle plus la même langue, il est en exil de langue. Être là, c'est assurer comme un point fixe d'où il peut aller et venir, à son gré. C'est lui assurer d'être là, d'occuper la place vide de laquelle les mots qu'il ira chercher à droite ou à gauche pourront rentrer en résonance. Être là, c'est s'offrir comme caisse de résonance, ou écho de résonance, qui par le retour de l'écho permet une réappropriation subjective du nouveau de la langue.



Une toute petite vignette clinique pour éclairer mon propos : Elodie, 14 ans, est amenée par sa mère en urgence parce qu'elle a été violée lors d'une fête où elle s'est rendue après avoir fugué de chez elle. L'exigence de la mère est qu'elle raconte la scène, ce qu'Elodie refuse et qu'elle fasse un test du sida. Sa demande est de tout savoir, sans respect de l'intime lié à la sexualité. Devant le rappel que la sexualité est un espace propre à chacun, qui doit rester intime et que le forçage à la faire raconter redouble le viol, en accentue le traumatisme, la mère s'écroule et ne cesse plus de se plaindre

de sa fille qui ne veut rien faire à la maison et ne pense qu'à chatter sur le net. La jeune fille reçue seule, dit qu'elle se sent réduite aux tâches ancillaires de la maison par sa mère, abandonnée par son père qui n'a même pas de lit pour la recevoir chez lui (les parents sont séparés depuis quelques années) et qu'il doit faire de la prison pour avoir roulé en état d'ébriété sans permis de conduire et ne peut donc même plus venir la voir ou la chercher.

Elle rajoute que c'est insupportable chez elle parce qu'elle entend sa mère parler au téléphone avec la copine du père qui lui raconte comment « le père la prend par derrière comme un chien ».

Ainsi en première séance est posé le collage imaginaire mère-fille où le passage à l'acte de la fille, provoquer jusqu'à se faire agresser sexuellement en soirée, la ravalée au rang d'objet déchet, ce qu'incarne la femme pour le père et qu'elle met en scène pour provoquer le père qui défaille à occuper sa position. Au père convoqué et reçu avec sa fille, est répétée la nécessité de maintenir voilée la scène de viol : ainsi est coupée la jouissance que sa fille lui offrait, s'étant offerte comme en sacrifice à la jouissance de son père. Je lui propose au contraire de construire une solution pour séparer sa fille de sa mère dont il ne manque pas de préciser qu'elle est folle et insupportable à vivre, mais lui vient l'idée d'emmener sa fille en Italie, en vacances avec lui dans sa famille où il y aura un lit pour elle. « Oui mais

je ne peux pas, répond Elodie, j'ai une journée prévue avec mes copines ».

A quoi lui est répondu « c'est ça d'avoir un père, de ne pas pouvoir faire tout ce qu'on veut faire. »

Après quelques hésitations, elle accepte et consent à faire le test du sida, c'est-à-dire à se confronter au réel de son acte, la mort. Dans cette conduite à risque, Elodie se réalise comme objet a. Elle réalise le laisser tomber du père dans laquelle elle est prise au même titre que la mère, qui ne peut se séparer de sa fille. Un savoir en trop l'excède : c'est ce qu'elle produit par son passage à l'acte. En affirmant la nécessité de voiler la jouissance, de maintenir le secret et de ne pas majorer l'horreur du réel en l'imaginant,

Elodie est replacée dans le discours, qui opère à partir du refoulement, et qui consiste à énoncer avec ses propres mots, le réel qui la bouleverse, son être sexué et la position qu'elle occupe dans le désir de l'Autre. La dernière séance permet qu'elle consente à mettre un cadre à ses conversations sur le net et au portable, c'est-à-dire à trouver un compromis qui lui permette de maintenir son rapport au langage qui fait lien social avec les autres, de retrouver de la confiance dans les mots de l'Autre, sans oublier la contribution qu'elle doit apporter à la vie de la maison, dette symbolique à payer pour ne pas être ravalée à l'objet déchet.

La clinique de l'adolescence a pour axiome d'être toujours *une nouvelle clinique*, toujours à inventer. Elle nous oblige encore plus que toute autre clinique à être dans la position de ne rien savoir, si l'on veut pouvoir transmettre quelque chose de notre expérience de sujet et de thérapeute.

Ce qui particularise également la clinique de l'adolescence, c'est que, la plupart du temps, en dehors des décompensations psychotiques franches et très précoces, elle se fait rarement au cabinet du psychiatre ou du psychanalyste mais ailleurs, là où circule de la parole, là où s'institue un lieu d'où le sujet peut énoncer sa vérité et cela nous psychiatres nous avons à le prendre en compte.

En effet l'adolescent déconnecté entre son être d'enfant et son être d'homme ou de femme doit opérer un choix décisif qui implique la dimension inédite d'un acte à poser, le choix de son objet sexuel. Face à ce choix, le passage à l'acte est une réponse qui diffère le moment de l'acte, court-circuitant ainsi les processus de pensée et de représentations mentales non disponibles. C'est une façon de faire agir ce réel étranger du corps et de ne pas répondre de sa position subjective. Le passage à l'acte est une forme de réponse à l'impasse ressentie dans le rapport à l'Autre, à ce qui s'éprouve d'un impossible à dire avec des mots. Une autre modalité de la clinique se décline au contraire dans le désengagement, le repli, le désarroi, l'ennui et le désinvestissement des activités. Or ces « symptômes » se jouent sur la scène familiale ou sociale, école, la rue... Les adolescents sont donc immédiatement en rapport avec les partenaires sociaux et familiaux,

lesquels répondent dans la précipitation du symptôme. Il est rare que, de ces réponses données à la hâte, il en découle une demande de rencontre avec un thérapeute. Et même quand c'est le cas, force est de constater que la demande est rarement vraiment soutenue. Car ici réside la difficulté essentielle: comment redonner confiance à un adolescent en rupture avec le monde des adultes, le thérapeute étant généralement investi par l'adolescent comme l'allié de la famille ou du social. Comment offrir un lieu d'authentique parole quand le jeune a le sentiment d'avoir été trahi par l'Autre ? Comment l'amener à faire le pari vers l'Autre ? Car cet Autre véhicule pour lui un danger : porteur d'un savoir, celui du discours social, le danger pour l'adolescent est, en répondant à la demande du social, en acceptant les règles du jeu de l'Autre du savoir, le danger est de perdre son identité, celle qu'il s'est bricolée dans l'urgence, avec les moyens du bord, les autres semblables auxquels il s'est accroché, identité de survie, mais identité néanmoins et à laquelle il tient car c'est lui qui l'a trouvée, tout seul ou avec sa bande ; Il ne veut pas y renoncer et il a raison.

Aussi nous avons à considérer que notre intervention se déplace selon deux axes au moins : premier axe étant qu'on est toujours qu'un maillon dans le réseau complexe de relations qui se nouent autour de l'adolescent : famille, enseignants, éducateurs, groupe de copains, médias... et qu'il s'agit de faire avec les partenaires réels des adolescents

Et deuxième axe, ouvrir notre pratique à l'accueil de ces adolescents, en modulant notre écoute à leur propre tem-



poralité, soit introduire les fluctuations inhérentes à leur fonctionnement psychique dans le lieu de parole que l'on peut leur ouvrir : car il s'agit sans doute moins de proposer une analyse ou une thérapie d'inspiration analytique que de proposer un lieu qui permette à l'adolescent d'engager quelque chose de lui, d'y aller de sa propre mise, de s'investir de ses propres mots.

Les adolescents ont du mal à s'articuler aux autres en dehors d'une sorte de discours de complicité ou de collusion. Leur langue très codée leur permet de se protéger. Leurs mots sont « pleins », sans équivoque. C'est leur façon d'affirmer leur position, mais c'est une position fermée à l'Autre, à son savoir qui est vécu comme étranger et angoissant. Or ne pas consentir à en passer par les mots de l'Autre, précipite le sujet dans une impasse qui consiste à se retrouver unique, sans image possible, seul à porter son destin sans recours possible à l'expérience de l'autre. Pour se séparer de la jouissance incluse dans cette identité isolante et isolée, il faut consentir à s'articuler au savoir de l'Autre. C'est ce qui est en jeu quand nous recevons un adolescent. Faire le pari de cette ouverture. Parfois et c'est très rare, cette ouverture débouchera sur une analyse. Je crois qu'il ne faut pas le chercher. Le plus souvent, une toute petite ouverture s'effectue qui permet à l'adolescent de se reconnecter sur le savoir de l'Autre, famille, enseignant... Et c'est l'essentiel. Car dans cette reconnexion, l'adolescent a lâché une part de jouissance qu'il tenait secrètement et féroce en lui.

Une autre vignette clinique : *Lydie, 15 ans est adressée par l'infirmière du collège. Elle passe la quasi-totalité de son temps scolaire à l'infirmerie. Automutilations, alternance anorexie-boulimie, prises médicamenteuses, elle inquiète par son comportement. « Je ne supporte pas de rester assise toute la journée, je veux être coiffeuse. Là on est debout et on bouge ».*

Ses parents se sont séparés quand elle avait 5 ans et elle vit chez sa mère avec son frère aîné. Petite fille inhibée, elle s'était jusque-là abritée derrière sa mère dont elle comblait la solitude, fascinée et effrayée par la violence du père, notamment à l'égard du frère, en raison de son désinvestissement scolaire. Que signifie ce bouleversement qui vient ébranler la petite fille sage qu'elle était et qui lui signale sa démission libidinale et sa difficulté face à son image féminine.

La première séance, la première rencontre avec le lieu de la parole authentique, est décisive. Il s'agit de trouver un accrochage : crocheter quelque chose qui pointe de son désir, de sa division, c'est-à-dire, repérer ce qui fait conflit pulsionnel.

Le « là on bouge » est le pendant pulsionnel de la violence du père, scène qui la fascine et qui fait écran. A la remarque « Pour votre père, il n'y a que les garçons qui doivent

faire des études » elle entend son attente à l'égard de son père et la place que vient prendre pour elle le désintérêt de son père pour elle dans ses études et au-delà. Comme fille, elle n'a donc pas d'autre destin possible que d'être ravalée au rang d'auxiliaire comme sa mère. Ainsi, se trouve-t-elle divisée : soit être du côté femme, auxiliaire et ne pas s'affronter au manque maternel, soit du côté homme, comme son frère, refuser l'école et s'affronter au père, à sa violence. Elle tente un compromis par son symptôme : elle colle au frère et adopte la position du refus scolaire mais revendique de pouvoir faire un CAP de coiffure, soit se ranger du côté femme, s'occuper des femmes. Mais ce bricolage ne fonctionne pas comme en témoigne sa dépression : elle disparaît comme désirante. C'est ce que la remarque vient réveiller : elle, comme fille peut décoller de l'identification au frère et assumer, comme fille, sa position désirante de faire des études.

En lui faisant remarquer que si pour son frère, assister au cours consiste à rester assis sur une chaise, elle peut elle, accepter d'apprendre de l'Autre et que ça, c'est très actif, c'est lui proposer de resexualiser les études. A partir de là, elle reprend les cours régulièrement.

Alors qu'est ce qui a opéré pour cet effet thérapeutique rapide ? C'est d'avoir réintroduit le père dans le circuit, père évincé dans le discours de la mère au nom de sa violence, laquelle sidérait la mère. Pour prendre place dans le circuit paternel, elle n'avait trouvé que la voie imaginaire de l'identification au frère. Les coups que le frère prenait, elle ne les recevait pas mais se les donnait via cette identification aliénante. Couper cette identification, c'est pour elle se confronter à son attente d'être reconnue comme femme par



son père, c'est la voie qu'elle semble avoir acceptée à partir de cette première remarque. Gageons qu'elle saura faire. C'est le pari à tenir.

Nous voyons bien ici toute la difficulté de la pratique avec l'adolescent : il n'a de cesse de nous montrer quelque chose, de nous donner à voir. On ne peut pas ne pas le voir : un look particulier, des trous partout, des actes bruyants, des interpellations en tous genres, ... On n'échappe pas à la clinique du regard ; Mais et c'est toute l'ambiguïté inhérente à cet âge, il s'agit de ne pas répondre à ce forçage du regard : Plus on donne consistance à ces comportements, plus on est fasciné ou rejetant vis-à-vis de ce qui se donne à voir, plus on enferme l'adolescent dans ses conduites. Plus on veut l'en extraire plus on l'enjoint à poursuivre.

Notre clinique de « l'idéal du moi » consiste au contraire, à offrir un lieu d'où il peut se voir au-delà, offrir un point d'où il peut se regarder.

Pour conclure, je vais vous faire part de mon expérience du CIEN, centre interdisciplinaire de l'enfance. J'ai constitué avec quelques collègues un laboratoire CIEN à Thonon qui regroupe éducateurs, infirmiers scolaires, enseignants, psychologues, médecins généralistes, formateurs ...

voici une expérience de notre laboratoire : une enseignante évoquait le cas d'un adolescent avec lequel elle était en

rapport de force, et qui présentait tous les signes de décrochage scolaire. Pour montrer son désintérêt du collège et des savoirs qui y étaient enseignés, il arrivait systématiquement en retard, manquant la moitié du cours et dérangeant la classe, 2 fois rajoute-t-elle puisqu'à chaque fois elle l'envoyait chercher un mot de retard. A ma proposition de renverser le rapport de force et au contraire l'accueillir en lui disant quelque chose comme « eh bien je t'attendais, tu peux rattrapper ta place. Viens à la fin du cours j'ai quelque chose à te dire » ce qu'elle a fait et plus loin, forte de son travail thérapeutique à elle, où elle a su lui formuler que du savoir qu'elle enseignait, il pouvait s'en saisir pour en faire quelque chose, et peut-être même voiler sa souffrance. L'adolescent s'est emparé de cette proposition qui est tombée à point nommé puisqu'il s'agissait d'un jeune abandonné par une mère dépressive qui ne pouvait plus le regarder et ne pouvait plus l'attendre, lui cet enfant qui ne lui faisait que du tort par son attitude. L'effet thérapeutique est évidemment colossal parce qu'il a pu connecter son comportement à ce qui le terrifiait, c'est-à-dire d'être expulsé du lieu maternel. C'est ce qu'il répétait à chaque cours et que l'institution instituait comme irrévocable et irrésistible. C'est de sa place vidée de maîtrise qu'a opéré l'enseignante qui en savait quelque chose d'en être passée elle-même par ce chemin.





Patricia Princet

Evolution du concept de mélancolie et du symbolique illustré par l'art

Notre propos ne va pas être de décrypter à travers différentes œuvres d'art ce qui se rattache à la mélancolie mais plutôt d'utiliser l'impact symbolique de l'art dans sa représentation pour expliquer l'évolution du concept social, culturel, philosophique voire religieux de la mélancolie à travers l'histoire des cultures et des civilisations. Nous essayerons aussi de décrypter les symboles de la mélancolie que l'on retrouve de façon constante au cours des époques dans les œuvres d'art, quelle qu'en soit leur nature (peinture, sculpture, gravure).

La mélancolie antique

1. Pleureuses sur un bateau

Dès l'antiquité, la mélancolie est rattachée à la mort comme le montre cette peinture d'une tombe du 18^{ème} siècle avant J.C. – peinture égyptienne – où déjà on retrouve la position de la tête reposant sur le bras, position symbolique de la mélancolie ;



2. Stèle funéraire

ou encore cette statue funéraire grecque du 4^{ème} siècle avant J.C.



Psychiatre,
CHS Fains Veil – 55000 FAINS.

3. Ajax

Mais, la mélancolie peut être un sentiment précédant le suicide comme l'illustre ce bronze grec d'AJAX du début de l'époque d'Auguste ou Ajax médite son suicide dans cette position caractéristique du mélancolique qui n'est pas sans faire penser à celle du Penseur de Rodin.



4. Médecin pratiquant la saignée, 480 av J.C

Enfin, dès cette époque, la médecine s'empare de la mélancolie et au 5^{ème} siècle avant J.C., Hippocrate définit la mélancolie comme associée à la bile noire, l'une des quatre humeurs qui compose le corps humain. La saignée – comme le montre cette reproduction d'un vase grec de 480 avant JC – permettait d'évacuer ces humeurs néfastes ; on proposait aussi des refroidissements par des bains – tant de techniques utilisées au début de la psychiatrie, voire encore maintenant pour calmer « le stress ».



Le Moyen Âge

5. Monastère Saint Siméon, Assouan

A la fin du 3^{ème} siècle, les chrétiens comptent rompre avec la société et se retirent dans les déserts d'Egypte et de Syrie. Des



pensées alors incontrôlables les assaillent, sous forme de tentations et les plongent dans une prostration nommée *acédia*. L'*acédia* est alors péché capital qui mène à la paresse du cœur, elle enferme le sujet dans un monde d'erreur et d'illusion. L'*acédia* renvoie à l'ennui, voire à la mélancolie propre du religieux dans le désert, tristesse vague obscure et tendre, le besoin de l'infini peut alors nous prendre et l'on s'égare dans d'indéfinissables désirs.

6. *Saint Jean baptiste au désert, Gérard de Saint Jean 1480*

L'*acédia* comporte alors une phase passive évoquant la pesanteur de la tristesse ou de l'attente



7. *La tentation de Saint Antoine 1520*

mais aussi une phase active de fureur sous l'effet d'une vision trompeuse suscitée par le démon.

Déjà transparaît, à travers cette définition et ces représentations des deux facettes des tentations de Saint Antoine, la dualité du concept de mélancolie auquel se rattache l'état maniaque et de nos jours la bipolarité.



8. *Planche du Codex Manesse Walter von der Volgelweide 1305-1340*

Plus proche de la vie quotidienne et du monde séculier, la mélancolie s'exprime aussi à travers l'amour courtois où le poète en méditation assis sur un rocher recouvert d'herbe, la tête lourdement appuyée dans la main gauche, tient de la main droite la feuille sur laquelle, dans la plus grande mélancolie, il a couché les sens de ses méditations ; le chant d'amour courtois de la flamme insatisfaite qui brûle pour une dame mariée de la haute société, sans pouvoir espérer être jamais exaucé.



La renaissance et les enfants de Saturne

9. *Mélancoliques, Johannes Curio Gravure 1557*

A partir des traditions arabes, l'astrologie établit un lien entre les humeurs et les planètes comme Saturne et la bile noire. Les enfants de Saturne sont considérés comme des êtres déçus ou marginaux de la société,



comme des artistes. On les appelle aussi les mélancoliques. La jambe de bois et la béquille sont alors les attributs de ces mélancoliques qui ont hérité de leur filiation avec Saturne. L'influence néfaste de Saturne confère une indolence et une froideur.

10. *Mélancolia, Dürer gravure sur cuivre 1514*

Pour les philosophes comme DANTE ou Marsile FICIN, Saturne est l'astre de la contemplation et de la sagesse. Dans la sphère saturnienne s'élève l'échelle lumineuse qui conduit au divin ; on redécouvre alors le génie mélancolique de l'antiquité. Pour Marsile FICIN, la folie divine et l'héroïsme spirituel manifestent à l'influence de Saturne. C'est ce que représente DÜRER sur cette gravure en cuivre de 1514 où la femme perdue dans ses pensées, entourée des différents symboles qui deviendront symboles de la mélancolie,



comme les instruments de géométrie, la sphère, le polyèdre, le temps, le chien et la chauve souris. La mélancolie est alors une prédisposition de l'esprit qui conduit à la science et à l'imagination, pas à la vérité, privilège de Dieu.

11. *La Mélancolie, Cranach 1532*

CRANACH donne dans ce deuxième élément d'un triptyque représentant les symboles de DÜRER - la sphère, le chat et l'ange - une autre dimension à la mélancolie avec le passage du noir au rouge, passage de la mélancolie de tristesse à la mélancolie folie et délire.



12. Portrait D'Henry Percy 9^e comte de Notherberland, Nicolas Hiliard 1594

A la même époque en Angleterre, se développe le concepts de la mélancolie Elisabethène comme l'illustre ce portrait d'Henry Percy 9^e comte de Notherberland Nicolas Hiliard 1594.

La mélancolie est alors une forme de pensée, une façon de vivre. Elle renvoie à une cruelle fatalité, à l'enfermement de toute une vie terrestre.



On remarquera cette sphère dont le poids est celui d'une plume dans le jardin de la philosophie où l'espoir et la peine se valent.

Là encore, la dualité de cette mélancolie – mais aussi ses symboles à travers les couleurs comme le bleu qui deviendra le blues, musique symbolique de la mélancolie du peuple noir.

13. Autoportrait à la Rate, Dürer 1510

DÜRER, fidèle à ce concept de la mélancolie, montre à travers cet autoportrait à la rate le siège de la bile noire et renvoie au spleen de Baudelaire ; je vous rappelle que spleen en anglais veut dire rate.



L'âge classique, l'anatomie de la mélancolie

14. The Anatomy of Melancholy, Robert Burton 1621

En 1621, le pasteur Robert BURTON publie l'anatomie de la mélancolie, c'est le retour à une conception plus médicale de cette pathologie. Dans son ouvrage, il écrit que « la tour de Babel n'a jamais suscité autant de confusion dans les langues que le chaos de la mélancolie n'engendre de symptômes. »

Thomas ULYSSE lui, observe dans la maladie mélancolique, l'alternance de phases maniaques ou folie et de phases mélancoliques ou dépression.



15. Vanité ou Allégorie de la vie humaine, Phillippe de Champagne XVII^es

Pour les Jésuites, les réflexions portent sur la représentation du salut et de la condition spirituelle de l'homme soumis à la fois au temps et aux vanités terrestres, réflexions éminemment mélancoliques.



16. Musiciens et soldats, Valentin de Boulogne 1626

A cette époque, la mélancolie se dissocie de l'imagination, de la pensée et peut aussi s'exprimer à travers d'autres médias comme la musique. Richard



BURTON écrit que la musique est un remède pour les esprits tristes, une bombarde rugissante qui s'attaque à la mélancolie. Mais la musique peut aussi plonger dans une voluptueuse et sombre méditation.

Le 18^{ème} siècle, les lumières et leurs ombres

17. La douce Mélancolie, Joseph Marie Vien 1758

A cette époque, on trouve une conception positive de la mélancolie enclainte à la méditation introspective et sentimentale.



18. Mezzetin, Jean Antoine Watteau 1727

Douce mélancolie, expression d'un terrain doux et amer, où l'on associe misanthropie et mélancolie, qualificatifs qui d'ailleurs décrivaient Watteau.



19. Ezzelin brataccioferro , songeur , devant Méduna qu'il a tuée pour son infidélité lorsqu'il était absent en Terre Sainte, Henry Fuseli 1780

Dans son côté plus sombre, la mélancolie rentre dans le domaine de la déraison et de la folie. Elle s'associe au remord de la conscience, faisant écran à la culpabilité et au repentir.



Pour DIDEROT, la bile noire de la folie devient une faiblesse intellectuelle et physique, c'est le sentiment habituel de notre imperfection ; elle est le plus souvent l'effet de la faiblesse de l'âme et des organes, elle l'est aussi des idées d'une certaine perfection qu'on ne trouve ni en soi, ni dans les autres, ni dans les objets de ses plaisirs, ni dans la nature (Encyclopédie).

Peu à peu, la mélancolie est une maladie de l'esprit qui doit être traitée dans des institutions comme l'asile ou l'hospice.

Le romantisme – Dieu est mort

20. La Mélancolie, Constance Charpentier 1801

La mélancolie bourgeoise du 19^{ème} siècle devient un malaise de vivre général, une sentimentalité.



21. L'Abbaye de la Chenaie, Caspar David Friedrich 1809-1810

Son décor est la nature dont la solitude permet au sujet de se détourner du monde et de prendre conscience de lui-même.



22. Portrait de l'Artiste en Hamlet, Eugène Delacroix 1821

Avec René de Chateaubriand (1802), c'est le début du romantisme. Ce portrait de l'artiste en Hamlet, peint par Eugène DELACROIX en 1821, s'inspire directement de cette philosophie où transparaissent les limbes insondées de la tristesse ; rupture entre le monde des rêves et la réalité « on m'accuse de passer toujours le but que je ne puis atteindre hélas je cherche seulement un bien inconnu dont l'instinct me poursuit ; est-ce ma faute si je trouve partout les bornes ; ce qui est fini n'a pour moi aucune valeur » René de Chateaubriand.



On est bien loin de la simple idée de mort mais plus la recherche d'un but inconnu brisé par les limites que nous impose le monde. N'est-ce pas la confrontation à cette limite qui peut être le déclencheur d'un état dépressif voir d'un raptus suicidaire

Ce but que l'on veut atteindre mais qu'on ne connaît pas et ces limites qui s'imposent à nous.

23. Eruption du Vésuve, Pierre Henri de Valenciennes 1813

A travers les œuvres d'art, la dualité de la mélancolie n'est jamais loin. Devant cette éruption du Vésuve, on est face à un sublime spectacle d'un volcan, source d'inspiration pour le tempérament mélancolique juxtaposition des deux versants de celle-ci, furieuse et douce.



24. Le silence, Johann Heinrich Fussli 1799-1902

Nietzsche proclamant la mort de Dieu ternit la longue histoire de la perte d'un monde garanti par la foi. La solitude de l'homme dans le monde est alors scellée. Il ne peut plus que se renfermer dans son silence.



Fin du 19^{ème} siècle – début du 20^{ème} siècle : la naturalisation de la mélancolie

25. *La toussaint*, Emile Friant 1888

A partir d'une chute devant une réalité décevante, l'attitude mélancolique se transforme en négation tragique du monde.



26. *Charles Beaudelaire au Fauteuil Louis XIII*, Felix Nadar 1855

Dans la littérature de Baudelaire, la mélancolie conduit à un véritable désespoir, c'est le spleen, rate siège de la bile noire. L'acédia réapparaît non plus comme une tentation mais comme un malheur de la condition humaine que l'on subie.

Une image forte de l'annihilation et l'homme solitaire au milieu des grandes villes.



27. *La Maison des Fous*, Wilhelm von Kaulbach 1834

C'est alors que la psychiatrie se constitue dans le champ de la médecine et décrit des pathologies telles que l'hypochondrie, la neurasthénie



puis la monomanie de mono (seul) et maniva (folie avec délire partiel, permanent gai ou triste) tel que l'explique PINEL en 1800.

28. *Le Mélancolique ou tête de caractère*, Franz Xaver Messerschmidt 1775-1780

On utilise encore l'art pour présenter à l'étudiant le visage de la mélancolie comme nous le montre ce bronze de Xavier Messerschmidt. La mélancolie révèle l'Homme comme être complexe, âme et corps qui souffrent de cet assemblage et comme être qui doit régler sa relation avec autrui.



29. *Contraction électrique du sourcil droit : attention douloureuse*, Guillaume Benjamin Duchenne

Cette photo illustre une contraction électrique du sourcil droit afin de reproduire une attention douloureuse, caractéristique de la mélancolie.



30. *Portrait du Docteur Gachet*, Vincent van Gogh 1890

Pour conclure sur ce 19^{ème} siècle, je vous livre l'autoportrait du Docteur GACHET, mécène de Vincent VAN GOGH qui a fait sa thèse sur la mélancolie. On remarque la digitale dans les mains, la couleur bleue du blues. Il s'était lui-même décrit comme un bipolaire, tout comme VAN GOGH. Il est représenté dans la position du mélancolique, tel un médecin en proie à l'anxiété, témoin de l'anxiété du peintre.



Les temps modernes -L'ange de l'histoire

31. *Le Bolchevique*, Boris Mikhailovich Kustodiev 1920

La conscience malheureuse, liée à la subjectivité solitaire du mélancolique se trouve aggravée par les effets de l'histoire, qu'il



s'agisse de l'échec des grandes utopies sociales et des idéologies politiques ou des catastrophes collectives comme la grande guerre. L'autoritarisme favorise le repli mélancolique sur soi, le moment esthétique devient un moyen de distanciation par rapport au monde.

A travers le Bolchevisme illustré par cette œuvre, les traits de l'esprit mélancolique peuvent prendre un aspect terrifiant car ils sont associés à l'image du guide, du géant aux ambitions démesurées, aspirant à un nouvel ordre social, promettant un avenir radieux dont l'histoire a révélé qu'il n'avait pas su s'en montrer digne.

32. Quelques sentiments de culpabilité, Sempé 2001

FREUD compare la mélancolie au deuil dans sa dimension de perte mais aussi de perte d'estime de soi.

L'indifférence réside dans l'absence d'objet perdu clairement identifié.

La notion de rupture du lien avec le passé, pour la psychanalyse, renvoie à la perte qui la suscite et c'est d'abord la rupture avec un passé où dominait un idéal, rupture qui défait l'unité de l'être lui-même (FREUD – deuil et mélancolie).



33. Le Penseur, Auguste Rodin 1881-1883

Prévu pour le fronton de la porte d'enfer, le penseur de RODIN est l'image même du mélancolique méditant sur sa condition humaine ou encore esprit créateur perdu en lui-même.



34. Mélancolie, Giorgio de Chirico 1912

Les œuvres de Chirico tentent encore d'illustrer une nouvelle dimension de l'esprit mélancolique. Ce n'est plus un mode de vivre, une philosophie mais un état d'être face à une société qui ne cesse de changer, trop vite peut-être pour permettre à l'être de s'adapter.

Dans cette œuvre peinte sur un souvenir de la place Santa Croce de Florence, s'exprime à travers la couleur crépusculaire, une âme désemparée, désœuvrée qui se sent impuissante à appréhender le réel.



35. Les Jeux Terribles, Giorgio de Chirico 1925-1926

Les mots de Jean-Paul SARTRE dans la Nausée illustrent encore cette nouvelle dimension mélancolique où « la stupeur de l'esprit abandonné de l'idée qu'une totalité du savoir fut encore possible, garantirait la cohésion du réel ».



36. Mélancolie, Otto Dix

Même dimension dans le contraste de l'expression de ce tableau entre anxiété et sourire qui symbolisent l'équilibre précaire où la vie est un jeu de courte durée, un jeu solitaire dont le caractère tragique ne peut être atténué par les plaisirs de la chair.

Cette nouvelle dimension émerge au cours du 20^{ème} siècle et s'associe au concept de mélancolie



37. L'Homme et sa douleur, Antonin Artaud 1946

On ne peut évoquer la symbolique de la mélancolie illustrée par l'art sans parler d'Antonin ARTAUD – interné en 1937 et traité par des électrochocs afin « de perdre la mémoire de mon moi qu'il trouvait trop conscient ». L'aspect désincarné de ce personnage témoigne de la déstructuration du concept de la mélancolie qui rentre de plus en plus dans le champ de la médecine, ne laissant pour le philosophe que l'idée de fin et de néant.



38. Cinéma à New York, Edward Hopper 1939

Même le 7^e art le cinéma, reprend pour lui le sentiment de mélancolie comme représentation d'un monde intérieur, dérivatif au souci



39. La Dolce Vita, Federico Fellini 1960

Le romantisme est mort ne laissant plus que la mélancolie comme cette raie échouée sur la plage



40. Le Fauteuil Gris, Zoran Music 1998

Il transparaît encore dans cette peinture de Zoran Music – peintre né dans l'empire austro hongrois, déporté à Dachau inspiré par Klimt mais aussi l'art espagnol. Ce vieillard abîmé dans une mélancolie sans fin est bien l'image de la fin d'une époque où le présent est le temps de la postérité, post histoire après une période d'optimisme, post modernité après les innovations visionnaires et après la fin de la grande foi dans le progrès.



41. Melancholia, Anselm Kiefer 1989

Si là encore l'artiste a utilisé ce terme de mélancolie pour intituler son œuvre, c'est pour montrer comment l'invention humaine de génie s'est transformée en instrument de terreur et d'horreur,



toujours cette dualité – mélancolie génie - mélancolie horreur – mélancolie manie.

Dans son côté obscur, la mélancolie est une affection qui ternit et détruit le rêve des hommes, dans son côté lumineux ; c'est un garde fou contre notre propre folie.

Conclusion

42. Melancholia, Claudio Parmiggiani 2003

Au début, la mélancolie s'attachait à la mort, à l'introspection anxieuse avant le passage à l'acte fatal puis elle est devenue diabolique et est apparue sous le versant plus obscur, témoin de sa dualité.

Ainsi, dès le moyen âge, mélancolie et manie étaient les deux mêmes entités d'un même concept.

L'évolution de la pensée humaine à la philosophie a renvoyé à un état d'être, de pensée voire même à une expression de l'inconscient pour de nouveau la replonger dans la réalité de la médecine et de la psychiatrie.



Certes, actuellement notre langage scientifique parle plus de troubles bipolaires, d'état maniaque, de mélancolie, de dépression mais l'art est toujours là pour nous renvoyer une autre dimension plus symbolique de ce concept.

C'est pourquoi je conclus sur cette sculpture en marbre noir, faite par un artiste italien, développant un univers poétique dans un temps unifié où passé, présent et futur cohabitent. On y retrouve le polyèdre, la froideur du marbre noir, la fin de l'ordonnement du réel qui est la conscience d'une totalité perdue.

Bibliographie

Clair Jean et Coll : Mélancolie , génie et folie en Occident, Galleries nationales du Grand Palais , Paris Réunion des musées nationaux Gallimard 2005

Desroches Noblecourt Christiane : Le Fabuleux Héritage de l'Egypte, Editions SW Télémaque Paris 2004

Hersant Yves : Mélancolies de l'antiquité au XX^e siècle, Editions Robert Laffont , Paris 2005

Prigent Hélène : Mélancolie, les métamorphoses de la dépression, Editions Découvertes Gallimard , Paris 2005

REGARDS

Cinq articles ont été retenus sous ce titre. Le premier a pour auteurs deux directeurs de l'hôpital général de Perpignan. Il est un **regard de l'administration hospitalière sur les médecins**. Les auteurs estiment que les craintes inspirées par la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance, quant à une réduction du champ d'autonomie individuelle des médecins dans l'exercice de leur art, ne sont pas fondées. En tant que Psy, nous resterons un peu sur notre faim au niveau de l'autonomie médicale pour coordonner des projets thérapeutiques au sein des équipes. Il pourrait être intéressant que des directeurs écrivent dans notre revue pour nous communiquer leur vision sur ce point qui est fortement connoté par la spécificité de la psychiatrie.

Le second article a pour thème **le regard des patients** dans le cadre de la loi du 4 mars 2002. Cette nouvelle législation porte sur l'information du patient, en particulier sur l'accès aux documents de travail que le médecin avait jusqu'à présent à sa disposition confidentielle. Cette loi fait évoluer la nature même de ce qui, en grande partie, est un outil médical. Se pose la question des informations transmissibles sans que cela occasionne en psychiatrie, des dégâts pour le patient demandeur.

Le troisième article nous parle de **psychothérapie institutionnelle** et pose un **regard de professionnels** sur les soins mis en œuvre pour prendre en charge les patients. Principalement au niveau de l'implication possible des malades dans leur environnement immédiat.

Le quatrième article met en scène **l'illusion comme moteur de la relaxation**. Cette technique est en fait un regard qui advient au cours de la thérapie. D'où cet adage : « il n'y a pas de chemin, le chemin se fait en marchant ».

Le cinquième article engage le regard du côté du pyromane, du côté de celui qui est fasciné par le feu.

Ce croisement de cinq regards constitue la réalité de notre pratique en 2007 et nous amène à réfléchir sur les enjeux de la psychiatrie dans les années qui viennent.

Jean-Paul BOSSUAT



Joaquin Casanovas¹ Philippe Banyols²

L'évolution de la position du médecin dans la pratique médicale

Résumé

Les craintes inspirées par la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance de la réduction du champ d'autonomie individuelle des médecins dans l'exercice de leur art ne sont pas fondées.

Ni leur statut d'agent public, par comparaison avec leurs confrères libéraux, ni le mode d'organisation de l'hôpital n'ont par le passé créé de liens de subordination entravant leur liberté d'exercice ou contraignant leur responsabilité au-delà des règles définies par la profession elle-même.

L'exercice de la médecine s'est longtemps fondée sur la prépondérance de la fonction magistrale (exclusivités des savoirs et de la relation au malade). L'évolution du statut du patient consacre un autre mode de régulation médicale : le ministère (prestation de service).

L'instauration des pôles d'activité, loin d'opposer les deux acceptions, favorisera leur conciliation (contrat de soins intuitu personae et relations interdisciplinaires ; obligations de moyens et obligations de résultats).

Les évolutions de la pratique médicale à l'hôpital: entre magistère et ministère...

Les médecins ont toujours marqué leur défiance vis à vis de toute autorité morale ou politique extérieure à leur corps. Revendiquant un système normatif qui leur soit propre ils ont établi, avec ces tiers au colloque singulier, des relations tantôt de coopération tantôt de rivalité.

Dès lors l'organisation de l'exercice de la médecine au sein de l'hôpital a toujours fait l'objet de polémiques à partir du moment où elle semblait consacrer une autorité qui n'émanait pas du corps médical lui-même. C'est donc naturellement que ce dernier s'est toujours trouvé en opposition avec les autorités gestionnaires de l'institution : l'Eglise au Moyen Âge¹, La Royauté par la suite, aujourd'hui les Pouvoirs Publics². Dans cet affrontement le corps médical a toujours trouvé un allié auprès des autorités municipales.

1. Directeur général – Centre hospitalier de Perpignan.

2. Directeur adjoint chargé de la politique médicale et de la contractualisation – Doctorant membre de l'équipe de recherches cliniques à l'Université Toulouse-Le Mirail – Centre hospitalier de Perpignan.

Le thème d'une médecine hospitalière administrée, comme attentatoire à la liberté d'exercice des praticiens et à l'égalité des chances des patients, ressurgit aujourd'hui à l'occasion de la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance. Cette nouvelle réforme est considérée par une partie de la profession comme un nouvel avatar du phénomène bureaucratique propre à l'hôpital et l'expression de cette volonté historique de main mise de la part des autorités publiques.

En effet le directeur de l'hôpital participe désormais à la nomination des praticiens et l'organisation en pôles d'activité médicale relativise le rôle des chefs de service.

L'exercice de la médecine est un magistère: le médecin a un devoir d'enseigner et de soigner, le malade est aussi son disciple. De cette position résulte une exclusivité de la relation au patient et au savoir. Au magistère s'adjoint désormais un ministère c'est à dire un service. Cette évolution peut être perçue par une partie de la profession comme la reconsidération de la place exceptionnelle dont le médecin jouissait au sein de la société.

Elle est moins le résultat des changements intervenus dans l'organisation hospitalière³ que des nouvelles exigences exprimées par les patients.

1. Michel FOUCAULT notamment a étudié les relations complexes entre l'Eglise et les médecins au sujet des procès en sorcellerie ou de l'inquisition, par exemple.

2. Lire à ce sujet la lettre du ministre de la santé adressée à tous les praticiens hospitaliers leur apportant des garanties quant au maintien de l'indépendance d'exercice datée du 29 mars 2006.

3. Relevons au passage qu'il est significatif que ces principes, inscrits dans le code de déontologie, soient opposables d'abord au collectif lui-même.

Dans ces conditions le discours critique d'une partie du corps médical sur les modalités d'exercice de la médecine à l'hôpital comme dérogoires aux principes de la profession ne serait pas justifié. De notre point de vue, la pratique de la médecine hospitalière non seulement ne se distingue pas fondamentalement de celle du reste de la profession mais au contraire en garantit les principes. Les changements intervenus dans son exercice sont plus le fait de l'activisme des patients.

Selon nous, la création des pôles vient donc renforcer l'autonomie d'exercice des médecins au sein de l'institution hospitalière et par ailleurs la profession se voit confirmer la maîtrise de la formation continue et de l'évaluation des pratiques professionnelles.

Dans ces circonstances la nouvelle gouvernance participe de cette tentative de concilier magistère et ministère.

La médecine hospitalière n'est pas, dans sa pratique, dérogoire aux principes qui régissent la profession dans son exercice libéral

Ce caractère exceptionnel supposé reposerait sur des modes de rémunération et d'exercice spécifiques qui en limiteraient le caractère « libéral ». Ces assertions ne supportent pas l'analyse. Le mode de rémunération n'est pas suffisamment discriminatoire pour les différencier. Pendant très longtemps le corps médical a dû faire face à l'impécuniosité d'une partie de sa clientèle. Les manques à gagner étaient compensés par les honoraires versés par les plus riches. Le travail à l'hôpital avait un caractère honorifique sans réelle compensation financière.

Si la mise en place de l'assurance maladie a permis l'accès aux soins à l'ensemble de la population, elle a également donné une valeur économique à la clientèle. Aussi les liens économiques tissés avec l'assurance maladie et la relation de dépendance qui en découle sur le plan économique mériteraient d'être considérés comme une relation entretenue avec un tiers subrogé. Ceci d'autant plus que la rémunération est conditionnée à des conventions autorisant des contrôles sur la nature même de l'acte.

Dans tous les cas à ce jour, tous les médecins sont directement ou indirectement, en totalité ou en majeure partie, rémunérés par l'assurance maladie, les mutuelles ou les assurances privées.

Par ailleurs le salaire n'est pas la seule modalité de rémunération des médecins du secteur public puisque ces derniers peuvent également être honorés à l'acte, au sein même de l'hôpital ou à l'extérieur de celui-ci. Demain une partie plus importante de la rémunération aura un caractère variable. Sans trop caricaturer une situation des plus complexes, nous pouvons faire le constat suivant: les médecins privés tirent

la plus grande partie de leurs ressources de fonds publics et les médecins publics peuvent être rémunérés directement par leurs patients. Il est vrai qu'il existe une médecine administrée, c'est celle qui correspond aux médecins qui ne prescrivent pas, par exemple le corps des médecins inspecteurs de l'Etat. Dans ce cas leur spécificité s'explique par le fait qu'ils sont les héritiers des officiers de santé et des médecins hygiénistes.

La spécificité de l'exercice de la médecine attribuée aux uns et aux autres n'établit pas plus une distinction définitive.

L'organisation de l'hôpital est respectueuse de l'exclusivité de la relation du médecin avec le patient.

La structure organisationnelle de l'activité médicale au sein de l'hôpital a toujours reconnu cette indépendance d'exercice des praticiens. Ainsi chaque modification de la réglementation applicable à l'organisation hospitalière s'est attachée à la réaffirmer. Il n'est pas anodin de rappeler que c'est au même moment que sont créés: l'Ordre des médecins, les services au sein des hôpitaux et la fonction de chef de service. Dans ce dernier cas le but était de préserver justement la liberté d'exercice des médecins notamment à la suite des expériences malheureuses vécues par les médecins hygiénistes dans le cadre d'une médecine administrée.

Si le chef de service assure la conduite générale et organise le fonctionnement technique du service, il le fait dans le respect de la responsabilité médicale de chaque praticien⁴. Il en va de même pour le chef de département⁵ ou le chef de pôle⁶. De même les divisions du service en centres de responsabilités ont été justifiées par le respect d'un exercice médical spécifique.

Vis à vis de l'autorité administrative la mensualisation de la rémunération ne crée de lien de subordination que sur des questions connexes et dans des occasions bien précises: en cas de carences ou de manquements graves. La liberté d'exercice des praticiens est d'abord garantie par la communauté médicale puisque les actes positifs du chef d'établissement à leur égard sont soumis aux avis consultatifs de celle-ci et, au même titre que leurs confrères libéraux, par le Conseil de l'Ordre qui demeure une instance représentative.

En définitive les médecins hospitaliers ne sont pas des fonctionnaires et jouissent d'une totale liberté dans la pratique de leur art. Le colloque singulier exclut de la relation patient / médecin l'autorité administrative...

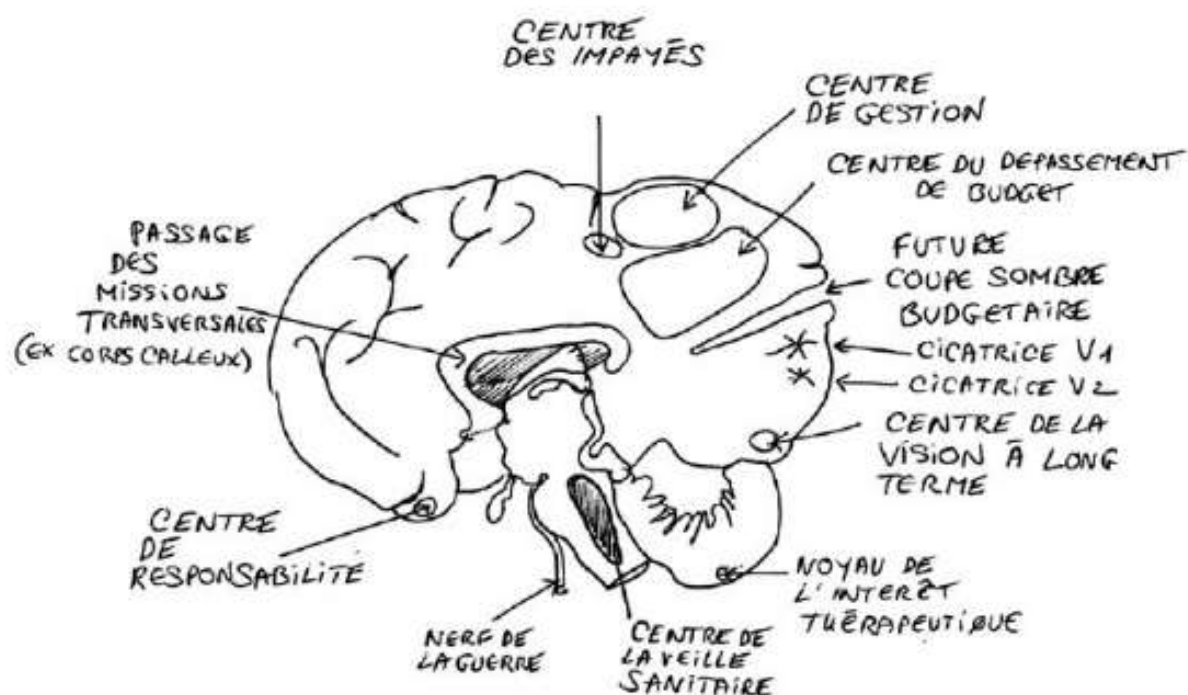
En définitive si la pratique médicale est encadrée, elle l'est par la profession elle-même qui maîtrise sa démographie, fixe le niveau d'exigence attendu au travers des recommandations des sociétés savantes et donc les termes de sa responsabilité professionnelle.

L'hôpital n'y fait pas exception.

4. Loi 91-748.

5. Loi 91-748.

6. Ordonnance du 2 mai 2005.



LA NOUVELLE GOUVERNANCE
COUPE SAGITTALE DU CENTRE HOSPITALIER

L'hôpital participe à garantir l'exclusivité des savoirs

Nous l'avons dit, l'exercice de la médecine est un magistère fondé sur l'exclusivité des savoirs dont découle l'exclusivité de la relation avec les patients. Il est conditionné par la maîtrise de la production et de la transmission de ce savoir. C'est l'Hôpital plus que l'Université qui a été le garant de cette exclusivité et par conséquent des valeurs de l'exercice libéral.

L'exclusivité des savoirs a été consacrée d'abord par la reconnaissance, pour une profession en concurrence avec d'autres thérapeutes, d'une suprématie dans le diagnostic et les traitements puis par un monopole d'exercice.

Celui-ci a trouvé un prolongement dans la transmission des connaissances nécessaires à l'exercice de l'art. L'attribution du titre étant l'apanage d'une profession et la condition sine qua non pour l'exercer, celui-ci a constitué initialement un enjeu bien plus important que l'uniformisation de l'enseignement. Ceci explique que la transmission des savoirs et leurs reconnaissances aient été l'enjeu d'un double rapport de forces d'une part entre le pouvoir local et le pouvoir central, d'autre part, entre l'université et les hôpitaux.

Sous l'Ancien Régime les médecins comme d'autres métiers relevaient du régime juridique des corporations. Celles-ci seront supprimées par les révolutionnaires qui ne pouvaient

imaginer de corps intermédiaires entre le citoyen et l'État. Par ailleurs ils démantèleront les hôpitaux. Ils créeront des Ecoles de Santé (Strasbourg, Paris, Montpellier) qui formeront des officiers de santé en nombre suffisant pour couvrir le territoire et le service des armées. C'est Napoléon Bonaparte qui rétablira le titre de docteur en médecine tout en maintenant le corps intermédiaire des officiers de santé qui ne sera supprimé qu'en 1892.

Si le plein exercice était définitivement lié à la possession du titre de docteur, les modalités de formation et les conditions de délivrance n'étaient pas pour autant unifiées. En effet les villes tenues à l'écart du mouvement universitaire réagirent de manière isolée parfois en créant des cercles médicaux, parfois des collèges, parfois des écoles de médecine d'autant plus que les médecins d'eux-mêmes souscrivaient à un devoir d'enseignement. Enfin Les révolutionnaires avaient introduit l'enseignement clinique, c'est à dire au lit du malade. Tous ces faits ont concouru à sceller dans un destin commun le corps médical et l'hôpital.

C'est donc dans les hôpitaux, et principalement à Paris⁷, que les savoirs médicaux vont se développer et que les chaires seront créées. Face à un phénomène qu'elle n'arrive pas à maîtriser, l'Université se résoudra à officialiser les enseignements et à valider les titres délivrés par des services spécialisés⁸. La réforme Debré a clos de façon temporaire cette opposition originelle par la création des conventions

7. Les hôpitaux parisiens se distinguaient en Europe au début du XIX^e par la diversité de leurs spécialisations.

8. Les dernières réticences ne seront vaincues qu'après la guerre de 1870 parce qu'on considérera alors que la France n'a pas su s'adapter comme la Prusse à la spécialisation des connaissances.

liant les CHR et les Universités⁹. Si l'harmonisation de l'enseignement, et la délivrance des diplômes, consacre désormais le rôle de l'Etat, la médecine hospitalière garde la maîtrise de l'enseignement par la gestion indirecte du corps professoral, la recherche et le développement des spécialités en s'appuyant sur le potentiel des hôpitaux. Ce faisant elle régule la profession dans son ensemble¹⁰.

L'hôpital ne s'est donc bâti ni au préjudice des intérêts de la corporation médicale, ni à l'encontre des principes fondateurs qui la régissent. Le corps médical dans son ensemble a veillé à ce que l'hôpital, qui constituait de fait son bastion contre le pouvoir central, demeure le lieu privilégié de la production du savoir et de sa certification. Par la suite, aux détours de l'histoire, la profession saura rétablir ses autres privilèges.

C'est également, à partir de l'hôpital que le corps médical a su réguler les évolutions démographiques de la profession et, par conséquent, maîtriser la concurrence en son sein. La spécialisation des savoirs et des pratiques a été utilisée comme une variable d'ajustement, d'une part, en développant le marché des soins par une sous-segmentation des spécialités et d'autre part en favorisant le temps plein hospitalier. Ainsi la seule hiérarchie reconnue par le corps médical se fonde-t-elle sur la dette contractée par l'élève au regard du maître duquel il hérite le savoir.

Egal parmi ses pairs, chaque médecin doit en tirer les conséquences dans les relations qu'il peut entretenir de façon occasionnelle avec le patient de son confrère qui reste de fait son véritable interlocuteur. C'est dans ce sens que le magistère de la médecine donne la priorité à l'aspect confraternel du colloque par rapport à sa singularité.

La réforme de la gouvernance de l'hôpital prend en compte les nouvelles attentes des patients tout en préservant le magistère médical

Comme nous l'avons déjà souligné le magistère des médecins repose sur une double exclusivité dont celle de la relation au patient. La présentation de malade est le paradigme de ce type de relations. Si le patient était bien le centre d'intérêt de ce dispositif, il lui était conféré néanmoins un statut ambigu. Héritier de la figure archaïque du droit romain homo sacer: l'homme sacré. Tout lui était dû mais on pouvait le tuer sans être condamné pour homicide¹¹. De l'exclusivité

de la relation avec le patient découle l'originalité de cette position du malade considéré quasiment comme un disciple invité autant à partager une connaissance qu'à accepter un traitement. La démarche n'est pas sans être porteuse d'un certain prosélytisme et on peut comprendre en son temps l'opposition de l'Eglise mais également la vigilance au sein de la profession au regard de la protection de cette clientèle comme consubstantielle au praticien. Le serment d'Hippocrate et le code de déontologie sont porteurs de cette double inquiétude.

La nature de la relation au malade a changé : du magistère au ministère

Si l'exercice de la médecine en général et à l'hôpital en particulier demeure une activité dont l'essence est l'intérêt du patient et la condition la liberté du praticien, l'un et l'autre doivent être repensés au regard du statut du patient.

Au principe du ministère de la médecine se trouve la reconnaissance d'un statut différent du patient. Depuis les années 80¹², le Droit consacre le principe selon lequel tout dommage entraîne réparation. Le patient demande dorénavant à être indemnisé de sa pathologie interprétée comme une lésion, c'est-à-dire une affection qui le lèse. L'indemnisation renvoie à un processus de compensation qui restitue un état indemne originel¹³.

Dans l'acception magistrale de la médecine, le patient la savait lacunaire alors que dans son ministère, il la croit infiniment puissante. Il y a donc une majoration de la perception de l'exercice médical par le patient. Celui-ci est en demande d'un service (le ministre est un serviteur) dont il attend une prestation indemnitaire, c'est-à-dire réparatrice.

Par ailleurs le patient est passé d'un statut passif (il est le siège d'une maladie) à un statut actif, (c'est un malade et une personne dont on doit recueillir le consentement éclairé). Si la demande du patient est ainsi d'une autre nature, il faut que la réponse le soit également, puisque le patient dispose de voies de recours qui s'inscrivent dans la suite logique de l'indemnisation de sa maladie. L'exigence du patient se transforme en obligation de résultat.

Alors que le patient adressait au savoir lacunaire et sacralisé du magistère médical une demande de traitement, il attend du ministère médical la guérison, considérée comme le résultat d'un enchaînement ordonné d'opérations devant aboutir à l'indemnisation de ce qui lésait le patient à l'origine. Le ministère consiste à inscrire la pratique de

9. Au contraire à ce jour la mixité d'exercice (public privé) jouant cette fois-ci en sens inverse devrait revaloriser la valeur patrimoniale de la clientèle privée.

10. Longtemps l'hôpital employait des médecins à temps partiel qui utilisaient celui-ci comme variable d'ajustement et de régulation de l'offre privée de ville.

11. Prenons l'exemple concret d'un patient atteint de la maladie de Parkinson, identifiée comme incurable, s'adressant à un spécialiste de reconnaissance internationale qui tenterait une thérapeutique en cours d'expérimentation comme la greffe de cellules d'embryons. Il attend un traitement dont il ne peut exiger la guérison, tout juste la mobilisation des thérapeutiques les plus récentes. Il s'adresse à un médecin en position de magistère. Il sait qu'il sera non seulement objet de soins mais aussi objet d'étude. Sa demande est adressée à un spécialiste dont il reconnaît le caractère lacunaire du savoir ce qui ne l'empêche pas de le sacraliser.

12. Lois Badinter.

13. Cf. Jacques DERRIDA, *Foi & savoir*.

la médecine dans ce type de processus en l'entourant de dispositifs d'accompagnement respectueux de la liberté du praticien dans son exercice. En effet, seule l'inscription des praticiens dans une organisation cohérente permet de ne pas les laisser en situation de répondre seuls à l'exigence du patient en termes de résultats. Seul le ministère et ses conditions d'exercice dérogatoires à l'exclusivité des savoirs et à la relation aux patients peut supporter une obligation de résultat, parce qu'à défaut de sa réalisation il permet d'apporter une indemnisation dans des termes qui préserveront le magistère.

A ce point de notre développement, il est possible de dresser un tableau récapitulatif des caractères de ce qui dans l'exercice médical relève du magistère et du ministère de manière à représenter ce qui les distingue :

La lecture de ce tableau synthétique permet de comprendre que magistère et ministère sont deux modes de l'exercice médical et non pas deux moments différents de l'histoire de la médecine pas plus qu'ils ne procèdent d'une exclusivité de lieu. Même si la tendance est à une diminution de la fonction magistrale de la médecine, parce que le lien social tout entier s'inscrit dans l'altérité, celle-ci demeure et doit être préservée.

Ce serait une erreur d'interprétation de considérer comme une tendance inéluctable le passage du ministère au magistère. Un même praticien peut être sollicité pour une pathologie rare et méconnue ou bien plus banale. Dans le premier cas le malade attend de son médecin un haut niveau de qualification en même temps qu'il saura que l'effet du traitement ne sera que très partiel. A la fois objet

	MAGISTERE	MINISTERE
PARADIGME	Présentation de malades	Réunion de concertation pluridisciplinaire
DEMANDE DU PATIENT	Traitement - soin	Guérison - In-demnisation ¹
NATURE DE L'OBLIGATION	Obligation de moyens	Obligation de résultats
SITUATION DU PATIENT	Captif	Partagé
SAVOIR	Exclusif & lacunaire ²	Articulation spécialisée



de soins et d'études il est porteur d'un savoir potentiellement exploitable par le praticien. Dans le deuxième cas la demande induit une réponse structurée comme une offre de service, que nous avons appelé ministère. Pour ce faire médecins généralistes comme spécialistes doivent faire appel à d'autres disciplines, dont les interventions seront coordonnées par un médecin référent et soutenues par un dispositif d'accompagnement qui prend en compte la dimension bio-psycho-socio-culturelle du malade.

La récente réforme de l'exercice médical au sein de l'hôpital est soucieuse de concilier magistère et ministère

Cette tentative d'identification des déterminants de l'un ou l'autre de ces schémas professionnels a permis de mettre en évidence l'ambivalence de la relation au thérapeute. Celle-ci ne peut-être levée que si ces moments différents de sa pratique sont repérables par le patient.

La récente réforme de l'exercice médical au sein de l'hôpital va dans ce sens. Cette évolution réglementaire qui touche à la fois la place du patient dans le processus de soins, le rôle pivot du médecin au sein d'un réseau coordonné d'offres et la responsabilité des autorités publiques dans l'organisation de l'offre, conforte le magistère et consacre le ministère.

En ce qui concerne le magistère médical les deux grands principes qui le constituent non seulement sont préservés mais à terme devraient être confortés.

Les réformes engagées ne portent pas atteinte au principe de l'exclusivité des savoirs aussi bien dans sa transmission que dans sa diffusion. La nature du colloque confraternel n'est pas bouleversée dans son principe par la mise en œuvre d'une prise en charge coordonnée du malade. Enfin l'évaluation des pratiques et donc à terme le droit d'exercice restent entre les mains de la profession.

L'enseignement universitaire et la recherche restent dans le giron de la profession. Ils sont pensés d'abord comme un enseignement professionnel et ce n'est qu'accessoirement, pour certaines disciplines fondamentales qu'il est fait appel à des intervenants externes. Cette fonction d'enseignement qui doit se comprendre comme un devoir avait été renforcée par la consécration du rôle des praticiens dans ce domaine et notamment de la médecine de ville. Les dispositifs qui devraient être adoptés à partir des recommandations du rapport DUCASSO, JAECK, LECLERCQ faciliteront une plus grande reconnaissance par les instances universitaires du rôle des hôpitaux périphériques dans ce domaine. Le dispositif dans sa version achevée devrait renouer avec le monopole qui était celui de toute une corporation dans le domaine de la transmission des savoirs.

Ce lien entre l'enseignement théorique et la clinique, reconnue comme porteuse de savoirs nouveaux, est confirmé. En effet les exigences relatives à l'enseignement post universitaire obligatoire se confondent voire peuvent se substituer à celles relatives à l'évaluation des pratiques professionnelles. La formation médicale continue est entièrement gérée par

la profession au travers du conseil régional de la formation médicale hospitalière où le Conseil de l'Ordre a un rôle prééminent. La maîtrise des plans de formation appartient au corps médical des établissements.

Par ailleurs l'évaluation des pratiques professionnelles se construit à partir des préconisations des sociétés savantes et elles expriment naturellement un consensus de la profession. La même approche professionnelle prévaut pour l'accréditation des médecins qui exercent des professions à risques.

L'exclusivité de la relation au patient au sein du pôle est respectée dans les mêmes termes que dans les découpages fonctionnels précédents et ce par référence aux règles de déontologie. Elle se fonde également sur le contrat de soins qui consacre cette relation *intuitu personae*. Cette relation est d'ailleurs revalorisée par un formalisme qui donne à l'information une dimension quantitative et qualitative, elle doit être claire, loyale et appropriée. Le contrat de soin est exclusif et ne se confond pas avec une prise en charge plus collective à l'occasion d'un parcours thérapeutique.

Le ministère a toujours existé, aujourd'hui il s'organise. Le pôle décline dans sa dimension institutionnelle l'organisation en réseau des professionnels de la santé. Il n'est donc pas étranger à l'organisation de la médecine en général. La prise en charge des malades s'est complexifiée du fait du vieillissement des sujets, du développement des spécialités et de la diversification des moyens d'investigation. Il n'est pas rare que le malade ait plusieurs interlocuteurs et que s'organise autour de lui une prise en charge collective. Les étapes successives du processus des soins sont quelques-fois prévisibles à tel point qu'on peut les anticiper par référence à des conférences de consensus et sous la forme de chemins cliniques. Ces parcours de soins concernent pour un même problème de santé des disciplines connexes. L'organisation en pôles facilite les relations interdisciplinaires, définit le cadre économique et juridique du ministère et prend en compte l'ambivalence de la relation du thérapeute au patient en consacrant le ministère. Le contrat d'objectif et de moyens négocié par le chef de pôle avec le chef d'établissement, certes dans un cadre contraint, ne fait pas que reconnaître cette fonction d'ordonnateur principal des dépenses déléguée au médecin. Il consacre son rôle en tant qu'organisateur principal de cette activité dans le cadre d'une mission négociée et non pas imposée de fait. Il s'agit bien d'un ministère choisi et assumé.

La reconnaissance d'un ministère permet aussi de distinguer les fondements d'une responsabilité, conséquence des incertitudes d'un savoir lacunaire, de celle qui résulterait d'une faute non détachable du service. Il renforce la responsabilité de l'institution quel qu'en soit le régime (faute prouvée, présumée, sans faute).

Au demeurant lorsque la profession toute entière demande à la collectivité à la fois une prise en charge des assurances professionnelles et la mutualisation par la collectivité du risque financier qu'elle encourt du fait de son activité, celle-ci ne fait que tirer les conséquences de la distinction

entre le magistère et le ministère. Le statut protecteur qui découlait du ministère des médecins hospitaliers tend à se généraliser à l'ensemble de la profession, l'exonérant des conséquences financières de l'obligation de réparer.

C'est par la qualité de l'organisation de son ministère qu'un praticien pourra exercer son magistère, qu'il se donnera du temps et des moyens matériels pour contribuer à enrichir et à partager le savoir collectif. Les établissements devront relever ce défi qui consiste à la fois à répondre à l'attente des malades et à s'inscrire dans un réseau qui saura proposer à ses praticiens un espace pour la recherche. Ils renoueront ainsi avec leurs plus anciennes traditions.



Epilogue : à la recherche du patient perdu...

Force est de constater que, le patient et sa compliance ont disparu¹⁴.

L'accroissement du niveau d'exigence déloge le médecin de sa position de maître en tant qu'unique dépositaire du savoir. Le patient est devenu im-patient, il veut qu'on l'in-demnise. Du fait des progrès de la biologie moléculaire, on peut tout à fait imaginer qu'il ne serait même pas malade¹⁵. Dépourvu de symptômes apparents¹⁶ il attend désormais un service qu'il demandera lui-même ou par l'intermédiaire d'un membre de sa famille, voire même d'une association d'usagers. Si la cause de sa pathologie ne peut-être traitée, il exige l'atténuation des effets les plus préjudiciables par des soins palliatifs ou un traitement spécifique de sa douleur.

La loi Kouchner sur le droit des patients, le consentement éclairé, la désignation d'une personne de confiance, les associations de représentants des usagers, etc. sont autant de signes que le patient n'est plus. Ce n'est donc pas se situer en thuriféraire de l'exercice libéral de la médecine que de reconnaître que, désormais le patient s'est mué en client.

14. Le pourcentage de patients qui ne suivent pas les prescriptions médicales varie de 35 à 57 %. La proportion de médecins qui considéraient que leurs patients étaient exigeants lorsqu'ils étaient en début de carrière est de 8,8% et de 80,3% lorsqu'ils ont achevé leur carrière. Corrélativement, la part de médecins qui les jugent coopératifs passe de 34 à 23.

15. C'est le principe de la consultation d'onco-génétique, par exemple.

16. Exemple des pathologies coronariennes ou l'obstruction des artères peut-être décelée avant l'apparition de signes cliniques.

« Magistère : Composition à laquelle les alchimistes attribuaient des propriétés merveilleuses » (Définition du Petit Larousse illustré. Le développement et les progrès considérables de la médecine au cours de son histoire récente l'ont érigée au rang de discipline magistrale, au sens premier du terme. Science et pratique libre, elle est l'apanage d'une profession qui forme un corps, c'est-à-dire un ensemble indissoluble. Le corps médical reçoit au cours d'une longue formation un savoir dispensé par des maîtres, savoir qu'il a le devoir de transmettre à son tour.

Ministère : Fonction, charge que l'on exerce. Le ministère désigne le concept d'être au service, comme le sont les ministres du culte. Quant au mot Service, il apparaît au XIII^e siècle, comme dérivé de serf, issu d'une famille linguistique indo-européenne : swer, wer « faire attention ». De la même famille que « protéger, attendre, soigner » (En allemand : warten, en anglais : to ward). Servus en latin, qui donnera service, est aussi à l'origine de servare (préservar), observare (veiller sur), observantia (observation). Notons aussi que service a la même origine que « garde » (wardon germanique) et « guérir ».

« Client : mot peut-être d'origine étrusque du XIV^e siècle : Qui a recours au service de quelqu'un ».

Les pôles se définissent comme des entités comprenant des structures interne de prise en charge des malades par les équipes médicales, soignantes ou médico-techniques, identifiées par leur activité ou leur organisation, notamment les services et unités fonctionnelles.



Bibliographie

HIPPOCRATE, *De l'art médical*, Librairie générale française, 1994

FOUCAULT Michel, *Naissance de la clinique*, Paris, Presses universitaires de France, 1963

La naissance de la médecine sociale, in Dits et écrits, T.II, Editions Gallimard, 2001

Crise de la médecine ou crise de l'antimédecine ?, Dits et écrits, T.II, Editions Gallimard, 2001

La politique de la santé au XVIIIème siècle, Dits et écrits, T.II, Editions Gallimard, 2001

L'incorporation de l'hôpital dans la technologie moderne, Dits et écrits, T.II, Editions Gallimard, 2001

Médecins, juges et sorciers au XVIIème siècle, Dits et écrits, T.II, Editions Gallimard, 2001

CANGUILHEM Georges, *La connaissance de la vie*, PARIS, Librairie philosophique J.Vrin, 1965

ULLMANN Manfred, *La médecine islamique*, Paris, P.U.F., 1995

LEGOFF Jacques & TRUONG Nicolas, *Une histoire du corps au Moyen Âge*, Editions Liana Levi, 2003

LEBRUN F., *Se soigner autrefois. Médecins, saints et sorciers aux XVIIème et XVIIIème siècles*, Ed. du SEUIL, Coll. Points Histoire, 1995

DUBAS Frédéric, *La médecine et la question du sujet, Enjeux éthiques et économiques*, Les belles lettres, Paris, 2004

GORI Roland & DEL VOLGO Marie-José, *La santé totale*, Paris, Denoël, 2005

ADAM Philippe & HERZLICH Claudine, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, NATHAN, 2003

Dictionnaire de la pensée médicale, Paris, Presses universitaires de France,

GARNIER & DELAMARE, *Dictionnaire des termes de médecine*, Paris, MALOINE, 26^{ème} éd, 2000, p. 188

PICOCHÉ Jacqueline : *Dictionnaire étymologique du français*, Dictionnaires LE ROBERT, Paris, 1992

Repères étymologiques

Clinique : du grec klinikos provenant d'une famille indo-européenne klei, qui signifie à l'origine « incliner, pencher ». Kliné désigne le lit, klinikos le « médecin qui visite les malades alités », kliniké qui donnera clinique étant « les soins du médecin à un malade alité ».

Hôpital : Du latin hospes, hospitius, « qui reçoit un étranger ».

Médecin : du latin mederi, « donner des soins à ». Ce terme a des origines indo-européennes méd, qui renvoie à l'idée de prendre avec autorité et réflexion des mesures d'ordre. De la même famille que méditation, par exemple.

Patient : apparaît au XII^e siècle du latin pati, passus, souffrir, supporter. Pathos en grec. Ce mot a la même origine que « passion », qui apparaît au X^e siècle et qui désigne la douleur physique. La procession de la St-Jean donne à voir la « passion » du Christ, c'est à dire sa douleur.

Praticien : du grec prassein, « faire, exécuter, accomplir ». Praxis désigne l'action. Platon opposait la praktiké, science pratique à la science théorique.

Service : au XIII^e siècle, ce mot apparaît comme dérivé de serf, issu d'une famille linguistique indo-européenne : swer, wer « faire attention ». De la même famille que « protéger, attendre, soigner » (En allemand : warten, en anglais : to ward). Servus en latin, qui donnera service, est aussi à l'origine de servare (préserver), observare (veiller sur), observantia (observation). Notons aussi que service a la même origine que « garde » (wardon germanique) et « guérir ».

Soigner : « Etre préoccupé de » apparaît au XII^e siècle, de la même famille que « besoin ».





Jérôme Bobo



Guylène Roche

La loi du 4 Mars 2002 : utilisation courante en pratique psychiatrique

Résumé :

Il ne peut y avoir de vie en société sans règles, ces dernières permettent à chacun de connaître son espace de liberté et de pouvoir respecter celui d'autrui. La loi du 4 MARS 2002 s'intitule « Droits des malades et qualité du système de santé », elle traite de nombreux domaines, elle comprend 125 articles. Elle traduit une volonté de protection des personnes et non pas une volonté de reconnaissance de la qualité des professionnels. Nous avons centré ce travail sur les applications de la loi en psychiatrie dans le domaine de l'information du patient. Nous nous proposons à travers la coopération de 5 Psychiatres praticiens hospitaliers du CH d'UZES dans le GARD (30701) d'étudier les répercussions de cette loi dans notre pratique quotidienne, et de voir si nous mettons tout en œuvre pour la respecter. Le droit des malades a évolué ainsi que leurs exigences. Ils désirent d'une manière générale un savoir plus partagé et une participation active aux décisions qui les concernent, mais en psychiatrie cette loi peut elle s'appliquer alors que la plupart de nos patients ont perdu leur faculté de jugement ? Nous avons le devoir moral de respecter ce nouveau mode de relation Médecin – Patient qui suit l'évolution de notre société mais nous devons aussi tenir compte de la spécificité de notre exercice en prenant quelques précautions particulières exposées ici afin de ne pas nous mettre en danger d'un point de vue médico-légal. Pour finir, nous nous proposons de faire quelques propositions pratiques à travers le vécu de cinq psychiatres praticiens hospitaliers afin de mieux se conformer à la loi.

« Un praticien peut être amené à voir sa responsabilité engagée d'une part sur le fondement de son obligation d'information, et d'autre part sur le fondement de son obligation de soins [6] ».

1. La loi du 4 Mars 2002

Généralités

La loi du 4 mars 2002 n'est visiblement pas un texte électoraliste mais bien l'aboutissement de l'évolution de notre société [4]. Certains prétendent que cette loi était prévisible et annoncée : en effet plusieurs indicateurs (loi du 20 décembre 1988, loi du 27 juin 1990, Charte des patients de septembre 1995, nouvelle version du code de la déontologie des médecins de septembre 1995 ou nombreux arrêts de la cour de cassation et du conseil d'état entre février 1997 et mai 2000) traduisaient une volonté médicale sociale et politique de modifier les rapports soignants soignés [4][8].

Cette loi est bien une révolution culturelle [4] passée inaperçue sans aucun retour en arrière possible qui s'impose à la médecine mais surtout aux médecins, elle modifie

considérablement le statut des patients en les rendant plus responsables et plus impliqués dans la prise en charge de leur maladie.

Il s'agit en fait d'une deuxième « désaliénation mentale » mais à un niveau différent : si l'on fait référence à Philippe PINEL, à Jean Etienne Dominique ESQUIROL et à la loi de 1838, il n'est plus question de rendre la psychiatrie à la médecine ou de protéger le malade de l'arbitraire mais de parler à son patient, de lui expliquer sa pathologie et les différents traitements possibles avec les risques que ceux-ci comportent et d'arriver à un consensus ou un contrat de soins dans lequel le médecin perd une partie de son pouvoir, le malade fournissant un consentement éclairé [5].

Les conséquences de la loi

L'information du patient avant la loi

Avant l'arrêt du 25 février 1997 de la cour de cassation (arrêt Hedreul), l'obligation d'information du patient, comme celle du consentement qui en découle, était admise par tous les médecins, modulée par la conscience professionnelle de

chacun et la spécificité de sa pratique. L'arrêt en question a brutalement fait voler en éclats le consensus implicite sur l'information du patient [4].

Le corps médical a réagi sur un mode plutôt défensif et a confié à ses sociétés savantes le soin de formaliser les informations disponibles pour chaque acte et chaque discipline [1][4].

Le législateur, lui, a réagi par la loi du 4 mars 2002 pour que cette question de l'information soit réglementée par un texte moins brutal et plus nuancé que d'audacieuses avancées jurisprudentielles [4].

Lorsque le corps médical a voulu codifier ses règles professionnelles, il s'est doté d'un code de déontologie publié sous forme de décret à partir de 1947 et révisé en 1955, 1979 et 1995.

L'article 35 de l'actuel code est entièrement consacré à l'information du patient : « le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension » [3].

Pour les patients hospitalisés, la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière reconnaît le droit à l'information du malade accueilli dans un établissement de santé public ou privé. Il est précisé que les praticiens assurent l'information des personnes soignées et que les personnels paramédicaux participent à cette information dans leur domaine de compétence [4].

La charte du patient hospitalisé (6 mai 1995) comprend un chapitre intitulé « de l'information du patient et de ses proches » qui reprend les principes de déontologie médicale concernant l'information du malade. Le principe d'égalité d'accès à l'information est rappelé, c'est-à-dire son adaptation aux difficultés de communication et de compréhension des patients [4].

Avant la loi du 4 mars 2002 l'information du patient est implicite et répond au respect d'un code de déontologie ou de « bonne conduite » admis par tous et basé sur une relation de confiance entre le médecin et son patient [4].

C'est dans ce contexte qu'intervient l'arrêt du 25 février 1997 de la cour de cassation (arrêt Hedreul) qui décide de modifier la question de la charge de la preuve en matière d'information du patient. Cette preuve était auparavant dévolue au patient qui devait démontrer, en cas de plainte, que le médecin avait manqué à ses obligations contractuelles en matière d'information. Depuis l'arrêt Hedreul, c'est au



médecin qu'il incombe d'apporter la preuve qu'il a rempli son obligation d'informer son patient : « le médecin est tenu d'une obligation particulière d'information vis-à-vis de son patient et il lui incombe de prouver qu'il a exécuté cette obligation » [2].

Nous passons donc brutalement d'une ère de confiance mutuelle à une ère contractuelle [4].

L'information du patient après la loi :

L'information est avant tout destinée aux patients en état de la recevoir à moins qu'ils aient exprimé la volonté d'être tenus dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic, sauf risque de contamination [1][4][7].

En cas de diagnostic ou de pronostic grave, la famille ou les proches ou la personne de confiance que le patient a désignée reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre de lui apporter un soutien direct sauf opposition du patient [4][7].

L'information porte sur l'état de santé du patient et sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui lui sont proposées [7].

Au total depuis la loi de 2002, l'information est beaucoup plus précise : la maladie doit être expliquée ainsi que ses complications possibles et le pronostic [4]. L'information ne s'arrête pas là puisque le médecin a aussi l'obligation de renseigner sur les examens complémentaires et leurs risques respectifs et doit ainsi évoquer la notion de bénéfice / risque. Les bénéfices escomptés doivent être présentés avant les risques éventuels, le patient doit être invité à formuler

toute question qu'il désire poser [4][7]. Enfin si le malade refuse les soins ou un examen complémentaire il doit être prévenu des risques qu'il encoure et des conséquences que ce refus peut avoir sur l'évolution de sa maladie [4][7].

Le médecin doit s'assurer que l'information est bien comprise par son patient et doit fournir la preuve en cas de plainte que toutes ces dispositions ont bien été respectées [2].

Dans le cas où le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et de participer à la décision, « la *personne de confiance* » prévue au nouvel article L 1111-6 ou sa famille ou à défaut, un des ses proches, doit être consulté sauf urgence ou impossibilité [7].

La loi de 2002 modifie les règles du code de déontologie médicale et de la charte du patient, renforçant les droits de ces derniers en **instaurant une décision conjointe patient - médecin [4].**

Le patient acquiert donc par cette loi des droits plus étendus mais accède aussi à une certaine responsabilité puisqu'il décide [4].

2. La spécificité de la Psychiatrie

L'information du patient en Psychiatrie

L'article 35 du code de déontologie recommande au médecin de tenir compte de la personnalité du patient (élément repris dans la loi de 2004) [3][7].

La loi du 4 mars 2002 évoque les facultés de discernement des incapables majeurs sous tutelle en matière d'information [4].

En dehors de ces deux points les problèmes spécifiques de l'information en psychiatrie ne sont pas abordés dans cette nouvelle loi [4]. Nous devons donc nous même pouvoir

transposer cette loi « généraliste » et l'adapter à l'exercice de la psychiatrie.

Cependant nous sommes confrontés à des questions spécifiques :

- quelle est la capacité du patient à être informé quand il souffre lui-même de troubles psychiatriques ? (troubles délirants, dysthymiques, agressivité).
- quel est l'impact que peut avoir cette information sur son état psychique déjà fragilisé ?
- quel est l'impact que peut avoir cette information sur le consentement au soins et la relation médecin - patient ?
- quelle est la conséquence sur le milieu familial de cette information, en sachant que les familles peuvent être soit un facteur étiopathogénique soit un facteur thérapeutique ?
- il est parfois important d'informer les familles (risque suicidaire), parfois il semble important de ne pas les informer (conflits d'intérêt, risque de rejet, respect du secret médical).
- La communication verbale n'est elle pas plus importante en psychiatrie que l'écrit ? l'information du médecin n'est elle pas par elle-même thérapeutique ?

La loi du 4 mars 2002 introduit la notion de « *personne de confiance* » qui est le représentant du patient nommé par celui-ci, elle intervient lorsque l'état du patient altère ses facultés de discernement ou lorsque l'information peut être nocive pour le patient. Il est possible que la *personne de confiance* soit la seule innovation de la loi en matière de psychiatrie [4] (légalisation de celle-ci) et que nous fassions de plus en plus appel à elle, en effet dans les autres domaines, la loi plagie un peu l'article 35 du code de déontologie médical [4] tout en clarifiant les conséquences de l'arrêt du 25 février 1997.



3. Que faisons nous ?

Nous avons demandé à cinq Médecins Psychiatres Praticiens Hospitaliers au CH Mas Careiron à UZES dans le GARD de bien vouloir répondre à un questionnaire faisant référence à la loi du 4 mars 2002, à l'information du patient et à leur pratique quotidienne en ce qui concerne le respect de cette loi. Les résultats seront regroupés sur une « grille de lecture » afin de rendre les réponses aussi claires que possible, les questions seront centrées bien évidemment sur l'information du patient et les moyens mis en œuvre pour y parvenir. Le questionnaire restera anonyme afin de ne pas personnaliser les réponses.

La population cible

Les 5 praticiens travaillent dans 2 unités d'admission : le secteur 30 G 06 (zone géographique autour de Bagnols sur Cèze) et le secteur 30 G 05 (zone géographique autour d'Uzès) dans le Gard. Ils ont respectivement 15, 25, 30, 34, et 15 ans d'exercice et interviennent tous sur des structures extra-hospitalières (hôpitaux de jour, CATTP, CMP) et intra-hospitalières. Deux sont chefs de services et seront distingués par deux astérisques**, un praticien participe à des essais de nouvelles molécules avant mise sur le marché et sera identifié par un astérisque*, un dernier participe à la

psychiatrie de liaison dans des maisons de retraite publiques ou privées avec lesquelles notre établissement a passé une convention.

La méthode utilisée

Elle est basée sur un questionnaire comprenant des questions fermées et semi ouvertes.

La grille de lecture

Les critères contenus dans les questions

Les questions une et deux recherchent la connaissance et l'application de la loi du 4 Mars 2002.

Les questions trois et quatre ont pour objet de mettre en évidence les moyens utilisés pour le traçabilité et le contrôle de l'information donnée.

La question cinq porte sur l'information des risques encourus en cas de refus de soins.

Les questions six et sept portent sur la personne de confiance et la question huit recherche si le praticien informe le patient sur les bénéfices /risques liés aux soins.

La question neuf est une question ouverte pour recueillir des propositions.

La grille de lecture

THEMES	PRATICIEN N°1** Quinze années d'exercice	PRATICIEN N°2** Vingt cinq ans d'exercice	PRATICIEN N°3 Trente années d'exercice	PRATICIEN N°4 Trente quatre ans d'exercice	PRATICIEN N°5* vingt cinq ans d'exercice
Questions 1 et 2 Connaissance et application de la loi du 4 Mars 2002	Oui, je connais. Donner un cadre à l'information des patients, tous les patients.	Oui, je connais. Le malade mental est un citoyen à part entière.	Oui, je connais. Dans la mesure où elle concerne le dossier du patient et la personne de confiance.	Oui, je connais. Les patients ont tous les mêmes droits.	Oui je connais. Pas de différence entre la Psychiatrie et la Médecine.
Questions 3 et 4 Traçabilité et contrôle de la compréhension de l'information	Fiche spécifique bénéfice/risques malheureusement très peu renseignée. Entretien avec le patient.	Rubrique écrite dans le dossier "soins proposés" avec la mention "refusé" ou "accepté". La re-formulation par le patient de ce qui lui a été dit.	Pas de traçabilité matérielle. Je ne traite pas de la liste des effets secondaires des médicaments. Je reviens avec lui sur certaines questions (indications de son traitement).	Le dossier du patient et d'autres documents s'il en existe. Je demande au patient s'il a bien compris les informations données.	Dossier patient. Pour la compréhension, j'utilise le dialogue immédiat, à court terme et à long terme. Cela veut dire tout au long de la prise en charge.
Question 5 Refus de soins, risques encourus, Information donnée	Information sur sa maladie plus entretien avec le patient, éventuellement mobilisation plus large de l'entourage.	Les risques sont énumérés et inscrits sur son dossier.	Information verbale et parfois nécessité de transformer une HL en HDT pour des soins parfois urgents sans consentement.	Information du patient en y associant si possible l'entourage, le tout est rapporté sur le dossier.	Explication orale du risque.

Question 6 et 7 La personne de confiance est elle recherchée	Oui parfois, quand opposition du patient ou relation difficile. Besoin de soutien ou urgence.	Oui parfois, celle-ci peut être un tiers dans le cas où il y a refus de soins, d'un isolement, voire d'une sortie prématurée du patient.	Pas automatiquement mais la secrétaire oui pour des raisons administratives. Recherchée souvent si contact très difficile ou impossible.	Oui car c'est légal. Mais surtout en cas d'hospitalisation.	Relation duelle à élargir si contexte particulier : pour élargir l'info (alliance), quand il y a besoin d'un appui, pour une interprétation "systémique" d'un trouble.
Question 8 L'information des Bénéfices et risques	Non, la plupart des cas par manque de temps.	Oui très souvent car donner l'information peut permettre au patient qu'il soit acteur de ses soins.	Pas systématiquement car chez des patients déjà réticents j'évite de parler des effets secondaires des médicaments.	Oui car cela permet toujours une bien meilleure participation des patients.	Bénéfice : oui bien sûr Risque : pas toujours, si le risque est clair et formel, alors là oui.
Question 9 Les propositions	Adapter si possible les contraintes de cette loi à l'efficacité de chaque patient. Notion de colloque singulier.	Le dossier patient doit comporter des rubriques spécifiques permettant l'explication de cette loi.	Extraire les passages qui concernent les médecins et les diffuser, les discuter, les présenter aux EPU.	Diffuser l'information.	Il faut passer d'un régime "ponctuel" de prescription médicamenteuse à un régime plus "processuel" (inclu dans un processus thérapeutique).

L'analyse des contenus

Analyse par critère pour chaque interviewé (Analyse verticale) :

Praticien N°1 :

Le praticien connaît bien la loi visiblement, étant chef de service, l'implication médico-légale semble importante à ses yeux. Soucieux que tous les patients psychiatriques ou non aient le même statut, il se rend bien compte que le manque de temps à accorder à chaque patient ne nous permet peut être pas d'être en totale conformité avec la loi sur le plan de l'information du patient et du contrôle de sa compréhension ; il en est de même sur l'information des bénéfices - risques. Le refus de soins passe par le dialogue en faisant appel à la famille si cela semble nécessaire. La personne de confiance est parfois sollicitée en cas de relation difficile ou d'opposition du patient mais elle n'est pas recherchée systématiquement.

Praticien N°2 :

Le praticien est aussi chef de service, « le malade mental est un malade comme les autres » avec en plus une notion importante de citoyenneté à part entière. « La maladie ne prive pas de droits mais doit renforcer les droits ».

Le praticien prévoit dans le dossier une rubrique spécifique sur les soins acceptés ou refusés et un échange avec le patient permettant de s'assurer qu'il a bien compris l'information (« reformulation » par le patient).

Les risques engendrés par le refus de soins sont expliqués et notés dans le dossier.

La personne de confiance est parfois mise à contribution quand il y a refus de soins, isolement familial ou social du patient ou demande de sortie prématurée du patient (ce

dernier cas nous pose souvent beaucoup de problèmes : patient vu fréquemment en garde donc peu connu).

La question des bénéfices - risques est très souvent abordée, le patient devenant alors acteur de ses soins. Nous sommes là dans le véritable esprit de la loi du 4 mars 2002.

Praticien N°3 :

Le troisième praticien connaît la loi et évoque le dossier patient et la personne de confiance qui devient légalisée. Les effets secondaires des traitements ne sont pas ou peu évoqués contrairement aux indications des médicaments, le dialogue étant plutôt centré sur la maladie, son devenir possible et les possibilités thérapeutiques. Pour ce praticien, l'information verbale est privilégiée au détriment de l'écrit. En cas de refus de soins, si le patient ne souhaite pas rester hospitalisé quand cela est nécessaire, il est envisagé de transformer l'hospitalisation libre en hospitalisation à la demande d'un tiers. La question de l'information du patient en refus de soins et du contrôle de sa compréhension n'est pas abordée. La personne de confiance est peu recherchée, uniquement en cas de contact très difficile ou impossible.

Praticien N°4 :

Pour ce praticien qui connaît la loi, les patients ont tous les mêmes droits. La traçabilité se fait par un écrit sur le dossier et le praticien demande au patient s'il a bien compris l'information.

Pour le refus de soins, le praticien fait appel à l'entourage et écrit l'ensemble des éléments dans le dossier.

La personne de confiance est facilement recherchée car cela est légal, mais surtout en cas de prise en charge intra-hospitalière et très peu en CMP, « les pathologies étant plus souvent stabilisées ».

L'information sur les bénéfices risques semble importante

pour ce praticien et permet une meilleure participation du patient à sa prise en charge.

Praticien N°5 :

La loi est connue, il n'existe pas de différence entre les malades mentaux et les autres.

La traçabilité passe par des écrits sur le dossier patient, la compréhension de l'information doit se faire tout au long de la prise en charge et pas seulement lors d'une consultation plus importante que les autres (notion de prise en charge et d'échanges mutuels dans le temps).

L'explication du risque encouru en cas de refus de soins est orale.

Le praticien insiste sur la relation duelle de la consultation.

La personne de confiance n'est donc pas systématiquement recherchée mais il n'hésite pas à la contacter en cas de besoin d'élargir l'information, en cas de nécessité d'un appui extérieur pour augmenter l'alliance thérapeutique.

Le praticien évoque alors la personne de confiance dans le cadre d'une « interprétation systémique des troubles », nous lui avons demandé de préciser sa pensée :

« il s'agit de comprendre la psychopathologie de la maladie chez un patient en se faisant communiquer des informations que le patient ne nous délivrera pas, pas plus que sa famille d'ailleurs car trop proche du patient ou parce qu'elle ignore certains faits, la personne de confiance permet d'enrichir la connaissance de l'environnement du patient pour mieux comprendre sa maladie et ainsi mieux la traiter ».

En ce qui concerne les thérapeutiques, les bénéfices escomptés sont systématiquement mis en avant contrairement aux risques qui ne sont dévoilés que s'ils sont formels et avérés.

La loi du 4 mars 2002 nous demande d'ailleurs de mettre en valeur les bénéfices escomptés par rapport aux risques.

Analyse par critères pour tous les interviewés

Connaissance et application de la loi

Tous les praticiens connaissent la loi, les deux chefs de services y sont particulièrement sensibilisés et confrontés. Nous ressentons un petit « agacement » chez bon nombre d'entre eux quand nous leur demandons si cette loi peut s'appliquer en psychiatrie. La réponse est unanime, les malades mentaux sont et doivent être des patients comme les autres.

Traçabilité et compréhension de l'information

Seul le quatrième praticien n'utilise pas la traçabilité écrite en ce qui concerne le traitement de l'information, il privilégie le langage oral évidemment essentiel en psychiatrie mais il se retrouve en infraction au regard de la loi de 2002.

Tous les autres praticiens rassemblent par écrit les éléments



marquants de la relation médecin - patient.

Tous (sauf un) prennent le temps de s'assurer que le patient a bien reçu l'information et le transcrivent dans le dossier mais pratiquement tous oublient d'écrire dans le dossier que le patient a bien compris cette information. Il ne s'agit pas là d'un point de détail mais plutôt d'un point crucial car la loi impose que l'information s'adapte à la personnalité du patient et à ses facultés de compréhension, il ne sert à rien de donner une information si elle ne peut pas être comprise.

Dans ces conditions l'ensemble des praticiens du questionnaire, sans le savoir, prend un risque médico-légal au regard de la loi car il est très difficile en cas de litige de prouver a posteriori que le praticien a bien été compris du malade et d'en apporter la preuve.

En dehors de l'écrit, il restera donc la preuve testimoniale ou de présomption, mais elles sont très difficiles à démontrer. Nous sommes à nouveau au cœur de l'esprit de la loi dans la relation médecin - patient qui revêt un caractère particulier en psychiatrie.

Le cinquième praticien insiste sur la longueur de la prise en charge en psychiatrie et la possibilité de faire passer des informations à un rythme propre au patient et à sa maladie dans l'espoir d'une meilleure compréhension (dialogue à long terme).

Refus de soins, risques encourus et information donnée

Sur le refus de soins, seuls deux praticiens le notent sur le dossier, l'un des deux énumère l'ensemble des risques encourus par oral et par écrit.

Les autres privilégient le langage oral en prenant aussi dans ce cas un risque médico-légal.

Deux praticiens associent l'entourage à ce cas de figure.

Aucun ne s'assure par écrit de la bonne compréhension du patient ce qui poserait problème en cas de litige.

Bibliographie

1. ANAES, information des patients, recommandations destinées aux médecins, ANAES-HAS, mars 2000, PARIS.
2. Centre de Documentation en Droit Médical, Arrêt Bianchi, Arrêt CC mai 2000, Arrêt Hedreul-Cousin, Arrêt Perruche, Faculté de Droit, Université Paris 5.
3. Code de Déontologie Médicale.
4. CORDIER B, LACHAUX B., SENON JL., TYRODE Y., Brochure sur l'information en psychiatrie, Enjeux de la nouvelle loi, Editions Wyeth, Mars 2003, PARIS.
5. DURAN J., COINTET E., VELLUTINI P., BUGAINY R., Environnement juridique et soins des patients, Editions de l'interligne, N°12 avril 2006, ISSY LES MOULINEAUX.
6. DURRIEU-DIELBOLT, Avocat à la cour, Le risque médical ou l'aléa thérapeutique, Réseaux et systèmes d'information santé, Editions Caducée.net, 2003, PARIS.
7. Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
8. Loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.





Didier Bourgeois¹ André-Salomon Cohen²

Fragments d'une psychiatrie éco-citoyenne à l'hôpital de Montfavet Actualité de la psychiatrie institutionnelle

Ce texte est l'écrit d'une communication effectuée le 04 avril 2007 au CH de Montfavet, avec le soutien des Laboratoire Lilly.

La théorie

La psychiatrie institutionnelle est un dispositif soignant à visée désaliénante qui a montré sa pertinence dans le cadre de l'hôpital psychiatrique, là où il est né après la seconde guerre mondiale, se développant au fur et à mesure que l'ambiance dans ces institutions se transformait grâce pour partie à l'introduction des psychotropes et aussi au professionnalisme croissant des soignants.

Le formidable processus de (re)socialisation qu'elle entreprend, à l'échelle de l'espace clos asilaire permet à des malades, jusque-là confinés et contraints, de (re)vivre comme à l'extérieur (mais à l'intérieur toutefois.) Les clubs thérapeutiques, les ergothérapies, la banque des malades ainsi que d'autres structures ont dessiné autour des patients un paysage familier se voulant à l'image de l'ordinaire et du normal extra-muros. Ceci facilita, à l'étape suivante, l'externalisation progressive des moins malades d'entre eux et leur prise en charge ambulatoire ultérieure dans ce qui allait devenir la psychiatrie de secteur. La limite intra-extra était devenue poreuse, le temps d'hospitalisation pouvait se concevoir comme l'un des temps seulement de la prise en charge; l'ambulatoire devenant la règle. De cette discontinuité spatiale et temporelle est née la désaliénation.

1. Chef-de-service Pôle Est

2. PH, Président du Comité hospitalier
CH de Montfavet

À une époque où la notion de travail était la valeur fondatrice de la civilisation, donc de l'idée de resocialisation, le pronostic vital d'un sujet malade était principalement évalué à l'aune de sa capacité de travail. Le handicap se déterminant par rapport à celle-ci, il était logique que le travail institutionnel porta sur la dimension ergothérapique.

Aujourd'hui, les enjeux sont différents, le travail n'est plus un objectif en soi pour beaucoup de patients. Certaines dynasties familiales fonctionnent et se perpétuent sans cet outil socialisant depuis plusieurs générations¹. Dans un monde prônant l'affirmation de soi, les pathologies du narcissisme devenant enjeux majeurs de la psychiatrie de ce début de siècle, l'effort thérapeutique institutionnel (et psychothérapique individuel) s'appuie sur cet accomplissement personnel restaurateur du Soi : Art-thérapie et thérapies psycho-corporelles participent de ce recentrage volontariste du sujet sur lui-même, de cette quête désespérée d'une estime de soi suffisante pour accepter de se montrer² parmi le cortège des vainqueurs (jeunes, en bonne santé, riches et beaux) que l'on met en exergue partout.

La psychothérapie, dont la psychanalyse est le parangon, est pour partie une prise en compte de l'acte. L'acte manqué comme l'acte analytique (acte intellectuel) sont subversifs. Le «passage à l'acte», s'il appartient naturellement à la clinique des psychopathies est un mode d'être généralisé. «J'agis donc je suis.» A une époque où les protocoles et les procédures³ envahissent le champ de la santé mentale, il reste à assimiler dans la pratique thérapeutique le fait que dans la psychothérapie, le savoir n'est pas du côté de l'encadrant (l'analyste) mais découle du discours et de l'agir de celui qui accepte son immersion dans le processus thérapeutique.

1. Du point de vue socio-économique, on peut distinguer aujourd'hui «ceux qui vivent de leur travail» et ceux qui vivent du travail des autres? Dans cette dernière classe, il y a les exploités au sens marxiste du terme mais aussi les pensionnés tout autant que les enfants et les malades. Une nouvelle ligne de fracture de classes se dessine ainsi.

2. L'expansion actuelle des demandes de soin pour phobie sociale est symptomatique de la difficulté de certains dans leur être-au-monde au sens phénoménologique.

3. L'acte s'y trouve figé avant de naître puisqu'il est pensé, validé écrit avant d'exister.

La relation n'est pas si hétérodoxe que le conçoivent certains thérapeutes mais relève d'une co-construction de savoir accompagnée d'une co-destination partielle. Ainsi circonscrite et revisitée, elle participe d'un cadre flottant légitimé par ce qui est découvert en chemin. Cela s'appelle aussi la vie. Il s'agit donc de (re)mettre de la vie dans l'existence de sujets que leur maladie et leurs handicaps bio-psycho-sociaux gigognes avait marginalisés, c'est à dire réduit à l'état d'objet: objet du savoir médico-psychiatrique, objet de pitié ou d'effroi, d'études, d'expériences, d'expérimentation, de protocoles, spectateurs du monde. Il s'agit alors d'entrevoir leur retour au monde, sorte de renaissance en somme. En d'autres termes, il s'agit de faire de la désaliénation, de la désinstitutionnalisation⁴. C'est ce qu'avaient compris les désaliénistes et dans une certaine mesure les antipsychiatres.

Etre désaliéniste au XXI^e siècle peut sembler une gageure à l'heure où le tout sécuritaire des lois sarkosystes met en acte un nouveau *Grand renfermement* préventif sous tendu par l'assimilation de la souffrance psychique à une déviance⁵. Pourtant, le désaliénisme doit demeurer une pratique quotidienne qui n'est pas obsolète aujourd'hui. Elle le sera d'autant qu'elle sera écologique, c'est à dire prenant en compte le contexte au sens large comme facteur influant sur les individus (et donc l'avenir du contexte) mais aussi sera citoyenne puisqu'elle suppose une responsabilisation de chacun vis à vis du contexte en devenir. En ce sens, la psychiatrie désaliéniste contemporaine doit être éco-citoyenne.

La pratique

Pour illustrer cette démarche soignante, nous allons décliner cette approche éco-citoyenne au niveau de trois lieux emblématiques de la psychiatrie institutionnelle et sectorielle. La dimension éco-citoyenne ne résume pas la totalité de ce qui se fait ici mais le fait qu'elle infiltre la pratique est à concevoir comme thérapeutique. C'est une sociothérapie autant qu'une psychothérapie:

- En intra-hospitalier: La cafétéria
- Dans un hôpital de jour: «Les Cépous»
- En CMP: Un groupe de parole pour victimes d'abus sexuels.

4. Ces deux termes sont très connotés historiquement. Ils renvoient à une période clefs de l'histoire de la psychiatrie, l'anti-psychiatrie, active dans les années 70. Alors que la théorisation de la psychiatrie institutionnelle postulait, entre autres concepts, qu'il fallait structurer et soigner l'institution pour la rendre soignante, ce qui aboutit à des dérives totalitaires (Cf l'institution totale selon GOFFMANN), l'anti-psychiatrie préconisa la disparition libératrice de l'institution. La fermeture des asiles en Italie (loi 180) sus l'impulsion de franco BASAGLIA en fut l'illustration: passage à l'acte autolytique ?

5. On retrouve l'aberration stalinienne qui voulait que tout opposant au régime socialiste d'alors, parfait par nature, ne pouvait être qu'un malade mental. De cela découlait l'idée d'une psychiatisation de la dissidence et la notion de psychose blanche, une psychose encore asymptomatique qui justifiait néanmoins un enfermement préventif. Avec les notions de prédiction de la dangerosité et de la déviance future qui ont suivi l'expertise de l'INSERM, on suit cette logique.

6. Ces accessoires sont ceux dont on est systématiquement dépouillé lorsque le statut de malade s'applique. On peut faire le parallèle avec les « chaussure, ceinture, montre » que l'on doit abandonner en rentrant à l'hôpital général ou les lacets et ceinture confisqués en cellule de dégrèvement au commissariat.

7. Nous tentons actuellement de promouvoir la vente de cartes postales spécifiques au CH de Montfavet, illustrées par des vues de l'hôpital ou des oeuvres d'art créées par les patients. Ceci a pour but de démontrer qu'un hôpital psychiatrique peut être aussi un lieu de villégiature ordinaire.

8. D. BOURGEOIS: le caféisme institutionnel dans la relation thérapeutique. Vie Sociale et Traitement N° 17, 1990.

9. Les hôpitaux ruraux qui avaient su développer cette auto-subsistance ont naturellement moins souffert de la pénurie alimentaire instituée durant la seconde guerre mondiale qui aboutit à la mort par privations et inanition de près de 40.000 malades mentaux. Voir l'ouvrage de M. LAFONT: L'Extermination douce des malades mentaux, 1987. Ed. Du bord de l'eau.

La cafétéria

L'espace que constitue la cafétéria (C) de l'hôpital psychiatrique nous est apparu comme le lieu idéal de cette renaissance.

- C'est un lieu chargé d'histoire, l'un des derniers témoins de la psychiatrie institutionnelle, de cette époque où le dispositif soignant intra muros s'appuyait sur ces structures de réhabilitation sociale: Club, ateliers d'ergothérapie, mais aussi église et temple...
- C'est un lieu à vocation conviviale. Il n'est pas perçu, par les patients comme les soignants, comme un lieu de soin. Il n'a pas cette aura institutionnelle inhibitrice si évocatrice de la contrainte.
- C'est aussi un point de capiton entre l'extérieur et l'intérieur. Ici se met en acte une porosité voulue entre la ville et les unités de soin. lorsqu'on est hospitalisé, en service libre ou sous contrainte, on peut y cantiner (comme en prison) ces indispensables accessoires de la vie quotidienne⁶: Tabac (avant que l'évolution draconienne de la réglementation ne tente de l'expulser des asiles alors que jadis, il faisait partie de l'ordinaire assuré des patients (comme à l'armée les «Gauloises troupe»), rasoir, parfum, dentifrice, timbres-poste, cartes postales⁷, café⁸, chicoré, sucre, carte téléphonique... Depuis toujours des patients sont admis à servir en salle, faire la plonge, nettoyer. Ils sont intégrés dans le fonctionnement du lieu et rétribués selon une norme héritée de la psychiatrie institutionnelle. Il est à noter que la montée en puissance des protocoles hygiénistes rend de plus en plus difficile la pérennisation de ces modalités de soin par immersion narcissisante dans le monde ordinaire.

Les Cépous

Cet hôpital de jour (HDJ) avignonnais perpétue l'histoire de l'hôpital. Autrefois les asiles cherchaient à être le plus autonome possible quant à leur approvisionnement. Bénéficiant d'une main-d'oeuvre abondante, pas toujours formées bien que naturellement la plupart des malades d'autrefois venant de la campagne, ils avaient un savoir faire, possédant des terres issues de donations, l'hôpital avait développé la culture vivrière et l'élevage de cochons, nourris aussi avec les eaux grasses, c'est à dire les restes des repas⁹.



TOMATE NARCISSISANTE

Vers la fin des années soixante, la modification du paysage économique et l'essor des réglementations a rendu peu à peu désuète (ou considéré comme telle) cette approche. Peu à peu, la chaîne froide normalisante s'est imposée. On mange à l'hôpital psychiatrique la même chose qu'à la cantine des écoles.

Aujourd'hui, aux Cépouins, on cultive puis on vend des légumes de saison. Les clients sont en général des agents de l'hôpital et un petit marché hebdomadaire est monté en saison devant le restaurant du personnel. Ce sont les patients qui assurent la vente. Le *Comité hospitalier*, association loi 1901 dans l'hôpital, sert de relais régulateur pour les transactions financières que cela suppose et les bénéfices sont réinvestis au profit des patients. Le tout se formalise dans les comptes de l'association.

Par ailleurs, il est à noter que les principes d'une agriculture raisonnée, d'inspiration écologique, sont appliqués. Il n'est cependant pas possible de produire aux Cépouins une agriculture certifiée biologique car les terres sont cernées de champs «normaux». Là encore, l'influence de l'extérieur se fait donc sentir. L'hôpital n'est plus un, isolat coupé du monde. Il subit l'influence du contexte mais il peut en retour influencer sur celui-ci.

Ces deux structures sont animées par des équipes différenciées. Dans les deux cas, même si le montage du dispositif est différent, les soignants sont épaulés par du personnel en principe «non soignant», des ouvriers, et une osmose se fait. Blouses bleues et blouses blanches se mêlent. Les patients passent potentiellement de l'une à l'autre des structures tandis que par ailleurs, existent au sein du service d'autres unités de soins semi-ambulatoires plus traditionnelles relevant de la psychiatrie de secteur:

- Les Centres médico-psychologiques,
- Les Centres d'accueil thérapeutique à temps partiel,
- Un autre hôpital de jour (Le Trait d'Union), plus orienté sur une prise en charge traditionnelle associant activités

ludiques, artistico-occupationnelles et psychocorporelles.

En outre, les autres outils institutionnels existant au sein de l'établissement, structurés la plupart du temps en fédérations à vocation intra-sectorielle, restent largement utilisés:

- Fédération d'Art-thérapie,
- Fédération Sport,
- Ergothérapie centrale.

En quoi cette pratique est-elle une psychiatrie éco-citoyenne?

Diverses activités complémentaires sont proposées au niveau de ces structures, elle se répondent, s'enchaînent, s'entrecroisent, contribuent à établir une ambiance sans entrer dans le systématisme militant.

Elles sont éco-citoyennes dans la mesure où elles postulent que les patients, au-delà de leur problématique individuelle sont aptes à retrouver et développer des conduites de l'ordre du solidaire, du bénévolat, de la prise en compte de l'intérêt d'autrui, d'un sens collectif. A la narcissisation individuelle que procurent les activités art-thérapeutiques ou psycho-corporelles s'ajoute la dimension complémentaire et potentialisatrice d'un narcissisme collectif, quelque peu prothétique au début, puis peu à peu intégré dans l'économie psychique propre des sujets¹⁰.

Ces activités sont polymorphes. Nous allons en citer quelques-unes comme *fragments d'une psychiatrie éco-citoyenne*.

A-Le parcours citoyen (HDJ):

À partir de la constatation que la plupart des patients pris en charge en psychiatrie, à l'image des citoyens ordinaires, connaissaient peu le dispositif politique qui les régit, il a été proposé à un groupe de patients de s'engager dans une initiation à la vie politique. Même si un certain nombre de patients sont sous tutelle ou sont d'origine étrangère, et donc privés du droit de vote, ont été programmés des visites avec accompagnement soignant, : En mairie, au conseil Général, au conseil Régional et in fine, un voyage à Paris avec visite de l'Assemblée Nationale ce qui a permis à chacun d'assister à une séance parlementaire. Chacune des étapes a été l'occasion de comprendre un peu mieux l'environnement citoyen. A la fin du programme, un compte rendu a été rédigé. Ce type de projet est lourd à monter, il requiert une équipe motivée sur la durée et la constitution d'un groupe patient homogène et préalablement sensibilisé.

B-Partenariat avec la Ligue de Protection des Oiseaux(C):

La cafétéria est située dans une pinède. Pour sensibiliser les patients à la problématique écologique, des nids agréés LPO, financés par des crédits spécifiques, ont été disposés

10. Cette dimension narcissique collective se retrouve aussi dans la dynamique induite par les associations de patients mais ainsi encadrée et diluée, elle ne court pas le risque d'une dérive sectaire.

autour du bâtiment, ce qui est susceptible d'autoriser pour les patients intéressés, une observation d'oiseaux. Parallèlement une conférence sur le thème de la protection des oiseaux a été organisée.

C- Les interventions de nettoyage du parc de l'hôpital avec collecte annuelle des ordures (HDJ et C): *La journée éco-citoyenne*.

D- *La collecte des piles usagées* (HDJ, C, CMP). A partir de la constatation du fait que les patients psychiatriques sont de grands consommateurs de piles, qu'ils ont tendance (comme tout un chacun) à les abandonner n'importe où, en tenant compte du haut potentiel polluant de ces piles, il a été proposé une collecte des piles au niveau de la cafétéria. Pour «accrocher» les patients au projet, dans un premier temps avec l'aide du Comité hospitalier, un café était offert pour quatre piles. Bien sûr, les premiers temps furent difficiles: on vit ainsi disparaître les piles des télécommandes des télévisions des pavillons. On vit aussi un patient venir payer son café avec quatre piles neuves sous blister... mais une fois l'habitude prise, la cafétéria est devenue un lieu notable de collecte. Plusieurs centaines de kg annuels! Certains centres médico-psychologiques ont emboîté le pas et pratiquent de même avec les patients ambulatoires.

E- *Aide au déménagement* (HDJ): Un déménagement coûte cher. Les patients des Cépouns, encadrés, forment à la demande une équipe solidaire de déménagement pour aider d'autres patients désargentés. Bien sûr, toutes les précautions sont à prendre au niveau responsabilité et assurance, en tenant compte du statut des patients et de leur capacité physique.

F- *une bibliothèque communautaire* (C, CMP, HDJ): Avec l'aide initiale de dons privés puis d'un financement spécifique du Comité hospitalier et de la direction de l'hôpital, une bibliothèque communautaire, c'est à dire dont la gestion est confiée aux patients, permet à des patients en cours d'hospitalisation ou après leur passage à l'hôpital, d'avoir accès à la lecture. A l'occasion de la journée du livre, des auteurs sont invités à débattre avec les patients intéressés. De plus, grâce à l'afflux de dons, des livres ont pu être dispersés dans de nombreuses structures (CMP, hôpitaux de jour) et même dans les centres d'hébergement et de réinsertion d'Avignon. L'accès au livre doit rester une priorité. Dans ce cadre, sur initiative de soignants passionnés, c'est constitué un café philo mensuel. Par ailleurs, autour de l'écrit renaquit l'idée d'une gazette de la cafétéria, ce qui renoue avec la psychiatrie institutionnelle¹¹ ainsi qu'un «atelier conte» animé par un patient psychotique et conteur.



11. Dans les années 50/60, au centre hospitalier de Mondevergues existait un journal «Le Clairon» dans lequel écrivaient patients et soignants. Quelques numéros existent encore dans les archives.

G-Journée de découverte et d'initiation aux gestes de premier secours: Animée par un moniteur de premiers secours des sapeurs pompiers de Vaucluse (C). «*Le but était de faire prendre conscience que chacun d'entre nous est apte à pouvoir protéger par des gestes simples les victimes d'un accident en attendant les secours et ainsi que de donner l'alerte.*»¹² L'impact de telles initiatives sur le narcissisme des patients est important. De plus, l'idée de base du projet est que les patients, comme tous citoyens, sont à même de pouvoir (devoir) intervenir en urgence si besoin; il faut donc qu'ils soient formés.

H-La cafétéria reste aussi un lieu central d'animations et de divertissement: Danse, Halloween, castagnade, fête de la musique, Pâques, gâteaux des rois, karaoké, Carnaval, fête de fin d'année, tournoi de baby-foot... On est là dans la psychiatrie institutionnelle classique.

En CMP, un groupe de parole

Les personnes ayant été victimes d'abus sexuels, incestueux ou extra-familiaux, sont nombreuses. Ce traumatisme désorganisateur induit habituellement des troubles psycho-comportementaux sévères, de type borderline principalement: caractéropathie, anorexie boulimie, dépression anaclitique...

Leur approche psychothérapique individuelle est complexe et la dimension du narcissisme est fondatrice de leur souffrance. Nous avons proposé à quelques patientes par ailleurs suivies en individuel de constituer un groupe de parole mensuel, étalé sur deux ans¹³. Ce qui notamment fut opérant pour ces personnes, au delà de la possibilité d'une verbalisation dans un lieu d'écoute, c'est qu'après un cheminement collectif, douloureux et émotionnellement riche, susceptible de les faire dépasser leur condition victi-

maire (passer du statut de victime au statut de survivante), émergea la demande d'être utile, c'est-à-dire de faire bénéficier d'autres victimes potentielles du travail accompli. Dans cette perspective, une magistrate fut invitée et après le (nécessaire?) temps des récriminations contre la Justice qu'elle incarnait, ces femmes ont su lui faire des suggestions constructives, si évidentes parfois qu'il est apparu étonnant qu'elles ne se trouvent pas déjà inscrites dans les procédures¹⁴. La magistrate s'est engagée à «faire suivre» et certaines suggestions ont abouti depuis. Bien sûr, il s'agit sans doute d'une co-incidence de préoccupation mais cela montre au moins que les propositions des femmes étaient bien en phase avec leur époque. Avec du recul, en dépit d'avatars existentiels, ces femmes du groupe ont pu développer une solidarité entre elles, l'une d'entre elles s'est aussi engagée dans un militantisme préventif, réparateur sans doute, altruiste aussi. Certaines de ces femmes sont passées du statut de survivante à celui de citoyenne. La prise en charge individuelle perdure.

Ces illustrations en trois lieux de ce qu'une dynamique éco-citoyenne volontariste peut apporter à la prise en charge de la souffrance psychique montrent en quoi les apports de la psychothérapie institutionnelle qui en sont le socle, restent pertinents. Le soin en santé mentale ne se résume pas aux chimiothérapie et aux psychothérapies individuelles. La perspective éco-citoyenne est une sociothérapie, elle peut infiltrer, transcender et donner une dimension supplémentaire désaliénante aux pratiques psychothérapiques. Dans la période actuelle, globalisée, réintégrer les patients psychiatriques dans une dynamique solidaire collective et active sur le contexte est narcissisant mais, au-delà, est resocialisant.



P. Amarger¹

B. Pouchelon²

A. Rivera³

Centre de jour et atelier de Relaxation (méthode M.SAPIR & coll.)

Résumé

Toute psychothérapie, comme toute activité mettant en jeu les liens interhumains est créatrice d'illusion. Mais en relaxation cette illusion n'est-elle pas exacerbée dans la promesse de mieux être qu'elle est sensée proposer ? Ce qui se joue en relaxation ne peut se faire que dans le transfert qui est le levier de la thérapeutique. En effet, c'est aussi d'illusion dont il s'agit dans les formes prises par le transfert en relaxation.

La politique de soin de notre service (13 G 23) s'inspire et s'éloigne de la Psychothérapie Institutionnelle, mais la phrase choisie d'Antonio Machado, si poétique, si psychanalytiquement juste sera pour nous le plus petit dénominateur, le fil conducteur de notre réflexion en ce qui concerne la thérapeutique à entendre au sens de la Psychothérapie Institutionnelle.

« Il n'y a pas de chemin, le chemin se fait en marchant ».

« Carminante, no hay camino, el camino se hace al andar ».

Notre quotidien au Centre de Jour « Erasme » nous amène à élaborer une pratique qui s'adresse quasi exclusivement à des sujets psychotiques avec qui nous nous employons à utiliser une psychothérapie de groupe particulière : la relaxation à inductions variables.

Introduction

Alors, le titre que nous avons choisi pour notre intervention, me semble bien révélateur de notre démarche : « Centre de jour et atelier de relaxation ». En effet, avant même la création du Centre de Jour en août 2003, nous avions, avec Brigitte POUCHOLON, envie de mettre en place un groupe de relaxation (1^{re} illusion, celle d'ouvrir un groupe thérapeutique pour patients psychotiques).

Cette envie, ce désir, prenait en compte notre histoire personnelle, en effet, Brigitte (et toi aussi) fait partie de l'Association Régionale de Relaxation de Sens Psychanalytique (ARRSP) qui propose chaque année un groupe de formation à la relaxation, elle a aussi déjà animé un groupe de relaxation sur le CMP de Marignane ; moi-même, j'ai pratiqué une dizaine d'années plus tôt, des séances de relaxation individuelle (type Schultz) dans le cadre d'un cabinet privé.

Avant l'ouverture du centre de jour en août 2003, nous avions annoncé à l'équipe soignante notre désir d'ouvrir

un atelier de relaxation et nous avions demandé si l'un des membres de l'équipe désirait faire une formation à la relaxation, afin d'intégrer le groupe à la place d'« observateur », place spécifique dont nous parlerons plus tard.

Août 2003 arrive, le Centre de Jour de Marignane ouvre ses portes, nous annonçons aux patients en réunion communautaire qu'un groupe de relaxation va se mettre en place vraisemblablement début 2004, (nous pensons avoir prévu large) ; Adeline Rivera, une des nouvelles infirmières se détermine pour faire une formation à la relaxation dans le cadre de la formation continue, et nous attendons la réponse. (une autre illusion, celle de penser que la formation continue appuie la prise en charge clinique !).

Et comme dans bien des cas à l'Hôpital, il suffit qu'une demande se situe dans un cadre d'action de service, en prise avec la clinique, pour qu'elle soit refusée.

Et nous voilà bien embêtés. Adeline ne peut pas faire sa formation, ce qui lui permettrait, du fait de sa propre expérience, de se situer, et de situer ce qui se passe dans le groupe que nous voulons créer. Que faire ?

Tout arrêter, car les conditions optimales pour le démarrage ne sont pas réunies, et l'annoncer aux patients ? Ou continuer et se débrouiller au jour le jour ?

De façon tout à fait volontariste (et peut être là aussi illusoire) nous choisissons la 2^{ème} solution, et annonçons aux

1. Praticien Hospitalier.

2. Psychologue.

3. Infirmière D.E.

Centre de jour Erasme – 15 rue Edmond Rostand – 13700 Marignane
– Tel : 04 42 09 37 23

patients, l'ouverture officielle de l'atelier de relaxation et la possibilité de s'y inscrire auprès d'un des 3 membres de l'équipe thérapeutique. Adeline quant à elle, s'engage à refaire une demande, et si elle est refusée, à financer sa formation de ses propres deniers.

Brigitte vous parlera tout à l'heure de la théorie, du cadre, pour le moment je vous fais part de façon tout à fait subjective d'ailleurs, de nos débuts.

Nous recevons les patients, et le groupe qui compte 6 personnes, en dehors des thérapeutes, se constitue.

Ce sont tous des patients psychotiques ayant été hospitalisés à temps plein à plusieurs reprises, certains très récemment.

Et ça marche ! C'est à dire que les patients repèrent bien l'heure et le déroulement des séances, c'est à dire « le cadre », qu'ils parlent entre eux et aux autres de la séance, que des relations se tissent entre eux et avec nous prenant pour centre la relaxation, que, comme me le confie Brigitte après quelques mois de pratique, le groupe est « vivant » et que c'est « intéressant » pour tout le monde !

Ca marche, mais que ça marche, ce n'est pas anodin et sans répercussion !

Nous sommes en effet dans une institution. Que penser d'un groupe qui se réunit sur un horaire privilégié, (le Centre est tout petit et pour cause de bruit, nous faisons donc notre séance le vendredi à 13 heures, alors que tous les autres patients viennent de partir à 12h45). Cette séance se fait avec le médecin du Centre, la psychologue et 1 seule et même infirmière.

De plus, rien n'est dit du contenu de la séance, sinon parfois une appréciation générale sur l'état clinique d'un patient. Qu'est ce qui se fabrique donc dans ce moment, avec les patients ?

Nous avons pourtant déjà expliqué à plusieurs reprises le déroulement d'une séance, ce qu'on peut en attendre, mais venant de nous, le message ne passe pas ? Mystère ou Illusion ?

Chose amusante et pourtant prévisible, il faudra que le message vienne du dehors du Centre de Jour, c'est à dire, lors d'une soirée de formation à l'Hôpital du Vallon, quand le Professeur François POINSO viendra parler de la relaxation (type SAPIR).

J'entendrai alors les infirmiers du Centre de Jour nous dire : « mais, c'est donc ça que vous faites dans votre groupe avec les patients » !

Voilà, j'ai pointé là quelques moments d'illusion, et je laisse la parole à Brigitte POUCHÉLON qui va vous parler plus précisément de la technique et de la clinique dans un groupe de patients lors de séances de relaxation type SAPIR.

La relaxation à inductions variables

Généralités

Quelque soit la technique employée et le but poursuivi l'état de relaxation a pour condition minima un relâchement du tonus musculaire. La relaxation est fondée ainsi sur la

passivité et s'oppose à d'autres techniques qui comportent une gestualité ou des mouvements.

La RIV (relaxation à inductions variables) s'origine du Training Autogène du Dr JH Schultz. Datant de 1911, le T.A s'appuie sur des fonctions physiologiques (tonus musculaire, respiration, rythme cardiaque etc....) et comporte des formules brèves répétitives qui permettent un apprentissage rapide de la détente corporelle et qui peuvent avoir une action au niveau symptomatique.

Le T.A ne s'adresse en rien à l'inconscient selon son auteur : JH. Schultz.

La RIV dite méthode M. Sapir & Coll. ou encore relaxation de sens psychanalytique.

RIV car les inductions aussi bien verbales que tactiles varient d'une séance à une autre.

Le toucher est codifié : ce n'est pas un toucher glissé comme une caresse ; la main est juste posée sur le corps.

De sens psychanalytique car le matériel clinique recueilli est analysé à partir de la théorie psychanalytique. Ou encore comme le disait F. POINSO récemment : le but de la relaxation n'est plus seulement la détente corporelle ; la séquence de relaxation permet l'émergence d'un matériel associatif qui est traité comme celui qui émerge des séances de psychanalyse. Nous disons, pour notre part que nous sommes ici comme l'on dit dans le champ de la psychanalyse appliquée.

Nous l'appelons volontiers : relaxation de sens psychanalytique à inductions variables.

La RIV a été mise au point dans les années 60 par M. SAPIR et ses collaborateurs dans le cadre de l'AREFFS.

Elle est utilisée à la fois comme méthode thérapeutique en individuel et en groupe et comme méthode de formation à la relation soignant-soigné pour les praticiens de la fonction soignante. C'est une méthode de formation qui permet de mieux percevoir l'implication du corps dans la relation soignant-soigné, elle implique une expérience personnelle de relaxation de groupe.

« Elle situe le langage au premier plan dans son rapport avec le corps ». M. SAPIR. 1977.

La méthode

L'équipe thérapeutique

Le groupe est animé par deux thérapeutes : un homme et une femme, il y a aussi un(e) observateur (trice) qui est la mémoire du groupe, l'observateur note, n'intervient pas. Son rôle est important et peut aller parfois jusqu'à une position tierce de supervision vis à vis des thérapeutes.

Le cadre

Le jour, l'heure, la durée totale de la séance (une heure), les différents temps de la séance, les thérapeutes, la pièce, le nombre de tapis disposés à l'avance.

Déroulement d'une séance

Dans cette méthode le sujet est allongé, les thérapeutes proposent tout d'abord une induction verbale : c'est le

temps de relaxation où le thérapeute parle au patient. Puis une induction tactile. Les inductions verbales et le toucher ne sont pas systématiques, ni l'induction de reprise où les participants sont invités à sortir de leur état de relaxation. Quelques minutes séparent ces temps différents de l'induction.

Dans un 2ⁱème temps le sujet est invité à exprimer son ressenti.

En effet, le corps de chacun garde en mémoire son histoire, et les sensations corporelles peuvent permettre d'en retrouver les traces, d'ouvrir à toute une élaboration secondaire.

C'est une méthode de relaxation qui essaie de prendre en compte les manifestations de l'inconscient dans l'approche corporelle qu'elle propose.

Notre groupe étant composé exclusivement de sujets psychotiques. Qu'en est-il pour ces sujets ???

Si nous revenons au titre de ces journées ; qu'en est-il d'une illusion possible ?

Qu'en est-il de la thérapeutique ?

2. Le groupe de relaxation.

Constitution du groupe

Au Centre de Jour les différents ateliers sont là pour favoriser la rencontre, celle-ci constitue un soin qui est balisé

par une réflexion soignante concernant chaque moment du temps passé ensemble, c'est à dire les soignants avec les soignés.

Les patients demandent spontanément à participer aux ateliers ou nous le leurs proposons. Pour la relaxation nous pensons à des indications mais dans les faits nous avons donné la priorité à des demandes spontanées adressées en réunion communautaire ou à l'un de nous trois. S'y ajoute une inscription dont le mode a évolué dans le temps.

Les entretiens préliminaires

C'est le temps où nous tentons d'entendre quelque chose de la demande qui nous est adressée, où nous nous faisons aussi une idée de la représentation de la relaxation que les patients ont, de leurs attentes.....Peut-on parler ici d'illusion et dans quel sens ?

Organisation matérielle

Nous prenons à notre charge l'installation de la pièce, des tapis. Le nombre de place est limité à 6, ceci en fonction de l'espace disponible. Les tapis utilisés sont rangés par chaque participant.

3. La clinique

1^{er} cas clinique

Mr.C : « On se relaxe, comme la gym, on se détend ».

Il s'agit d'un patient de 45 ans très angoissé par la moindre démarche de la vie quotidienne. Il a arrêté de travailler en CAT après plusieurs années de labeur suite à des relations de plus en plus tendues avec les autres. Il est sensitif, dit-on. Son attitude au Centre peut se satisfaire de cette brève description. Sensitif signifiant : persécuté sans caractère sthénique.

En fait le dossier stipule : psychose paranoïaque à mécanisme interprétatif.

Sa capacité d'élaboration est limitée.



Evolution individuelle dans le groupe

Mr.C participe très régulièrement au groupe mais il éprouve beaucoup de difficultés à garder les yeux fermés. Il nous regarde lorsque nous nous déplaçons pour toucher les autres. Il nous questionne sur le toucher. Nous lui répondons : « c'est pour bien sentir son corps ».

Mr C. est très présent, hyper vigile mais il dénie la gêne qu'il éprouve. (ça va. !). Il dira « C'est bizarre, je voudrais savoir ce que ça m'apporte, je voudrais savoir. Ah ! C'est difficile ». « J'ai des images, ça va, ça vient comme d'habitude. » Il précise ses pensées, ce qu'il ressent par rapport à ce que disent les autres. Il repère que c'est différent pour chacun.

Quand nous l'interrogeons sur les paroles que nous prononçons : « j'y fais pas gaffe » ou encore « quand je me relaxe et qu'il y a les autres ça me fait drôle. Je suis mieux seul ».

Petit à petit, il arrive à être plus calme et à fermer les yeux. Au bout de 6 mois, il nous dit « avant j'étais angoissé, maintenant je vais bien, je ne veux plus venir » « JL (un autre patient) a arrêté, je ne savais pas qu'on pouvait arrêter, je ne veux plus venir ». Il demande, s'il peut revenir voir le groupe : participer à une séance. Nous précisons qu'il faut pour cela qu'une place se libère et qu'il n'est pas possible de participer pour une seule séance.

Ici le groupe représentait pour lui un engagement sur lequel il ne pouvait revenir. C'est la parole d'un autre qui ouvre pour lui un possible, une autre façon de se positionner par rapport aux soignants. Il arbore un grand sourire jubilatoire : nous ne pouvons refuser ce qu'il demande puisque nous l'accordons à un autre ! Cette petite séquence en dit long sur le manque de souplesse de sa personnalité. Et nous avons là la possibilité en tant que soignant, d'essayer de le surprendre en nous étonnant de son étonnement après qu'il eut formulé sa trouvaille : « on peut arrêter ». Et cela pour tenter avec tact d'assouplir sa certitude de nous forcer à lui accorder ce qu'il nous demande. En effet c'est lui, ici, il le croit fermement, qui dirige les opérations, dans la contrainte et pourtant ce n'est pas nécessaire d'en passer par ce tour de passe-passe. Nous nous efforçons de lui faire passer le message qu'ici : « il n'y a pas de chemin, le chemin se fait en marchant ». Et que nous essayons de respecter le chemin de chacun. C'est vrai comme il le dit : il va beaucoup mieux, mais sa participation apparemment ne s'est pas faite sans effort et sans angoisse. Depuis quelques temps, il parle de passer le permis de conduire, dont il mesure peu à peu la difficulté. Il a établi le projet de retravailler.

.2^{ème} cas clinique

Mr. M : Comme Mr C il reprend l'idée de la gym et de la détente et il précise : « J'en ai déjà fait avec un psychiatre, quand j'étais jeune, une fois par mois ». C'est un homme, il ne touche pas. Il parlait, je parlais. »

M est divorcé, il a 35 ans et il vit en famille avec sa mère et ses sœurs ce qui n'est pas sans poser problème. Il a brûlé plusieurs voitures sous l'emprise d'hallucinations où il entendait le diable et suite à cela il a fait de la prison. Il est toujours

préoccupé par la garde de son fils, qu'il aimerait obtenir dans l'idéal, mais la situation pour l'instant se résume à une procédure où il le rencontre une fois par mois dans une structure prévue à cet effet. Cela non sans conflit avec la mère de l'enfant qui souhaiterait le mettre à l'écart. Mr M est un homme respectueux des autres, poli, doux, doté d'un humour qui contribue à la bonne ambiance générale.

Il a des idées obsédantes concernant son fils, et les procédures qui sont en cours, des hallucinations, il est parfois sombre, il s'isole alors ou il réclame son traitement.

Evolution individuelle dans le groupe

Au bout de 17 mois, il poursuit sa participation au groupe. Pendant plusieurs mois, en séance, ses bras semblent s'élever tout seul, il les met à 45 degrés puis semble se ressaisir pour se les réapproprier (dixit l'observatrice) il ouvre les yeux, fixe le plafond, tour à tour se frotte les yeux et le visage, se mords les lèvres, bouge les pieds, les jambes.

Il s'apaise au fil des séances, nous y reviendrons.

Et lui aussi nous surprend. Après sa participation à un séjour thérapeutique, il s'absente du groupe, il ne s'inscrit pas sur le tableau, prévient qu'il sera absent. Au bout d'un mois, je le croise et je l'interroge sur son absence qui se prolonge. Il répond : qu'il est trop bien en ce moment, qu'il a trop de choses en train, il va partir en congés. Il ne veut pas arrêter sa participation au groupe cependant il ne sait pas quand il va reprendre, il reste très évasif à ce sujet. Tout cela dit avec un sourire des plus aimable.

Ici nous pouvons dire que M s'émancipe de la relaxation comme du centre. Il se passe du soin en prenant des congés tout en respectant les règles du cadre thérapeutique : il nous prévient, il ne s'inscrit pas sur le tableau prévisionnel des ateliers mais il est fuyant : les paroles manquent autour de ce qu'il signifie par son absence. Nous l'aidons ici un peu par nos rencontres à formuler les raisons de ce changement d'attitude, à se positionner face à nos interpellations. Il revient dans le groupe au bout de 6 séances, il est depuis toujours présent.

Au Centre, il prend volontiers des initiatives, fait des propositions qui lui sont propres, s'exprime semble-t-il en son nom en revendiquant son opinion de façon à être entendu. Il supporte mieux les aléas qui doivent le conduire prochainement à recevoir son fils à son domicile pour le week-end une fois dans le mois.

Son chemin à lui, c'est plus d'autonomie.

Nous limiterons volontairement notre exposé à ces 2 cas cliniques.

Commentaire

Dans la RIV, les inductions verbales et tactiles ne sont pas systématisées, ni ritualisées. Un effort est fait pour qu'une place puisse exister pour la surprise, pour l'inattendu, pour la trouvaille.

Pour ces 2 patients, c'est un temps de vie, une médiation qui vient jouer et qui met en jeu un élément qui n'apparaîtrait pas autrement, une approche thérapeutique qui constitue un moyen de poser différemment certaines questions.

Pour C. la relaxation a un caractère fortement persécutoire sur lequel il s'interroge : « A quoi ça sert ? ». Il nous surveille du coin de l'œil. Il arrive à vivre à sa manière cette situation mystérieuse pour lui grâce au transfert bien sûr et au groupe et au Centre. L'effet contenant des trois éléments interagissant entre eux comme des poupées Russes qui s'emboîtent les unes les autres. Mr C se sort finalement du pétrin où il s'est mis : l'atelier de relaxation. A-t-il perçu notre message en constatant notre étonnement ? A-t-il perçu que quelque chose venait de lui ? Sa question sur la possibilité d'arrêter le groupe est essentielle pour lui, notre réponse ouvre peut-être sur le fonctionnement symbolique de la règle, de l'arrêt. La liberté passe pour lui par le fonctionnement symbolique du groupe qui apparaît à la faveur du comportement d'un autre participant. L'observatrice remarque que l'autre vient en point d'appui. En séance, il est intéressé par ce que les autres disent, ressentent. Il dit par exemple : « Moi, ça m'a pas fait ça ! » En tous les cas pour les trois thérapeutes, avec lui la confiance semble acquise, il est attentif à ce que nous lui disons et il vient volontiers nous faire part de ses soucis actuels. Il a su y faire avec ses projections, avec lui-même. M. quant à lui expérimente nos réactions à la question qu'il nous pose concernant la liberté dont il dispose vis à vis des soignants et de leurs désirs de le soigner, qu'il aille mieux, de le soutenir dans ses difficultés etc.....

C'est une question essentielle pour lui, qu'il pose à l'occasion d'une situation qui lui semble suffisamment ouverte. Son engagement à participer régulièrement aux ateliers lui permet de mettre en scène une ébauche d'autonomie. Comment peut-il assouplir cet engagement tout en respectant le fonctionnement du centre ? Comment concilier son désir propre et les exigences des soignants ? Pour cela, il demande et obtient notre accord pour s'occuper de choses importantes et pour voyager à l'étranger avec sa mère et sa sœur. Dépendance à l'autre, sentiment d'abandon, aujourd'hui ces 2 pôles sont assouplis et les situations difficiles génèrent moins d'angoisse.

Maintenant, quelques réflexions cliniques en essayant de revenir au sujet de ces journées : illusion et thérapeutique.

Illusion et thérapeutique, relaxation à inductions variables et psychoses

Illusion et thérapeutique

La relaxation pour nous se spécifie, d'une part de ce qui se produit dans l'écart entre ce que nous proposons comme « travail corporel de détente » et ce qui est vraiment éprouvé, vécu au niveau du corps de chaque participant et d'autre part de l'effet général obtenu aussi bien individuel que collectif.

L'illusion est donc individuelle mais assez largement collective, nous reprendrons ici une citation de Jean Bergès et Marika Bounes dans : « La Relaxation thérapeutique chez l'enfant » (1974) : « la demande faite d'une cure est caractérisée par son approximation, par son illusion et par

ce en quoi elle sacrifie à une mode, sinon à un mythe moderne, celui de la détente, de l'aise, de la mise à distance des agressions externes : parfois comme une discipline visant à la maîtrise, à la contention. Les prescripteurs sont les premiers à créer ses distorsions : « allez donc vous détendre un peu », « faites quelques séances de gymnastique de relaxation », « rééduquez votre sympathique ».

Pour les participants, l'illusion transparaît dans leurs propos. Nous l'avons vu, certains termes sont juxtaposés : pour se détendre, comme la gym, ça sert à se relaxer, je suis tendu. Ça nous détend, ça nous lâche. Pour m'enlever mes problèmes, bon pour le mental. Bon pour les bras, les jambes, tout ce qui est le corps. Chasser ses idées, relaxer ses muscles et son esprit.

Lors de l'inauguration du Centre avec l'administration de l'Hôpital voici comment un participant a présenté l'atelier :

« C'est un atelier qui se déroule le vendredi en début d'après-midi. C'est un groupe de six patients encadré par 3 soignants. A travers la relaxation chaque patient, grâce à la parole des soignants, aspire à un apaisement physique et psychique. »

RIV et psychoses

De quel corps s'agit-il ?

La relaxation permet une approche du corps relevant :

Soit de l'image du corps, c'est le registre de l'imaginaire.

Soit du langage, c'est le registre du symbolique.

Soit du corps biologique, c'est le registre du réel.

Peut-on émettre l'hypothèse comme F et M. REVERCHON que la RIV se situe au carrefour de ce corps réel que l'on touche, que l'on nomme, que l'on décrit et de ce corps fantasmatique, support premier de la constitution de l'inconscient ? Il nous semble comme le disaient J.P Lehmann et M. Sapir (1982), que « la RIV met en jeu : à la fois, ce que F. Dolto a décrit sous le nom d'image inconsciente du corps et ce que J. Lacan a théorisé comme image spéculaire dans son stade du miroir ».

M. SAPIR l'a souvent répété : il s'agit du corps en relation.

Comment ces hypothèses théoriques nous guident-elles dans notre travail ?

Les inductions verbales ont ici un caractère particulier, ne dit-on pas : le sujet psychotique prend le mot pour la chose. Ce qui signifierait que le mot ne se distingue pas des objets qu'il désigne, il est l'objet. La pensée et la perception, le symbole et l'objet sont mis en équation engendrant une pensée concrète. C'est l'équation symbolique de M. KLEIN.

En conséquence en ce qui concerne les inductions verbales nous nous efforçons d'utiliser des phrases simples, des mots concrets qui expriment quelque chose de réel. Ex : homme qui est un terme concret par opposition à humanité : qui est un terme abstrait (Petit Robert). Nous pouvons dire : « Mon corps pèse de tout son poids, mes muscles sont de plus en plus lourds » au lieu de : « mes muscles sont de plus en plus lourds et ma détente gagne de proche en proche ».

Les inductions ne sont pas des suggestions mais des propositions associatives. Avec des sujets névrosés nous rechercherions plutôt le côté poétique, métaphorique du langage, voire l'ambiguïté du signifiant, l'équivocité au sens le plus large pour que chacun fasse son choix suivant l'ordre du jour de son inconscient.

Nous utilisons aussi le côté contenant du groupe : « Chacun, chacune a choisi un tapis, une place dans le groupe pour installer sa détente ». « Je suis installé sur mon tapis confortablement dans le groupe, avec les autres ». Inscription dans le groupe comme il y a l'inscription dans le Centre, comme il y a l'inscription sur le tableau hebdomadaire de participation aux activités. Il est possible aussi de marquer son absence en s'inscrivant à un atelier et en ne venant pas.

Les réactions, la verbalisation varient allant du « je ne me souviens pas de ce que vous avez dit » à « j'ai bien aimé le jeu, j'aime qu'on dise je ». Pour ajouter plusieurs mois après : « J'aime le je, on s'identifie à vos pensées ». Ce patient parle alors d'assistance et d'aide. Un autre dira : « j'ai remarqué que lorsque l'on parle de l'ensemble du corps, c'est plus difficile que lorsque l'on nomme les parties, alors je me concentre sur les différentes parties pour bien sentir mon corps ». Ce patient se saisit d'une caractéristique de l'induction et se l'approprie.

Certaines paroles sont énigmatiques et le restent d'ailleurs ou prennent sens des mois plus tard, les néologismes eux fixent souvent l'énigme.

Le toucher le plus souvent fait coupure entre les différentes parties de la relaxation. En ce sens qu'une hallucination peut cesser avec le toucher.

Il y a un avant et un après le toucher la plupart du temps. L'hallucination peut-être repérée comme angoissante et le toucher comme apaisant. Un toucher sur une partie du corps et qui provoque de l'angoisse peut passer aux oubliettes et s'il est renouvelé, ne plus susciter d'angoisse.

Comment peut se faire l'inscription psychique, c'est une autre question ?

Nous sommes toujours attentifs à l'aide que nous pouvons apporter à la fabrication de la cartographie corporelle.

L'exemple du « jeu » fait peut-être appel à l'incorporation dans le sens où elle constitue le prototype corporel de l'identification ?

Les patients montrent où nous les touchons : « Là, pas là, ici » et nous nous précisons : « Vous dites que nous avons touché votre main droite et votre épaule droite, etc..... ». Nous nommons ainsi les parties du corps qui sont touchées.

La question reste entière de repérer comment quelque chose de la séance ou la séance dans son ensemble entraîne quelques modifications dans le rapport du sujet à lui-même, comment s'opère un peu d'ordre dans le déchaînement des sensations qui viennent du corps.

Et puis nous sommes attentifs à l'absence car nous la nommons, nous la montrons. Il y a toujours 6 tapis installés et nous faisons un tour des absents que nous citons et dont nous exposons la situation. Untel en démarche administrative, un autre dont nous sommes sans nouvelle,

l'observatrice qui est en arrêt maternité... Par là nous indiquons une place vide, nous nommons les absents, nous en parlons, dégagant aussi pour nous-mêmes un sens pour la conduite de l'atelier.

Nous essayons aussi de marquer les limites, dedans dehors du groupe, dedans dehors du corps, dedans dehors du Centre, etc....

Ce groupe, nous rappelle l'observatrice, se déroule dans la bienveillance des soignants et des soignés entre eux. Par ex, lors d'une séance de groupe, les patients pensent parfois que l'un les a touchés alors que c'est l'autre. Même si les yeux ne sont pas tout à fait clos. Les remarques fusent alors dans la bonne humeur. « Ça alors, il s'est trompé ! »

Qu'en est-il de cette illusion ? S'agit-il bien d'illusion ?

Et pour terminer une petite note d'humour.

L'humour est un mode de relation qui est utilisé par tous les membres de l'équipe. Nous dirons même que c'est une construction d'équipe, une façon d'être qui domine dans l'équipe pluridisciplinaire. L'observatrice dira : « Cela permet de dire ; d'avoir certaines interventions aux niveaux des patients qui ne seraient pas possible sans cela ». Les patients emploient très volontiers l'humour à notre égard et entre eux, aussi cet élément nous semble important dans la construction de la thérapeutique.

Nous terminerons en citant une anecdote mettant en scène Mr. M qui s'adresse au médecin en l'interpellant : « Docteur, j'ai trouvé du travail à la Caisse d'épargne ! ». Étonnement du médecin : « Ha ! bon, qu'allez vous faire ? ». Et Mr.M de répondre avec un air malicieux : « Je suis chargé de promener l'écureuil ».

Bibliographie

1. SCHULTZ J.H. : « Le Training Autogène », PUF .
2. AJURIAGUERRA et M. CAHEN : L'expérience tonique en relaxation. In « La relaxation », publié par Alboulker, Chertok, Sapir. Exp. Scient. Fcse.
3. BERGES Y. et BOUNES M. : « La relaxation thérapeutique chez l'enfant ». MASSON Editeur.1974.
4. DURAND de BOUSINGEN R. : « La relaxation ». Que sais-je. PUF.
5. SAPIR M & COLL. « La relaxation, son approche psychanalytique », DUNOD. 1979.
6. SAPIR M & COLL. « Les groupes de relaxation ». DUNOD. 1985.
7. SAPIR M. « La relaxation à inductions variables ». La pensée sauvage. 1993.
8. SAPIR M. « Du côté de chez Marx, du côté de chez Freud. FLAMMARION. 1988.
9. REVERCHON F. & M. MEYER. « Psychanalyse et relaxation, autour de la chronique d'un groupe », ESF, Collection psychothérapies, Méthodes et cas, 1985.
10. POINSO F. & POUCHELON B. « La relaxation Psychanalytique ».

Revue Psycause. CH. Monfavet. 84143. Numéros en ligne
Site web : <<http://psycause.fr.st>>.

11. VILTARD J. 1 : « La relaxation de sens psychanalytique ». 1997.
2. « Sensation et interprétation dans une cure de relaxation » 2004.
Documents internes : ARRSP, Marseille.

12. Sous la direction de M. Meyer, M. Londiche, M.Dreyfus : « Entre mots et toucher, le corps en transfert ». (Relaxation psychanalytique, méthode SAPIR). La pensée sauvage, éditions. 2006.
NB : Les N° 10, 11, et 12 sont disponibles par mail à l'adresse : arrsp@wanadoo.fr





B.S. Kourouma¹



O.Bénoît²

Fascination par le feu

Résumé

La fascination par le feu est un discours courant lors des entretiens avec les pyromanes. Le problème posé est le passage d'une fascination simple, poétique, à une fascination pathologique (médico-légale) ou criminelle. L'ampleur du problème au niveau médico-légal mérite suffisamment de réflexion et analyse. La présente approche est un questionnement sur ce sujet brûlant et d'actualité.

Mots clés

Approche thérapeutique, Législation, Psychanalyse, Pyromanie, symbolisme du feu.

Introduction

Imaginez un jeune homme de 26 ans, célibataire, sans enfant, au chômage, aîné d'une fratrie de trois qui réside encore chez ses parents.

Qui serait arrêté par la gendarmerie, déféré au parquet, remis en liberté surveillée avant le jugement, consigné à résidence, suivi par le comité pénitentiaire d'insertion et de probation et qui vous dit être fasciné par le feu. Sobre et austère avec une présentation glaciale, il vous dit : « J'ai été arrêté car je mettais des feux dans les containers, sur les bords des routes. De mon enfance fait d'échec scolaire et d'orientation manquée, je n'avais qu'un seul rêve, l'éclat de feu.

Je mets le feu, Pour voir venir les pompiers, les aider à l'éteindre... Je désirais devenir pompier, j'ai été pompier cadet, mais en raison de mon poids ils n'auraient pas voulu de moi. Je garde toujours le souvenir de mes régimes à répétition, des moqueries de mes amis, qui m'appelaient gros lard à cause de mon surpoids et de mes complexes d'infériorité. A la fin de mes études professionnelles, je n'ai pas été employé dans le jardinage, domaine dans lequel, je venais d'acquérir des compétences, j'ai été engagé dans une boîte de gardiennage-

sécurité. C'est là que je suis passé à l'acte la première fois par fascination pour le feu mais aussi pour l'acte de sauver des vies et être utile à la population. Le feu est beau ! pendant l'incendie, je regarde on dirait la lune, un paysage lunaire je suis un peu poète, je crois ».

Si nous nous référons à la dixième classification des maladies mentales (CIM10), il ne fait aucun doute quand à la qualification de pyromane dans le cas présent.

Si poser le diagnostic d'un tel trouble est aisé devant les actes ou les tentatives multiples visant à mettre le feu aux objets et aux biens sans motif apparent, associés à des Préoccupations idéiques persistantes concernant le feu et l'incendie est facile, plus difficile est la compréhension rattachable au sens, à la prise en charge complexe et surtout à la gestion juridique du problème.

C'est face à ces difficultés, que nous nous accordons un instant de réflexion sur ce comportement à la fois criminel et Pathologique qui nuit à la tranquillité des populations. Nous aborderons successivement dans ce travail, l'aspect pathologique, analytique, et juridique de la question, avant de conclure sur le volet préventif de la prise en charge.

Aspect pathologique et Psychanalytique de la pyromanie

De l'anglais *pyromania*, l'impulsion obsédante, incontrôlable et répétitive à allumer des incendies est réservé à toute personne atteinte d'une maladie mentale ou psychique qui lui fait ressentir une fascination particulière et anormale pour le feu.

La pyromanie se rencontre souvent chez certains débiles, vaniteux et mythomane, chez les pervers, chez les schizoph-

1. Psychiatre

2. Psychologue

CH. Henri GUERIN



rènes et chez les paranoïaques.

Pour ces derniers, l'acte incendiaire peut-être à la fois une manifestation et une conséquence de leur délire.

Le Manuel de psychiatrie classe la pyromanie dans les troubles du comportement. « *Les tendances incendiaires se manifestent assez souvent dans le comportement des malades mentaux. Il arrive aussi que la pyromanie puisse avoir le caractère symbolique d'une perversion ou le désir de mettre le feu manifeste de fortes pulsions agressives inconscientes liées au symbolisme sexuel du feu et des flammes. La perversion est la lutte contre l'acceptation de la castration, c'est à dire contre l'acceptation de son propre sexe, c'est à dire encore la limitation de sa propre puissance, qui en constitue le fond permanent. Le pyromane se démontre son pouvoir imaginaire par la réalité de l'incendie qu'il allume.* » (1)

La littérature psychanalytique parle peu de la pyromanie en terme isolé, elle entre dans le grand groupe de la perversion.

C'est à l'une des dernières publications de Freud (sur le fétichisme) que l'on doit une approche constructive de la perversion. La théorie psychanalytique accorde une grande importance au complexe d'œdipe, ainsi qu'à la découverte (par l'enfant) de la différence des sexes. Dans la forme de l'œdipe Freudien, le petit garçon qui entre sous la domination de ce complexe « *commence à désirer sa mère elle-même au nouveau sens (de désir sexuel génital) et à haïr de façon nouvelle son père, comme rival qui barre le chemin de ce désir* » (2). Mais lors de ces nouveaux investissements, l'enfant apprend si lui-même a ou non un phallus réel,

mais surtout la castration de la mère. Une menace plane : **la castration.**

La satisfaction amoureuse sur le terrain du complexe d'œdipe doit coûter le pénis : pour le masculin comme une punition (la conséquence de voler la mère au père), pour le féminin comme une condition préalable (j'ai perdu le pénis car j'ai fauté). Pour se sortir du conflit que cela entraîne, normalement, le moi de l'enfant se détourne du complexe d'œdipe, il y a refoulement.

Pour le fétichiste, Freud a montré que la découverte de la différence des sexes n'était pas frappée de refoulement. Le jeune garçon repousse sa découverte : l'absence de pénis chez sa mère. Il désavoue ce qu'il a découvert et surtout ce que cette découverte implique pour lui dans sa position subjective à l'égard du désir. C'est donc ce « désaveu » (*Verleugnung*) qui constitue le propre de la position du fétichiste et du pervers. Ce désaveu s'effectue pour le fétichiste, par exemple, par l'érotisation du vêtement (ou sous-vêtement) féminin aperçu de façon fortuite lors de la découverte de la castration de la mère. Tout se passe comme si le fétichiste garde d'une part l'ancienne croyance infantile concernant l'existence d'un pénis chez la mère, mais que d'autre part il se résigne aux conséquences de cette différence des sexes. Ainsi il est partagé, son Moi se trouve divisé (*Spaltung*) entre les deux croyances contradictoires.

L'instance psychique qui surveille et critique ce sujet, a été nommée « *surmoi* » par Freud. Il s'agit de « *la loi du père adopté par les fils* ». Le surmoi serait l'héritier du complexe d'œdipe, « *une identification au père de la préhistoire de l'individu* » (3), avec le modèle paternel. De plus le renoncement à la mère marque, pour le sujet, une loi, non pas biologique mais culturelle, la loi de l'interdit de l'inceste. L'interdit de

l'inceste est le pivot du complexe d'œdipe, le sujet s'inscrit à travers une filiation et la marque que le nom lui imprime. Cette loi lui impose l'ordre du langage.

Lacan et ses élèves ont repris la notion de perversion en termes de structure. Le pervers se caractérise moins par ses pratiques sexuelles, que par une organisation psychique qui déborde sa vie purement érotique. Le pervers est loin d'ignorer la loi. Son surmoi ne fait pas défaut, le pervers provoque et défie la Loi. Il s'assure de sa présence et de ce que quelqu'un puisse toujours la lui rappeler. Par ce stratagème, il se prouve l'existence d'une Loi, Loi dont il n'a pas réussi à éprouver la solidité. Le pervers est également soucieux d'établir les fondements mêmes de toute Loi. La remise en cause des « valeurs » le pousse à réinterpréter la réalité communément observée (dans une élaboration poétique, artistique ou mystique).

La jouissance est recherchée, parfois de façon compulsive, non seulement pour elle-même, mais surtout en tant qu'elle, représente pour le pyromane une expérience extrême (proche de l'angoisse), qui constituerait ainsi la véritable épreuve de réalité.

Le symbolisme du feu

Selon Gaston Bachelard nous avons toujours face au feu « une observation hypnotisée » qu'est propre à déclencher l'enquête psychanalytique. Il dénonce les valorisations scientifiques du feu et insiste sur le symbolisme pluriel du feu, il peut recevoir un grand nombre de valorisations, dont certaines contraires : le bien et le mal, la chaleur et la brûlure...

Tentons néanmoins une classification des symboles du feu.

Le symbolisme érotique est donné par toutes les images et métaphores qui font coïncider le feu et l'acte sexuel, la passion amoureuse. Le feu symbolisme érotique peut naître de la présence simultanée de l'échauffement du corps et l'émotion amoureuse, l'acte sexuel. A ce symbolisme est lié les symboles de la fécondité et plus particulièrement le symbolisme filial : l'image du fils. Le thème de la fécondité glisse vers la thématique du fils, du « fruit » du ventre de la mère. Le feu est fils, il produit à son tour naissance et renaissance ou régénération.

Dans de nombreuses légendes relatives à l'origine du feu, ce dernier est contenu dans le corps d'un humain ou d'un animal (le phénix renaît de ses cendres et donne le feu).



Dans cette thématique de l'image du fils et de la régénération, Bachelard s'appuie sur le complexe de Prométhée pour imaginer « toutes les tendances qui nous poussent à savoir autant que nos pères, plus que nos pères, autant que nos maîtres, plus que nos maîtres ».

Dans la mythologie grecque, mais surtout pour la pensée historico-culturelle de l'époque classique, Prométhée est celui qui connaît tout d'avance, qui aurait le savoir et qui aurait détourné les hommes de la bestialité, les aurait arrachés à la vie sauvage par l'apport du feu. Le symbolisme du changement radical.

Le feu possède des qualités thermiques, mais aussi visuel : les foudres de Jupiter, l'épée flamboyante, le feu de Lucifer... Le feu « nocturne » pourra tour à tour être valorisé négativement ou positivement : l'éclair de la foudre, ou la lueur rassurante d'une torche.

Pour Bachelard « le feu suggère le désir de changer, de brusquer le temps, de porter toute la vie à son terme, à son au-delà. Cette rêverie détermine ... un véritable complexe ou s'unissent l'amour et le respect du feu, l'instinct de vivre et l'instinct de mourir. » Bachelard nomme ce complexe le complexe d'Empédocle. Le feu et la table : le feu chauffe et cuit.

Claude Lévi Strauss dans les « mythologiques » souligne que le symbolisme du foyer s'entend aussi bien pour l'intimité de la chambre que pour la féminité de l'âtre ou chauffe la marmite.

De plus par métamorphose le feu peut devenir eau : eau de vie, eau de feu, alcool.

Le symbolisme du feu est complexe, il dépend moins des substances objectives du feu que de l'imagination humaine.

Droit et pyromanie

Du complexe d'infériorité à la fascination obsédante par le feu avec passage à l'acte, quelle frontière avec la loi ?

Le pyromane pris en tant que malade n'existe pas en droit français. Ce qualificatif est exclusivement d'ordre psychiatrique. Dans ce cas, c'est l'existence de cette pathologie (fascination pour le feu, perversité liée au plaisir de voir les choses se dégrader par l'effet de la combustion) qui va faire prendre au délinquant la qualité de pyromane.

Aucune loi ne vient spécifiquement régir la répression de la pyromanie, comme il n'existe pas de loi pénale incriminant la *cleptomanie*. Il en résulte que ce sont par exemple, les dispositions sur le vol qui vont s'appliquer pour ces dernières, que le voleur soit *cleptomane* ou pas. Concernant la pyromanie, il en va de même : les textes qui régissent sa répression n'ont vocation à s'appliquer qu'en cas de passage à l'acte. On peut très bien être pyromane et n'être jamais passé à l'acte. Le droit français sanctionne ce passage à l'acte et non la maladie en tant que telle.

Ainsi, c'est le fait d'allumer volontairement un incendie afin de provoquer des dégâts, de quelque nature qu'il soit qui sera sanctionné.

Le terme le plus adéquat (pénalement parlant) pour qualifier le pyromane est donc celui d'*incendiaire*.

L'article 322-6 du Code Pénal dispose : « la destruction, la dégradation ou la détérioration d'un bien appartenant à autrui par l'effet d'une substance explosive, d'un incendie ou de tout autre moyen de nature à créer un danger pour



les personnes est punie de dix ans d'emprisonnement et de 1.000.000francs d'amende ».

La peine est portée à 15 ans de réclusion criminelle lorsque l'infraction a entraîné pour autrui une blessure ayant nécessité un arrêt de travail de moins de 9 jours, à 20 ans lorsque l'arrêt de travail dépasse huit jours.

A ces peines peuvent s'ajouter des « circonstances aggravantes » telles que le fait d'avoir agi en réunion (c'est à dire à plusieurs), en bande organisée (préméditation, organisation et à plusieurs).

Lorsque l'incendie a provoqué une mutilation ou une infirmité permanente sur une victime, les peines vont jusqu'à 30 ans de réclusion criminelle. En cas de décès provoqué par l'incendiaire, c'est la réclusion criminelle à perpétuité qui est encourue.

Enfin, concernant les peines encourues, le Code Pénal prévoit qu'elles sont identiques en cas de simple tentative. La distinction éventuelle qui pourrait s'opérer entre le pyromane et l'incendiaire se retrouverait lors de l'établissement des responsabilités.

Le pyromane, au sens psychiatrique du terme pourrait être déclaré « irresponsable » et donc inaccessible à une sanction pénale s'il apparaît au Tribunal chargé de le sanctionner qu'au moment des faits il était atteint d'un **trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes**.

Dans ce cas précis, le pyromane n'irait pas en prison mais serait interné en hôpital psychiatrique. Cependant les juridictions répressives sont très sévères et admettent très

rarement cette cause d'irresponsabilité. Cette position s'explique notamment par le fait que les incendiaires sont très rarement identifiés et que l'opinion publique ne comprendrait pas que l'on ne sanctionne pas pénalement celui qui aurait été pris en délit flagrant d'incendie.

Pyromanie et perspective thérapeutique

Une conception génétique du développement libidinal est intéressante. La notion d'ordre naturel de l'instinct sexuel (ordonnateur par rapport aux pulsions partielles) est réintroduite. De ce fait, la référence à une instance normalisatrice fait sa réapparition. Les perspectives thérapeutiques qui en résultent sont normatives et moralisantes : elles préconisent le renforcement du Moi et du Surmoi. Cette position est éloignée de celle énoncée par Freud : desserrer les contraintes d'un surmoi aveugle.

Cette conception de l'organisation de la vie libidinale permettrait également de situer les structures du sujet pervers par rapport à celle des sujets névrosés et psychotiques.

Les nosographies descriptives des perversions n'offrent pas de perspectives thérapeutiques, elles ont surtout permis aux médecins légistes de répondre aux problèmes médico-légaux résultant des délits et des crimes commis par les pervers. Il s'agissait d'établir la responsabilité juridique des sujets pervers.

Étant donné la sévérité du code pénal devant l'incendie volontaire, considéré comme un attentat Particulièrement grave contre les propriétés et comme un crime, puisqu'il

risque d'entraîner la mort de personnes (même s'il n'y a pas eu l'intention d'homicide), l'expertise psychiatrique médico-légale est toujours demandée dans de tel cas. Celle-ci devrait relever des anomalies graves de la

personnalité, et des troubles pathologiques majeurs accompagnant le comportement incendiaire, pour pouvoir affirmer la pyromanie et l'état de démence au moment des faits.

Conclusion

Au terme de ce travail nous nous interrogeons sur l'adéquation des mesures légales en place entre liberté surveillée, consignation à domicile, suivi par un comité pénitentiaire d'insertion et de probation et le suivi médical à viser soit thérapeutique soit préventif.

Quand n'est-il du signalement en matière de pyromanie ?

Le renforcement de la prise en charge du pyromane pendant l'été est-elle judicieuse ? Peut-il être efficace ?

Le suivi psychologique mis en place dans un contexte d'injonction thérapeutique doit-il être renforcé par accompagnement psychiatrique ?

Autant de question pour peu de réponse.

Bibliographie

- (1) Henri Ey, Ch. Brisset, P. Bernard : **Manuel de psychiatrie** 1967.
- (2) S. Freud : « Psychologie des foules et analyse du moi, 1921 », in **Essais de psychanalyse**, Petite Bibliothèque Payot, 1983. P.168
- (3) S. Freud : « Le Moi et le ça » (1915), in **Essais de psychanalyse**, Petite Bibliothèque Payot, 1983. P.243

Oeuvres de références pour la pyromanie

- G. Bachelard : **La psychanalyse du feu** (1938), collection Psychologie. Gallimard. 1938.
- S. Freud : **névrose, psychose et perversion**, Paris, P.U.F., 1973.
- S. Freud : **Trois essais sur la théorie sexuelle** (1905). Paris, Gallimard, 1987.
- S. Freud : **L'interprétation des rêves** (1900) Paris, P.U.F., 1926.
- S. Freud : « Le fétichisme » (1927), « La disparition du complexe d'oedipe » (1923), in **La vie sexuelle**, Paris, P.U.F., 1969.



HORIZONS

Cette rubrique consacrée aux articles diligentés par nos correspondants étrangers, est dans ce numéro, intégralement africaine :

Le premier texte nous vient du **Bénin** et a pour titre « Parité imaginaire et parité réelle chez la femme à Cotonou ». Cette étude mesure l'importance du **désir d'enfants** chez la femme béninoise. Ce désir est plus ancré chez la femme que chez l'homme. Il augmente suite à la perte d'un enfant et lorsque les moyens financiers le permettent. Près de 9 femmes sur 10 ont entre deux et quatre enfants. Il n'est pas rare d'aller jusqu'à 6. D'où l'extraordinaire vitalité démographique de ce pays d'Afrique de l'Ouest.

Le second texte nous vient du **Sénégal**. Il évoque le naufrage du ferry « Le Joola » avec l'observation clinique d'un sauveteur qui a œuvré « à l'intérieur d'une tente implantée à une vingtaine de mètres des containers de décédés d'où s'exhale une forte odeur mêlée à celle du thon dont l'usine de traitement est à deux pas. » Il s'agit donc d'un cas de **névrose traumatique** qui interroge la nécessité du débriefing.

Le troisième texte nous vient de **Tunisie**. C'est un travail sur l'**Edinburgh post natal depression scale** : une échelle internationale de dépistage de la dépression du post-partum. Les auteurs en ont mis au point une version tunisienne qui prend en compte la spécificité culturelle de leur pays. Avec cet article, nous rejoignons les préoccupations des collègues de l'Afrique de l'Ouest qui ont choisi le thème de notre congrès à Parakou : « Pratiques psychiatriques, références, classifications : la place de l'Afrique. »

Jean-Paul BOSSUAT



Parité imaginaire et parité réelle chez la femme à Cotonou

É. Fioffi-Kpadonou¹
T.G. Kpadonou²
F. Tognon Tchegnonsi³
N. Landou²
G. D. Avodé⁴
R.G. Ahyi¹

Résumé

Jouer à papa ou à maman est un jeu symbolique universel. Chacun s' imagine par la suite un certain nombre d'enfants à avoir. **Objectif** : évaluer l'existence de lien entre la maternité telle qu'elle se dessine dans l'imaginaire et dans la réalité. **Méthode** : étude prospective, descriptive et analytique sur 70 gestantes rencontrées dans 2 maternités à Cotonou entre avril et juin 2006. **Résultats** : 82,8% avaient entre 18 et 35 ans ; 74,3% étaient de métier libéral, des revendeuses ou commerçantes, ou cadres moyens. 11,4% ont connu une mort d'enfant. 25,7% avaient réduit le nombre imaginaire d'enfants ; 25,7% l'avaient augmenté. Aucune femme ayant eu une fausse couche n'a augmenté le nombre imaginaire. Aucune gestante enquêtée n'a déclaré avoir imaginé demeurer sans enfant ; 1,4% a imaginé avoir un seul enfant, contre 2,9% qui l'ont réellement eu ; La biparité s'est révélée stable, aussi bien en imaginaire que dans la réalité. 38,6% ont déclaré une parité imaginaire de 4 enfants, contre 30% de parité réelle. Il existe une corrélation entre l'âge, d'une part, la profession d'autre part, et la décision d'un nombre supérieur d'enfants par rapport au rêve initial. **Discussion-conclusion** : La parité imaginaire et la parité réelle constituent des données qui s'imbriquent solidement et qui sont sous l'influence aussi bien du psychisme que de réalités biologiques, socio économiques et culturelles.

Mots clés : parité, imaginaire, réalité, maternité

SUMMARY

Imaginary parity and real parity in Cotonou

Playing to dad or mom is an universal symbolic game. Everybody imagines a number of children to have later. **Objective**: To value the existence of tie between the motherhood as it draws in the imaginary and in the reality. **Method**: prospective, descriptive and analytic survey concerned 70 pregnant women met in 2 motherhoods in Cotonou, between April and May 2005. **Results**: 82,8% had between 18 and 35 years; 74,3% had liberal profession, were dealers or commercial, or middle managers. 11,4%, knew child's death. 25,7% had reduced the imagined child's number; the same percentage, had increased it. No woman having had an abortion increased the imagined number. Any pregnant woman investigated declared to have imagined to stay without child; 1,4% imagined to have only one child, against 2,9% that really had it. Having two children was proved to be steady as well in imaginary that in the reality. 38,6% declared a imaginary parity of 4 children, against 30% of real parity. An interrelationship exists between ages, on the one hand, the profession on the other hand, and the decision of a superior child's number in relation to the imagined number. **Discussion-conclusion**: Imaginary parity and real parity constitute some data which overlap solidly themselves and are also under psychological, biologic, economic, and sociological influence and cultural realities.

Key words: parity, imaginary, reality, motherhood.

Psychiatres:

1. Département de Psychiatrie, FSS/UAC Cotonou.
2. Service de Rééducation Fonctionnelle et de Réadaptation, CNHU-HKM Cotonou.
3. Service de Psychiatrie Université de Parakou, Bénin.
4. Service de Neurologie, CNHU-HKM Cotonou, Bénin



Introduction

Au-delà de la constitution physique, les composantes métaphysiques sont, à certains moments clés de la vie, placées au-delà de toute considération quotidienne et permettent de cerner l'être humain. Dans la culture Fon au Bénin, on en arrive à estimer que sans le principe métaphysique, aucune réalité ne peut avoir de fondement [1]. Ailleurs, d'autres auteurs nous rappellent que toutes les choses que l'on vit (souvenirs, émotions, pensées et stimuli) sont en fait les constituants du mental. L'imaginaire nourrit et permet à l'individu de continuer à exister. La relation «corps-mental-esprit» transparaît assez clairement quand on associe la naissance du bébé à la vie du parent, notamment, celle de la mère [2].

Jouer à papa ou à maman constitue un jeu symbolique universel. Aussi, chacun s'imagine par la suite un certain nombre d'enfants à avoir plus tard.

Le but de cette étude est d'évaluer l'existence de lien entre la maternité telle qu'elle se dessine dans l'imaginaire et dans la réalité chez des gestantes à Cotonou.

1. Patients et méthode

1.1. Population

L'étude a porté sur 70 gestantes, rencontrées en consultation prénatale à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL) et à la maternité du Centre de Santé Zone II à Cotonou.

Critères d'inclusion : toute gestante au 2^e ou au 3^e trimestre de grossesse et sans menace vitale objective ni pour la mère ni pour le fœtus, rencontrée dans le cadre d'étude.

Critères d'exclusion : toute gestante au 1^{er} trimestre, celles du 2^e ou au 3^e trimestre de grossesse rencontrées hors du cadre d'étude, ou présentant une menace d'accouchement prématuré.

1.2. Méthode

Il s'agit d'une étude transversale, prospective, à visée descriptive et analytique. Le choix de la population a été raisonné portant sur toutes les gestantes respectant les critères d'inclusion, venues en consultation les jours ouvrables de la période d'étude.

1.3. Déroulement

Un questionnaire a été hétéro administré aux gestantes sélectionnées, sur la période allant du 1^{er} avril au 1^{er} juin 2006, avec des explications ou traductions des questions, en fonction du niveau d'instruction et/ou de la langue parlée par la gestante.

1.4. Variables

L'âge, la profession, la gestité actuelle et son terme, le désir, l'attente et l'évolution de la grossesse en cours, la parité imaginaire et la parité réelle de la gestante, le nombre d'enfants souhaité par le partenaire, sont les variables étudiées.

Le métier libéral regroupe les corps de métiers liés à un apprentissage informel, rarement formel et qui sont en gestion personnelle. C'est le cas, entre autres, des couturières, coiffeuses, tisserandes, photographes.

On entend par salariée niveau inférieur, la salariée de niveau intellectuel inférieur ou égal au brevet d'études du premier cycle (BEPC), par salariée niveau moyen, celle dont le niveau est égal au baccalauréat, salariée niveau supérieur celui dont le niveau est supérieur ou égal à la licence.

1.5. Traitement des données

Le traitement des données et l'analyse ont été réalisés dans le logiciel SPSS pour Windows version 12.0 et les graphiques conçus à l'aide des logiciels SPSS, Excel et Microsoft graph. Une valeur de $p < 0,05$ témoigne d'une corrélation statistiquement significative.

2. Résultats

2.1. Données démographiques

2.1.1 Âge des gestantes : il se lit sur le tableau I

Tableau I : Répartition des gestantes en fonction de l'âge

	N	%
< 18 ans	1	1.4%
18-25 ans	21	30.0%
26-30 ans	25	35.7%
31-35 ans	12	17.1%
36-40 ans	10	14.3%
41-45 ans	1	1.4%
Total	70	100.0%

2.1.2 Profession des gestantes

Tableau II : Répartition des gestantes en fonction de la profession

	N	%
Métier libéral	19	27.1
Revendeuse	13	18.6
Commerçante	11	15.7
Salariée niveau moyen	9	12.9
Femme au foyer	5	7.1
Salariée niveau inférieur	5	7.1
Salariée niveau supérieur	3	4.3
Apprentie	3	4.3
Élève	1	1.4
Étudiante	1	1.4
Total	70	100.0

2.1.3 Gestité actuelle

Tableau III : Répartition des gestantes en fonction de la gestité actuelle

	N	%
1ère grossesse	19	27.1
2ème grossesse	24	34.3
3ème grossesse	15	21.4
4ème grossesse	10	14.3
5ème grossesse	1	1.4
6ème grossesse	1	1.4
Total	70	100.0

2.1.4 Terme de gestation

42,9% des gestantes enquêtées étaient au 2^{ème} trimestre et 57,1% au 3^{ème} trimestre dont 12,9% quasiment à terme.

2.2. Données en rapport avec la grossesse en cours et la parité

2.2.1 Désir et attente de la grossesse en cours

Chez les 70 gestantes enquêtées, la grossesse a été souhaitée, ou bienvenue à 58,6% (n=41), et non attendue à 41,4% (n=29). Les raisons de la non attente déclarées sont :

- Un espace inter génésique court (8,6%)
- Le non achèvement de la formation ou des études (4,3%)
- L'âge relativement avancé, notamment pré ménopausique (10,0%)
- La vie sans partenaire (célibataire, divorcée, veuve portant un enfant posthume) dans 5,6% des cas
- Le manque de moyens financiers (4,3%)
- La survenue précoce d'une grossesse issue d'une liaison relativement récente (8,6%).



2.2.2 Parité imaginaire et parité réelle

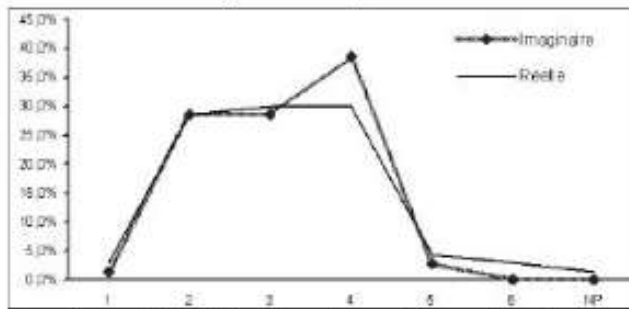


Figure n° 1 : Répartition des gestantes en fonction de leur parité imaginaire et réelle.

2.2.3 Parité imaginaire et profession

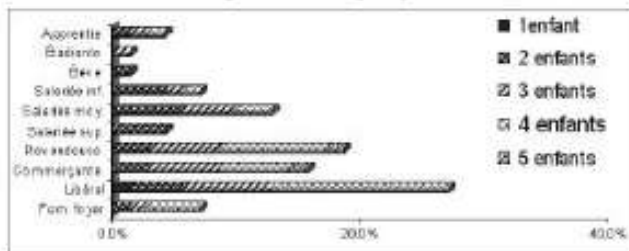


Figure n° 2 : Corrélation profession et parité imaginaire ($p = 0,04$).

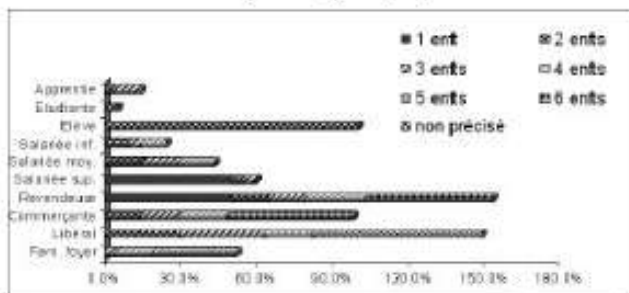


Figure n° 3 : Corrélation profession de la gestante et parité réelle ($p = 0,75$).

2.2.4 Nombre d'enfants désiré par le partenaire

Le nombre d'enfants désiré par le partenaire a concorde avec celui de la partenaire enquêtée dans 47,1%, supérieur dans 15,7%, inférieur dans 11,4%. Des enquêtées ont déclaré que leur partenaire n'en voulait plus du tout (2,9%) ou en voulait avec autre épouse (1,4%) ; le reste est constitué de femmes séparées ou célibataires, veuve et de celles qui n'ont aucune idée du désir de leur partenaire.

2.2.5 Écart entre la réalité et la parité imaginaire : situation maternelle et raison déclarée

Huit gestantes parmi les 70, soit 11,4%, ont connu une mort d'enfant. Les femmes qui ont réduit le nombre de leur rêve représentaient 25,7% et sont constituées de la seule veuve, de 35,7% des célibataires et de 26,7% des femmes mariées dont les partenaires ne voulaient pas autant d'enfants. Le nombre d'enfants imaginaire a été augmenté chez 25,7% des gestantes. Des fausses couches antérieures à la grossesse en cours ont été déclarées par 8,6% des gestantes. Aucune des gestantes ayant eu une fausse couche n'a voulu avoir un

nombre d'enfants supérieur au nombre imaginaire. Il a été noté une concordance entre la parité imaginaire déclarée et la parité réelle dans 47,1% des cas. Les gestantes ont allégué quelques raisons à l'origine de la concordance ou de la discordance entre la parité imaginaire et la parité réelle.

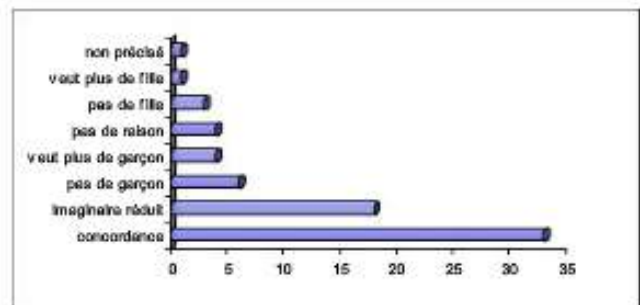


Figure n° 5 : Situation des gestantes en fonction de la concordance ou de la discordance des parités imaginaire et réelle.

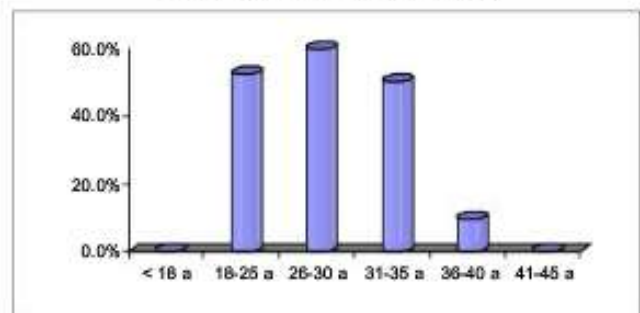


Figure n° 6 : Proportion de chaque tranche d'âge dont les parités imaginaire et réelle concordent ($p = 0,01$).

3. Discussion

3.1. Désir de maternité et nombre d'enfants

- Aucune gestante enquêtée n'a déclaré avoir imaginé demeurer sans enfant. La naissance, la filiation et la mort constituent un itinéraire nécessaire et structurant pour l'être humain [3]. Après la vie sur terre, tout humain est appelé à mourir. Cette composante est quasi présente dans la considération quotidienne du béninois, et transparaît dans ses comportements et attitudes. Une femme sans enfant est comme une graine stérile. L'être humain qui meurt sans progéniture pouvant perpétuer la vie léguée par les ancêtres, « est semblable à la graine qui n'aurait pas germé... ; la vie si elle n'est pas transmise, ne peut vaincre la mort » [1]. Il faut être parent pour honorer son propre parent et/ou ses ancêtres qui trouveront ainsi l'occasion d'être « joto » (ancêtre défunt tutélaire). Être parent suppose, pour le béninois, pouvoir espérer accéder plus tard au bonheur de l'au-delà par le biais de funérailles bien méritées, dont l'enfant le gratifiera [4], voire devenir soi-même ancêtre tutélaire d'un petit fils ou d'une petite fille. Ailleurs, existe également le pari contre sa propre mort, visé par tout parent ou futur parent. La parentalité biologique traduit un puissant désir métaphy-

1. Joto : ancêtre défunt tutélaire dont l'enfant, dans certaines cultures béninoises, est censé détenir des marques d'identification.

sique de survie, un défi à la mort, ou tout simplement une négation de la mort. Le besoin de descendance est fondamental et remarqué quasi pressant chez l'individu en état de menace de disparition physique ou sociale. Il se révèle que la continuité naturelle de sa propre vie constitue, de part le monde, un véritable challenge contre la mort pour chaque individu [5].

- Le désir d'être parent d'un seul enfant est rarissime, seule une gestante, (exerçant un métier libéral) avait souhaité avoir juste un enfant ; ce taux s'est trouvé multiplié par 2 dans la réalité. La vie étant estimée de plus en plus difficile, et le chômage devenu une dure réalité au Bénin depuis deux décennies, les ambitions de famille nombreuse se sont considérablement estompées.
- La seule parité imaginaire restée inchangée dans la réalité, est la biparité. Opter n'avoir qu'un enfant revient à livrer cet enfant à lui tout seul face à la grande famille. L'enfant unique sera dépassé par les vicissitudes des obsèques de ses parents ; il n'aura personne avec qui parler ou organiser le volet filial des cérémonies funèbres. Bien qu'un proverbe béninois lié aux degrés de parenté préconise qu'« il ne faut pas chercher à séparer l'eau chaude de l'eau froide », [4], c'est-à-dire qu'on doit pas faire la distinction entre fratrie consanguine et fratrie germaine, ni entre cousins et frères, on conçoit tout de même que l'enfant unique est malheureux. Un frère ou une sœur constituera son « complice » ou *dohato* (« avec qui dire ») avec qui il pourra rire ou pleurer, à qui il pourra se confier, devant qui il pourra laisser libre cours à ses émotions. Nombre de femmes unipares ont accédé à la contrainte sociale pour « seconder leur enfant » resté jusque là unique, afin de le protéger d'une certaine façon. Car, comme le stipule un proverbe populaire au Sud Bénin, au moment où l'on a besoin de secours, le frère (ou la sœur) consanguin(e) trouve comme prétexte qu'il fait nuit, mais le frère (ou la sœur) utérin(e) ou germain(e) dira qu'il n'y a rien dans la nuit qui puisse l'empêcher de sauver son frère ou sa sœur [6].
- Le pourcentage de femmes ayant souhaité avoir 3 enfants a connu une augmentation de 1,4%.
- De 38,6%, le pourcentage de désir de 4 enfants est descendu à 30% dans la réalité, soit une baisse de 8,6%. C'est un peu comme si l'adage stipulant que « ce que le ver mangera se trouve sur la feuille de l'arbre » trouve désormais de moins en moins d'adeptes. On pourrait se dire qu'il faut bien que la feuille existe afin que le ver y trouve sa nourriture ; ce qui suppose qu'il faudra penser mettre en terre bien longtemps la graine pour espérer obtenir l'arbre dont la feuille nourrira le ver.
- Cependant, on a observé 2,6 fois plus de gestantes avec une parité réelle supérieure ou égale à 5 : 2,8% avaient imaginé avoir 5 enfants, contre 4,3% qui l'ont eu en réalité. Celles qui finalement ont décidé en avoir 5 sont toutes différentes de celles qui l'avaient imaginé ; ce sont des femmes au foyer ou exerçant un métier libéral. La particularité pour ces 4,3% réside dans le fait qu'elles ont perdu un enfant. La perte implique conjointement la nécessité de l'acquisition [7].

- On voit que le chiffre 6 apparaît dans la réalité ; il y a eu 2,9% de gestantes (n=2) ayant porté leur nombre réel d'enfants à 6, alors qu'aucune n'en avait parlé dans la parité imaginaire.

3.2. Nombre d'enfants et âge

- La majorité (97,2%) des gestantes a entre 18 et 40 ans avec les $\frac{2}{3}$ entre 18 et 30 ans et un peu moins du $\frac{1}{3}$ entre 31 et 40 ans ; le pic est constitué par 35,7% des gestantes autour de 26-30 ans.

Le nombre d'enfants imaginaire ou rêvé semble lié à un phénomène de temps, voire de mode. La quadriparité représentait l'idéal il y a 1 à 2 décennies ; il y a un peu moins de 30 ans la tendance dans la sous région était de 6 à 8 enfants [7].

- Il existe une corrélation statistiquement significative entre l'âge de la gestante et la concordance entre parités imaginaire et réelle avec $p = 0,00$. C'est dire que plus les femmes sont jeunes, plus il existe de concordance entre leur parité imaginaire et leur parité réelle ; plus elles sont plus âgées moins leur parité imaginaire concordent avec leur parité réelle.

3.3. Nombre d'enfants et profession

- Les femmes de métier libéral, les revendeuses et les commerçantes représentent 61,4% de la population ; seulement 24,3% sont des salariées majoritairement de niveau moyen. 7,1% sont en cours de formation formelle mais surtout informelle.
- Toutes les femmes salariées supérieures rencontrées au cours de l'enquête ont déclaré avoir eu comme rêve 2 enfants. C'est le choix de 44,4% des salariées de niveau moyen et de 60% des salariées inférieures et de la même proportion pour les femmes au foyer.
- Les commerçantes sont 72,7% à avoir désiré porter leur nombre d'enfants à 3 ou 4.
- 38,6% de la population enquêtée avaient imaginé avoir 4 enfants : c'est la plus forte fréquence rapportée à un nombre. Cette proportion est composée de 60% des femmes au foyer, de 52,6% des femmes exerçant un métier libéral, de 46,2% des revendeuses, de 36,4% des commerçantes, et de 33,3% des apprenties.
- Les deux femmes qui avaient imaginé avoir 5 enfants sont commerçante et revendeuse.

Le rêve de maternité multiple est lié au statut socio professionnel, avec $p = 0,04$. Mais le nombre d'enfants obtenu une fois en ménage, n'a plus de corrélation significative avec la profession ($p = 0,75$) ; il existe des facteurs d'interférence et des précautions concernant entre autres, l'espace inter gènesique, le pouvoir financier, la disponibilité ou la présence d'un partenaire stable et sûr.

« L'être humain est pris, en permanence, dans une dialectique de stabilité et de changement », les naissances et les morts, les unions et les séparations, mais aussi les aléas professionnels qui obligent les individus et les familles à évoluer et à s'adapter en fonction des modalités contextuelles [8].

3.4. Réalité de maternité et désir d'enfants du partenaire

Moins de 50% des partenaires ont un désir en nombre d'enfants concordant à celui de leurs conjointes. Tandis que 14,3% en veulent moins que la partenaire (ensemble avec elle), le même pourcentage manifeste une indifférence. Il est important de faire remarquer que 11,4% des enquêtées (dont 7,1% de mariées et 4,3% de célibataires) ont décidé avoir plus de nombre d'enfants que ne désire le partenaire. Ces gestantes ont opté avoir 3, 4, 5 et 6 enfants. Aucune des mariées n'a perdu un enfant. La décision du père semble être ainsi ouvertement et résolument négligée dans 7,1% des couples concernés par l'enquête. La responsabilité coparentale vis-à-vis d'un enfant semble mise entre parenthèse en faveur d'une responsabilité monoparentale sans cause de décès ni de séparation. Bien que le courant d'effacement des pères [5] ait circulé ou soit toujours en circulation sous certains cieux, nous savons que le père joue (quand même) un rôle fondamental dans la fonction génitrice.

3.5. Nombre d'enfants et sexe d'enfant

Toutes celles qui ont augmenté le nombre de leur rêve se sont révélées être à la recherche d'un sexe inexistant ou insuffisant en nombre au sein de la descendance, et/ou perdu par mort d'enfant.

Celles qui ont réduit le nombre initialement désiré sans avoir des enfants des deux sexes, avaient toutes eu la certitude, par le biais d'un examen échographique du contenu utérin, que le fœtus porté est du sexe désiré.

Les fausses couches ne sont pas apparues comme un motif d'augmentation du nombre rêvé au départ ; elles n'ont pas été comptabilisées comme enfants nés afin d'être considérés morts par la suite.

3.6. Réalité de maternité, mort d'enfant et pouvoir financier

- Des 8 gestantes ayant connu une mort d'enfant, 6, soit 75% ont eu une parité réelle supérieure à l'imaginaire. Le béninois, à l'instar d'autres africains, ne se laisse pas fatalement vaincre par la mort de son enfant. À la recherche de solutions y afférentes, il a trouvé celle spécifique de l'enfant *Abiku*² (*enfant survivant*) qu'il faut ancrer à la vie. On comprend que le nombre imaginaire d'enfants soit quelque peu différent de la réalité, du moment où la mort s'en est mêlée [9].
- Les femmes retrouvées avec plus d'enfants que le nombre imaginaire déclaré avaient perdu un enfant et/ou avaient un pouvoir financier suffisant. C'est le cas entre autres, de la commerçante qui, sans avoir perdu d'enfant, avait décidé d'en avoir 6 enfants ; elle estimait être en mesure de s'occuper financièrement de ses 6 enfants avec les revenus de ses activités, bien que son partenaire en désirait moins.

2. *Abiku* (« a bi i ku » ou « nous avons enfanté la mort » ou « tous sont morts ») désigne l'enfant survivant d'une fratrie et/ou celui dont l'enfance est perturbée par de multiples maladies ou des troubles de comportements.

La mort d'enfant et le pouvoir financier constituent, entre autres, des raisons de discordance entre parité imaginaire et parité réelle.

Nombre imaginaire, nombre rêvé, nombre désiré d'enfants, à un moment donné, les trois éléments pourraient s'entremêler ou se confondre l'un dans l'autre. Pendant combien de temps l'être humain peut-il garder fidèlement en mémoire ses souvenirs sans altération ? Se souvenir, c'est construire [10]. Le psychisme peut adapter après coup ses chiffres imaginé, rêvé ou désiré ou simplement avoir une réponse conformiste.

Conclusion

Le besoin de procréation est fondamentalement ancré en l'être humain. Au Bénin, la multiparité est la règle aussi bien imaginaire que réelle, et tourne autour de 2, 3, 4 enfants pour 88,6% dans la réalité, contre 95,8% en imaginaire ; la différence a surtout porté sur 4 enfants. Le nombre d'enfants imaginaire semble lié, entre autres, à un phénomène d'époque. Il existe une corrélation entre l'âge et la décision d'un nombre supérieur d'enfants par rapport au rêvé initial.

Le nombre imaginaire d'enfants reste une caractéristique de la profession à laquelle aspire la personne, ce qui pourrait expliquer la corrélation entre la profession et le nombre imaginaire d'enfants, sans compter que le psychisme a la possibilité de reconstruire après coup ces souvenirs de nombre.

Il a été noté une concordance du nombre d'enfants désiré de part et d'autre par les deux partenaires dans un peu moins de la moitié des cas.

La mort met en doute, au point où les femmes ayant perdu un enfant et demeurant en âge de procréation ont souhaité avoir une garantie supplémentaire en optant pour un nombre supérieur d'enfants. Le pouvoir financier a constitué également un facteur de décision de parité multiple, parfois sans concertation du partenaire.

Nombre d'enfants imaginaire ou rêvé, nombre d'enfants décidé, ou nombre d'enfants réellement obtenu, constituent des données qui s'imbriquent solidement et qui sont sous l'influence aussi bien du psychisme que de réalités biologiques, socio économiques et culturelles.

Références

1. KOSSOU B. T., SE et GBE Dynamique de l'existence chez les Fon. Edit. La pensée Universelle, Paris, 1983 : 41-57 ; 267-274
2. HARPER B., Choisir son accouchement, Vivez Soleil, Genève, 1996 : 200-230
3. AGOSSOU Th., La mort, la naissance, la filiation : un itinéraire nécessaire et structurant. L'exemple des cultures Africaines in GUYOTAT J., mort / naissance et filiation Études de psychopathologie sur le lien de filiation. Edit. Masson, Paris, 1980 : 105-115
4. QUENUM M., Au pays des fons, Us et coutumes du Dahomey. Edit. Maisonneuve & Larose, Paris, 1999 : 100-127

5. SULLEROT E. Quels pères ? Quels fils ? Edit. Fayard, Mesnil-sur-l'Estrée, 1992 : 151-346
6. BOCO P, Proverbes de la sagesse *fon* (Sud Bénin), 3^{ème} fascicule. Edit. Pro Manuscripto, Cotonou, 1997 : 90-91
7. BONNET D. Corps biologique, Corps social, Procréation et maladies de l'enfant en pays mossi. Édit. de l'ORSTOM, Paris, 1988 : 70-73
8. REYNAUD M. MALAREWICZ J. A. La souffrance de l'homme ; une approche globale du fonctionnement psychique, édit. Albin Michel, Paris, 1996 : 95-104
9. AGOSSOU Th., L'enfant abiku comme question et réponse d'une famille en crise in FÉDIDA P et GUYOTAT J., Actualité transgénérationnelles en psychopathologie. Edit. Écho-centurion G.R.E.U.P.P., Paris, 1986 : 11-17
10. VAN RILLAER J. Psychologie de la vie quotidienne. Edit. Odile Jacob, Paris, 2003 : 191-204





Mamadou Habib THIAM¹
Papa Lamine FAYE²
Idrissa BA³
Omar SYLLA⁴
Momar GUEYE⁵

Névrose traumatique chez les intervenants de première ligne : à propos d'une observation clinique lors du naufrage du ferry Sénégalais *Le Joola*

Résumé :

Dans cette observation clinique, les auteurs soulignent la subtilité avec laquelle la névrose traumatique s'installe chez des individus qui, de par leur profession (sauveteurs, agents de polices, sapeurs pompiers...), sont exposés à des traumatismes psychiques. Ils ont tendance à souffrir et à nier leur souffrance et tout traumatisme lorsqu'ils sont témoins de scènes de mort et de destruction.

Il s'agit d'un secouriste de 35 ans, sans antécédents particuliers. Lors du naufrage du ferry sénégalais *Le Joola* dans la nuit du 26 au 27 septembre 2002, il a été témoin de scènes dramatiques lors du débarquement des corps des victimes, (particulièrement des corps d'enfants), en décomposition avancée.

Les auteurs soulignent, l'importance du vécu émotionnel des intervenants de première ligne, dans des situations de catastrophe, en particulier dans des régions où les professionnels en matière de santé mentale n'ont jamais été sollicités pour intervenir à chaud dans de telles catastrophes.

Mots clés :

Névrose traumatique – Catastrophe – Intervenants de première ligne – Débriefing.

Introduction

Les névroses traumatiques sont des états névrotiques organisés et durables déterminés, provoqués ou occasionnés par un traumatisme psychologique entendu dans le sens

d'un événement soudain et violent débordant les capacités de défense de l'individu (Crocq et al 1983). L'originalité clinique des névroses traumatiques est attestée par la présence du syndrome de répétition (sursauts et cauchemars de répétition et d'une organisation typique de la personnalité – personnalité traumatique névrotique) quels que soient les symptômes non spécifiques (le plus souvent hystériques ou anxieux) qui découlent de la personnalité antérieure.

Aujourd'hui, sans aucun conteste, les intervenants de première ligne peuvent être touchés psychiquement par certaines interventions stressantes, pouvant avoir des retombées sur leur vie sociale, mais aussi sur leur santé physique et mentale (Mitchell 1983). Or, jusqu'à fort récemment, le sort des intervenants n'était pas pris en compte de façon systématique, ce que Hodgkinson (Hodgkinson et Stewart 1991) explique comme étant le résultat des stéréotypes liés aux professionnels de l'intervention de première ligne, qui veut que ces hommes soient forts et invulnérables.

Dans ce travail, nous rapportons l'observation d'un cas de névrose traumatique survenue chez un secouriste lors du naufrage du ferry sénégalais *Le Joola* en septembre 2002.

1. Maître-Assistant en Psychiatrie, Service de psychiatrie (Pr. Momar Gueye), Centre Hospitalier National Universitaire de Fann, BP : 5406, Dakar, sénégal.

2. Internes en Psychiatrie des Hôpitaux de Dakar, Service de psychiatrie (Pr. Momar Gueye), Centre Hospitalier National Universitaire de Fann, BP : 5097, Dakar, sénégal.

3. Assistant Chef de clinique, Service de psychiatrie (Pr. Momar Gueye), Centre Hospitalier National Universitaire de Fann, BP : 5406, Dakar, sénégal.

4. Professeur Agrégé, Service de psychiatrie (Pr. Momar Gueye), Centre Hospitalier National Universitaire de Fann, BP : 5097, Dakar, sénégal.

5. Professeur, Chef de Service, Clinique de psychiatrie du Centre Hospitalier National Universitaire de Fann, BP : 5097, Dakar, sénégal.

Correspondance : Dr Mamadou Habib Thiam, Maître-Assistant de Psychiatrie – CHN de Fann, B.P. 5406, Dakar-Fann (Sénégal) – Tél. : (221) 639.44.41 / 869.18.30 – E-mail: mhthiam@refer.sn et mhthiam@orange.sn

Observation

C. L., 35 ans est de sexe masculin et de religion musulmane. Il est marié et père de trois enfants. Il est secouriste de profession et il est sans antécédents psychiatriques particuliers. Il consulte pour la première fois dans le service pour des bouffées anxieuses, des insomnies, et des hallucinations olfactives à type perception de mauvaises odeurs.

Le début de ses troubles remonte à un mois après le naufrage du ferry sénégalais *Le Joola*, dans la nuit du 26 au 27 septembre 2002. Cet événement tragique a été l'occasion pour lui de s'investir corps et âme dans le soutien des familles des victimes au camp militaire de l'Arsenal de la Marine française au Port autonome de Dakar où sont acheminés des centaines de corps sans vie, parfois en état de putréfaction avancée.

Les premiers jours, il ne peut « *s'empêcher de ressentir une fascination* », qui le surprend lui-même, face à ce spectacle de désolation. A la fois coupable et honteux de son attitude, il se ressaisit, réprime ses sentiments et va au devant des sinistrés qu'il aide à identifier les corps de leurs parents et proches. Il est tellement absorbé par cette activité qu'il prend son déjeuner sur place, en compagnie des autres secouristes, à l'intérieur d'une tente implantée à une vingtaine de mètres des containers de décédés d'où s'exhale une forte odeur mêlée à celle du thon dont l'usine de traitement est à deux pas. Depuis lors, il devient irritable, tarde à s'endormir le soir et parfois, il est sujet à des réveils anxieux en pleine nuit, il est saisi alors d'un malaise diffus. Son corps tout en sueur est animé d'un tremblement léger, peu perceptible. Il avoue avoir peur du noir et la solitude l'effraie. Il est en permanence sur le qui-vive, redoutant de façon confuse un danger obscur et imminent.

La vue ou l'odeur du thon et du poisson de manière générale lui fait horreur. Il s'en est ouvert à son épouse qui ne manque pas de manifester son inquiétude devant cet état de fait et même ses enfants ont remarqué le changement qui s'est opéré en lui, qui, si calme d'habitude, n'élevant presque jamais la voix, se surprend à vociférer à la moindre contrariété.

Il se sent différent des autres, seul et incompris. Il lui semble être le seul à mesurer, avec justesse, la gravité de la situation. Des images pénibles de morts, fortement ancrées dans sa mémoire et dont il ne parvient pas à se débarrasser, resurgissent au moindre contact avec du poisson : « *tant de morts que de simples précautions auraient pu laisser vivre, surtout ces enfants aux corps décomposés.* » Son esprit reste hanté par « *le corps d'une toute petite fille, presque broyée* ». Il en éprouve un sentiment de révolte et de culpabilité.

Au début, il pensait qu'avec le temps tout finirait par s'arranger. Mais devant la persistance des symptômes, il consulte un généraliste qui le met en contact avec le service de psychiatrie. C'est à cette occasion que nous avons rencontré C. L. et pris en charge son dossier.

Sa biographie révèle qu'il est le huitième enfant d'une fratrie utérine de onze enfants dont un décédé à l'âge de 18 ans dans un accident de la circulation. Né à terme

d'une grossesse désirée et d'un accouchement normal, ses acquisitions psychomotrices ont été très précoces. Il affirme qu'en bas âge, ses parents, « *qui avaient très tôt perçu des dons innés entre ses mains, l'emmenaient au chevet des malades qui se voyaient caresser et obtenir guérison contre toute attente* ».

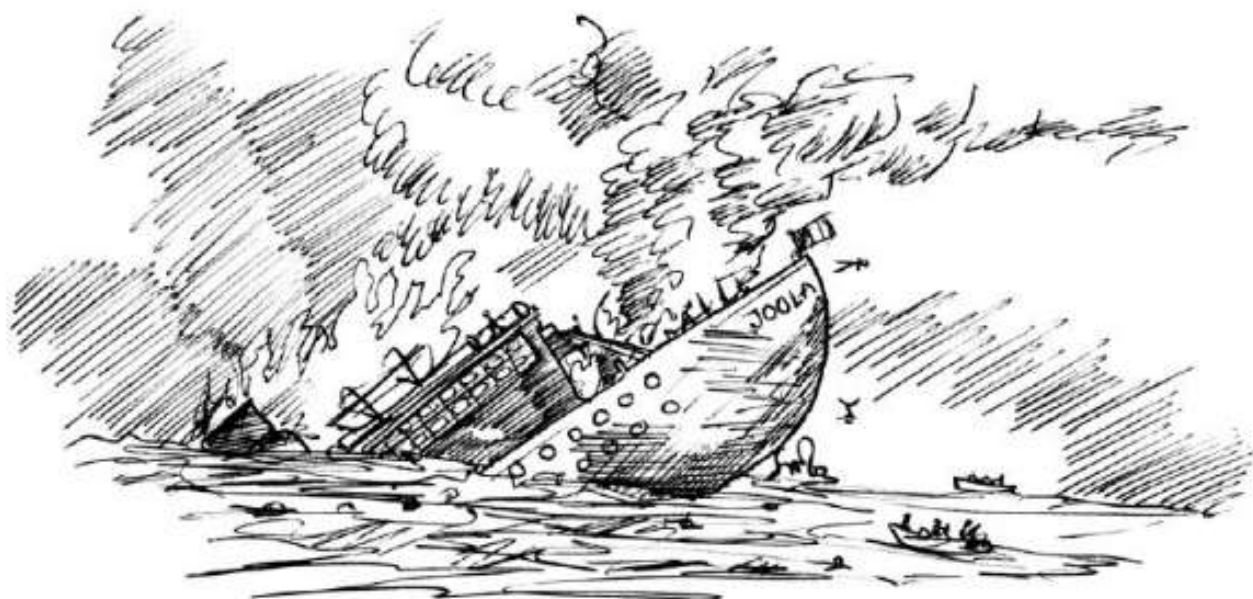
Dès l'âge de six ans, il adhère au secourisme qui aigüise davantage son esprit de sacrifice et son penchant pour tout ce qui est du domaine de l'assistance à autrui. Scolarisé à l'âge de six ans, il a montré de réelles qualités intellectuelles. Sans jamais redoubler, il obtient le Baccalauréat série D du fait des sciences naturelles. Il restait surtout passionné de philosophie et, de façon générale, de tout ce qui a trait à l'humain : « *cet être noble au regard du Tout-Puissant* ». Il est marié à l'âge de 25 ans. Son itinéraire professionnel est ponctué de formations en secourisme, en informatique et gestion et dans le marketing de produits pharmaceutiques.

Le spectacle le plus évoquant auquel il a eu à être confronté dans son métier de secouriste est la vue d'un noyé pétrifié échoué sur une plage. Dans son désir de toujours être au service de l'intérêt général, il a été l'initiateur, il y a quelques années, d'un programme qu'il dénommait « *Opération noyade zéro* » en collaboration avec le service du SAMU de Dakar. Il y a six mois également, il a mis en place une organisation baptisée « *Santé Millénium* » composée de médecins de toutes spécialités confondues, d'assistants sociaux au service des familles, en particulier démunies, moyennant une cotisation annuelle dont le montant est variable selon le niveau de vie.

Lors de nos entretiens répétés dans le cadre d'une prise en charge psychiatrique, une impression générale se dégage de l'attitude du patient : il est apparemment serein, la tenue décontractée. Il est assis, adossé de façon désinvolte au dossier de son siège. Il semble minimiser ses troubles. Il a un contact de bonne qualité. Le ton de sa voix est calme et son attitude contraste nettement avec l'horreur vécue et qu'il semble banaliser. Une certaine mégalomanie émerge de son comportement. Il présente de légers troubles de l'attention et il persiste chez lui des hallucinations olfactives : « *je perçois l'odeur des morts quand je suis seul* ». On relève, en outre, une notion d'anorexie sélective, une notion d'insomnie d'endormissement. L'examen somatique est sans particularités. Les troubles ont considérablement rétrogradé sous 50 mg de sertraline en une prise et 2,5 mg de lorazépam le soir au coucher. Après 3 mois l'alprazolam a été introduit à la place du lorazépam. Pour minimiser le risque de dépendance.

Commentaires

Les phénomènes de reviviscence signent le diagnostic de névrose traumatique. Ils sont à type de ruminations mentales, de souvenirs intrusifs. Il présente une sensibilité accrue à des stimulus spécifiques (odeur du poisson) reproduisant le vécu de terreur, de l'expérience traumatique avec son accompagnement neurovégétatif (sueurs, tremblement, malaise diffus)



L'existence d'une personnalité traumatonévrotique milite en faveur du diagnostic. Elle est marquée par un état d'alerte avec prospection anxieuse de l'environnement, des éveils inquiets au milieu de la nuit, parfois une résistance à l'endormissement, des manifestations relationnelles régressives, «*je n'ai plus le courage de rester seul*», avec recherche de la compagnie des autres pour combler une solitude accentuée par le sentiment d'être incompris par une société presque indifférente au malheur qui arrive (*«les gens sont insouciantes, très peu concernés par la gravité de la situation.»*).

Notre patient souffre d'un sentiment de culpabilité ouvertement exprimé allant de la fascination ahurissante face aux corps en décomposition jusqu'à l'évocation constante des négligences (surcharge du ferry, intervention tardive des autorités six heures de temps après le drame) qui ont coûté la vie à tant de personnes, surtout des enfants. En effet, tout récit d'un drame, d'un meurtre, comporte une part de culpabilité empruntée à celle rencontrée lors du complexe d'oedipe (Lebigot et al 1997).

La névrose traumatique se retrouve assez fréquemment chez des individus qui sont exposés à un milieu particulièrement dangereux dans l'exercice de leur profession (pompiers, policiers, médecins et personnel paramédical de service d'urgence) bien qu'ils aient souvent tendance à souffrir en silence et à nier tout traumatisme psychique qui pouvait être en rapport avec leur profession (De Clercq 1999). Les témoins de scènes de mort et de destruction comme les sauveteurs sur le lieu d'une catastrophe sont particulièrement sujets au syndrome de stress post-traumatique surtout lorsque des enfants sont impliqués ou que l'horreur constitue un élément marquant du tableau.

La froideur affective que manifeste le patient vis-à-vis de son entourage traduit la régression narcissique, (terminologie empruntée au vocabulaire psychanalytique). Il s'agit du repli affectif de la personnalité des patients qui ont manqué de secours au moment crucial du traumatisme consacrant

désormais toute leur attention et toute leur affection au soutien de leur propre personne. Ils sont incapables d'aimer réellement les autres (malgré leur protestation quand on les interroge à ce sujet) et inversement, ils manifestent vis-à-vis des autres une exigence insatiable d'attention, d'amour et de considération (Crocq et Steinitz 1992).

Cette situation s'est probablement aggravée par l'absence de débriefing psychologique chez les intervenants. Ce travail de débriefing n'a pas du moins été systématique pour tous les intervenants. Devant l'urgence de cette catastrophe nationale sans pareil et le soutien psychologique qui devrait être apporté aux rescapés et aux familles des victimes, personne ne s'est soucié de leur ressenti, de leur vécu émotionnel et personne ne les a aidés à mettre des mots à leurs maux.

Après le drame du *Le Joola*, les autorités du pays ont lancé un appel à toutes les bonnes volontés (pour aider les sinistrés) qui semblaient ne pas appréhender suffisamment les répercussions psychologiques occasionnant alors un second drame. Or, une question est souvent posée, par des responsables, aux intervenants psychiatriques : *«pourquoi n'êtes vous pas allés sur les lieux du drame (le poste de secours médico-psychologique est toujours à quelque distance, pas trop près non plus) ?»* Il arrive que certains d'entre eux se laissent tenter. Le psychiatre prend alors le risque de se fragiliser émotionnellement et de devenir moins opérationnel. Il amorce une identification aux victimes et quitte, de fait, sa position de thérapeute (Lebigot 1992, Prieto 2000).

Après le premier entretien que nous avons eu avec lui, notre patient est revu assez régulièrement et l'impression générale qui se dégageait au fil du temps était qu'il devenait de plus en plus volubile. Il est beaucoup plus bavard que d'habitude et semble prendre progressivement un peu de poids. Un jour qu'il est venu au rendez-vous il dit au thérapeute, de prime abord : *«j'ai vainement essayé de te joindre sur ton portable pour te parler. Parfois, je déprime totalement et j'éprouve le besoin de me confier.»*

Cette loquacité et cette attitude de familiarité contrastent avec son attitude première pleine de réserve et de méfiance et qui se traduisait à travers ses propos presque monosyllabiques. Nous débattions parfois de sujets sans rapports aucun avec le drame. Cependant, il trouve toujours le moyen de ramener la discussion sur l'accident et ses répercussions psychologiques. Le syndrome de répétition peut aussi se manifester par des conduites impliquant une participation plus active du patient comme s'il voulait gérer presque consciemment sa répétition. Le plus souvent, il s'agit du besoin permanent au point d'importuner l'entourage par itération du même récit (Crocq 1992).

Au bout d'un an de suivi, C. L. semble porter un grand intérêt à ce que sont devenus ses compagnons secouristes. Il s'interroge sur le sens de leur vie, leur adaptation sociofamiliale comparé à la sienne qui est devenu très éprouvante : *« il ne se passe pas un jour sans que je repense aux innombrables corps. Ma vie s'est transformée en un véritable enfer. Et les gens autour de moi vaquent à leurs occupations sans se douter de ma douleur. Je trouve difficilement le sommeil et, tous les 2 à 3 jours, des cauchemars affreux peuplés de cadavres m'assaillent. Le matin, au réveil, j'ai des sensations pénibles sur tout le corps, mon esprit est vide et je ne me lève qu'à grand peine ; je reste assis sur mon lit, le cœur serré, le visage ruisselant de larmes à la fois triste et bouillonnant de colère et de révolte contre la rupture que le drame a introduit dans ma vie. Je me sens totalement dépressif. »*

La réorganisation névrotique de la personnalité apparaît plus clairement chez le patient qui est désormais polarisé vers le traumatisme et réduit en conséquence sa perception, son champ de conscience, son activité et ses projets. Ainsi, l'essentiel de son discours s'articule autour de l'accident. Fenichel en a parlé, sous le terme de « blocage des fonctions du moi » (Fenichel 1945).

La personnalité traumatonévrotique fixe la maladie au souvenir du traumatisme, *« quand un homme tourmenté par quelque triste souvenir cherche à l'oublier en portant au loin, le chagrin monte en troupe et voyage avec lui »*, et mobilise toute son énergie disponible pour la maîtrise des excitations qu'il a provoquées (Crocq et al 1983). La colère est, pour certaines victimes, un réel moyen d'expression. Il faut encourager cette colère dans un espace thérapeutique aménagé à cet effet pour permettre à la victime de se dégager de la tension psychologique et émotionnelle (De Clercq 1992).

La symptomatologie dépressive est très élevée dès le dixième jour après le traumatisme, devient maximale durant le premier trimestre avec un paroxysme au premier mois où près de 60 % des victimes présentent un état dépressif majeur (Atkeson et al 1982).

Il semble que le fait d'imaginer le vécu actuel des autres intervenants l'aide à mieux surmonter sa propre souffrance. *« La plupart des intervenants affirme-t-il n'ont jamais porté assistance dans de telles catastrophes »* contrairement à lui qui, de par sa profession de secouriste a plus d'une fois été confronté à ce type de traumatisme. Pourquoi alors c'est maintenant qu'il souffre ? Sa consolation réside dès lors

dans le fait qu'il n'est pas le seul dans son cas et qu'il est probablement le moins éprouvé. Cependant, combien est grand son désir de rencontrer les autres secouristes pour parler de leurs expériences communes, organiser des sorties aux frais de l'Etat qui les a livrés à eux-mêmes, sans soutien moral ou matériel : *« en reconnaissance du travail surhumain que j'ai accompli au port, pas même un courrier de remerciement ou un coup de fil ne m'est parvenu du Ministre de l'Intérieur où toutes mes filiations ont été répertoriées. Je puis vous assurer que tous ceux qui sont dans le même cas que moi sont certainement enrégés et constituent de véritables bombes à retardement. Je vous avoue que plus d'une fois j'ai failli céder à la tentation d'aller à une station de radio pour alerter l'opinion sur notre sort et rappeler à sa mémoire le drame. »*

Ce discours fait ressortir, de façon forte chez le malade, un grand besoin de considération et d'estime d'autrui nettement sous-tendu par une exigence d'indemnisation, ne serait-ce qu'une consolation morale. Certains auteurs ont noté qu'on observe plus souvent des comportements ambigus marqués à la fois par une attitude de dépendance à l'égard de l'entourage (entourage médical, familial...) et par des conduites de réclamation agressives et d'exigence d'autonomie et de considération, ces malades agissant comme s'ils voulaient à la fois persévérer dans leur névrose et récupérer l'axiome d'autrui (Cohen et Delano 1945, Crocq 1969).

Notre patient se dit moins serein qu'auparavant. Il se surprend même à engueuler des inconnus qui enfreignent certaines règles élémentaires de prudence. Dans la rue, il se porte facilement juge et se permet de trancher dans des situations perçues comme entachées de *« légèretés et de négligences »*. Il a l'impression de n'avoir plus peur de rien, ni de personne. Cependant, la vue de la mer ou d'un ferry provoque en lui un net bouleversement émotionnel au point qu'il lui semble que le drame est imminent.

Les réactions du malade dans la rue témoignent d'une lutte active contre un facteur fondamental qui a largement contribué à l'accident : la *négligence humaine*. Il n'hésite pas alors à s'attaquer à plus fort que lui, bravant tout danger. Ses réactions peuvent aussi dévoiler d'une manière implicite une colère contre sa propre personne. Cette catastrophe vient en effet mettre en échec ses dons de guérisseur. Il est ébranlé dans son sentiment de toute puissance. Le côtoiement de la mort l'a quelque peu fragilisé. Ses efforts de secourisme dans ce contexte n'ont pu contenir et maîtriser tant de souffrances. Ces crises hétéro-agressives reproduiraient (voisine de la répétition) l'atmosphère de violence qui a marqué le traumatisme inaugural (Crocq et Steinitz 1992). Mais toutes les négligences ne mènent pas droit aux catastrophes. Par conséquent, ses réactions sont certainement excessives. De ce point de vue, ne serait-il pas judicieux de se demander si le patient ne développe pas une phobie traumatique dont la conduite contraphobique consiste en une fuite vers l'avant avec affrontement direct de la situation phobogène.

En effet, les phobies traumatiques sont plus fréquentes qu'on ne le pense généralement. Elles portent sur la si-

tuation traumatisante ou sur ses analogues symboliques et soulèvent le problème de la survenue des phobies par conditionnement, sans prédisposition datant de l'enfance. L'engagement phobique de la névrose traumatique puise ses racines dans la psychogenèse complexe où la culpabilité névrotique et la crainte de réciprocité jouent un rôle important (Crocq 1974).

Conclusion

Si les séquelles psychologiques concernent à priori les victimes de traumatismes, elles touchent aussi leurs sauveteurs à court terme mais surtout à long terme. Ceci est d'autant plus vrai que de nombreuses publications traitent de la réalité des troubles psychologiques de professionnels en général et professionnels de la santé en particulier (De Clercq 1992).

L'attention de la communauté scientifique doit être davantage retenu par la reconnaissance de cette problématique à laquelle des solutions appropriées doivent être trouvées en terme de prévention primaire (sélection et formation du personnel), secondaire (programme d'interventions à visée prophylactique après événement potentiellement traumatisant) et tertiaire (prise en charge thérapeutique des traumatisés psychiques).

Pourtant même s'il est unanimement reconnu que le vécu émotionnel des intervenants est à considérer avec toute l'attention nécessaire, trop peu d'initiatives ont actuellement vu le jour.

Bibliographie

1. ATKESON B. M., CALHOUN K. S., RESICK P. A., ELLIS E. M. (1982) – Victims of Rape: repeated Assessment of depressive Symptoms – *J. Consul. Clin. Psychol.*, 50: 96-102.
2. COHEN RA, DELANO JG (1945) – Les troubles émotionnels subaigus induits par le combat. *War Med.*, 7, 284-296.
3. CROCQ L (1969) – *Délimitation et signification de concept et névrose traumatique* - LXVII^e Cong. De Psych. Et Neur. De Langue Fr., Bruxelles, Masson, éd. Paris, 1969.
4. CROCQ L (1992) – Le syndrome de répétition dans les névroses traumatiques. Ses variations cliniques, sa signification. *Perspectives psychiatriques*, 31^e Année – N° 32 / II (NS) : 59-65.
5. CROCQ L. (1974) – Stress et névrose traumatique. *Psychol. Méd.* 6, 8 : 1493-1531.
6. CROCQ L., SAILMAN M., BARROIS C. (1983) – Névroses traumatiques (Névrose d'effroi, névrose de guerre). *Encycl. Méd. Chir.*, Paris, Psychiatrie, 37329 A¹⁰.
7. CROCQ L., STEINITZ A. (1992) – L'inventaire-échelle de névrose traumatique. *Psychol. Méd.*, 24, 5 : 437-445.
8. DE CLERCQ M. (1992) – L'importance des syndromes psychiatriques post-traumatiques en pratique médicale. *Ca. Méd. Travail*, 29 : 85-88.
9. DE CLERCQ M. (1992) – Les répercussions psychiatriques et psychosociales des catastrophes et trauma graves. *Méd. Catastr. Urg. Collt.* 1999, 2, 3 - 4 : 73-78.
10. FENICHEL Q. (1945) – *La théorie psychanalytique des névroses*. Trad. Fr. – PUF, Ed. Paris, 1953.
11. HODGKINSON P. E., STEWART M. (1991) – *Coping with Catastrophe: a Handbook of Disaster Management*. Routledge, London.
12. LEBIGOT F. (1999) – Intérêt des soins immédiats et post immédiats dans les traumatismes psychiques. – *Méd. Catastrophe Urg. Collectives*. 2 : 83-87.
13. LEBIGOT F., GAUTHIER E., MORGAND D., REGES J. L., LASSAGNE M. (1997) – Le débriefing psychologique collectif. *Ann. Méd. Psychol.*, 155 : 370-378.
14. MITCHELL J. T. (1983) – When Disaster strikes: the critical Incident Stress Debriefing Process. *Am. J. Emerg. Serv.*, 1983 8: 36-39.
15. PRIETO N. (2000) – *L'intervention médicopsychologique immédiate*. Première journée régionale des équipes d'urgence médicopsychologique en Ile de France. 18 mai 2000. Palais du Luxembourg, Paris.





Validation de l'Edinburgh post natal depression scale : version tunisienne

Faten ELLOUZE¹
Ahmed ZEGHAL²
Thouraya BEN ABLA³
Ahlem BEN AICHA⁴
Raja LABBENE⁵

Résumé :

Introduction objectifs : La dépression du post partum constitue de loin la pathologie psychiatrique post natale la plus fréquente. Elle échappe souvent aux investigations psychiatriques à cause de la dénégaration maternelle de la souffrance et de certaines spécificités du tableau clinique. L'Edinburgh post natal depression scale est depuis une vingtaine d'années, l'instrument de dépistage le plus utilisé dans de nombreux pays. Dans le monde arabe, peu d'études ont porté sur la dépression du post partum et sur son dépistage. Dans ce travail, les auteurs se proposent de valider une version arabe Tunisienne de l'échelle Edinburgh.

Matériel et méthode : l'étude était de type transversal. L'échantillon était composé de 103 jeunes mères. Nous avons procédé à la passation de l'EPDS traduite en arabe et au mini international neuropsychiatric interview (MINI) test de référence utilisé pour la validation externe de l'EPDS et pour la confirmation du diagnostic de dépression. Pour l'analyse de la validité externe de l'EPDS nous avons utilisé la courbe ROC et pour l'analyse de sa validité interne nous avons effectué une analyse factorielle des différents items après rotation varimax.

Résultats : le test était bien accepté, les questions facilement comprises. La moyenne des scores était de 8,5 +/- 4,9. En se basant sur la courbe ROC, le seuil retenu était de 12,5, il correspondait au rapport optimal entre sensibilité et spécificité (90% et 86% respectivement). L'indice alpha de cronbach était de 0,71.

L'analyse factorielle de l'échelle par rotation varimax a permis de dégager 4 facteurs expliquant 65% de la variance totale : F1 : items 6, 7, 8,9 : sentiment d'incapacité, trouble du sommeil et tristesse.

F2 : items 1,2 : le pessimisme

F3 : items 4,5 : angoisse et panique

F4 : items 3 : culpabilité

En nous basant sur le seuil retenu de 12,5, la prévalence de la dépression post natale était de 21,4%

Discussion : nos résultats ont montré qu'avec un score seuil de 12,5, l'EPDS était un bon outil de dépistage. Il offrait une sensibilité élevée (90%) en gardant une bonne spécificité (86%). L'analyse factorielle nous a permis d'obtenir 4 facteurs, chaque facteur explorant des symptômes homogènes. Ce regroupement semble être cohérent. Le taux de prévalence de la dépression post natale se situait dans la limite supérieure des valeurs retrouvées dans la littérature.

Conclusion : un dépistage précoce de la dépression post natale est nécessaire. Il passe par une meilleure écoute des plaintes exprimées par la mère.

Mots clés : dépression post natale- échelle d'Edinburgh

Ce qui était connu : la fréquence de la dépression du post partum, ses particularités cliniques, ses répercussions négatives sur la mère et l'enfant.

Ce qu'apporte l'article : certaines particularités culturels font de la dépression du post partum un diagnostic méconnu, l'Edinburgh post natal depression scale dans sa version tunisienne permettrait un meilleur dépistage de cette pathologie et donc une meilleure prise en charge.

1. Assistante hospitalo-universitaire en psychiatrie

2. Professeur agrégé en psychiatrie

3. Professeur agrégé en psychiatrie

4. Médecin généraliste

5. Professeur en psychiatrie

Hopital Razi, Mannouba, Tunisie.

Adresse de l'auteur referant: Ellouze Faten, 10 rue Ahmed

Tlili Rades, 2040, Tunisie. E mail :dr_ellouze_faten@yahoo.fr

- Tel:21622755573.

Abstract

The Edinburgh Post Natal Depression Scale: Validation for a Tunisian sample.

Introduction : Post natal depression is the most frequent trouble of post natal period. The diagnosis is always postponed because of clinical specificities but also because of the mothers' denial. For twenty years, the Edinburgh Post Natal Depression Scale has been the most used detection instrument in several countries. In the Arab world, few studies have targeted the post partum depression and its detection. In this study, authors propose validating an Arab Tunisian version of Edinburgh Scale.

Materiel and method : This was a transversal study. The sample is composed of 103 mothers who answered EPDS translated into Arabic and to mini international neuropsychiatric interview (MINI). The MINI was the referent test used to external validation of the EPDS and to emphasis depression diagnosis. We used the ROC curve to analyse the EPDS external validity and a factorial analysis of different items after varimax rotation to explore the EPDS internal validity.

Results : The EPDS was well accepted; the questions were well understood, the score mean was $8,5 \pm 4,9$. The ROC curve suggest a cut point about 12,5 which correspond to optimal ratio between sensibility and specificity (90% and 86% respectively). The cronbach alpha index was 0,71. The scale of factorial analysis explored by varimax rotation suggests the existence of four components responsible for 65% of the total variance.

F1 : items 6, 7, 8,9 : feeling of incapacity, sleep disorders and sadness.

F2 : items 1,2 : pessimisme

F3 : items 4,5 : anguish and panic

F4 : items 3 : guilt

According to our cut point, the post natal depression prevalence was 21,4%

Discussion : if the cut point was fixed at 12,5, the EPDS should be an interesting instrument of the post natal depression detection. It has both a high sensibility (90%) and high specificity (86%).

The factorial analysis showed the existence of fours components. Every item has explored an homogeneous symptoms. The post natal depression prevalence was 21,4%. This value was found in literature.

Conclusion : An early detection of post natal depression is necessary. We must pay attention to the troubles of mothers occurring in post natal period.

Key words : post natal depression- Edinburgh scale

Introduction

La dépression du post-partum constitue de loin la pathologie psychiatrique post natale la plus fréquente (1). Elle complique 15% à 20% des accouchements, entre la fin du premier mois et première année du post partum. Ses conséquences peuvent être lourdes sur l'équilibre psychique de la femme et sur le développement de son enfant.

Sur le plan clinique les plaintes liées à l'enfant et aux soins qu'il demande prennent souvent le devant de la scène, avec une absence de plaisir à pratiquer les soins du bébé, un sentiment d'incapacité et d'inadaptation aux besoins du nourrisson, une agressivité dirigée vers l'époux ou les autres enfants de la fratrie (2,3).

La dépression du post-partum échappe souvent aux investigations psychiatriques à cause de la dénégation maternelle de la souffrance (4). Les mères déprimées manifestent souvent l'inquiétude d'être blâmées. Elles tendent à dissimuler leur souffrance et ne demandent pas d'aide (5). Il a été supposé aussi que les mères pourraient exprimer plus aisément leur souffrance à travers les doléances concernant le bébé (6,7). D'un autre côté, la pression culturelle expliquerait l'expression plus aisée de l'anxiété plutôt que la tristesse après un événement qui est supposé apporter la joie (8,9).

La prise en charge de la dépression du post-partum commence par une meilleure connaissance de sa clinique et de ses facteurs favorisants, mais surtout par le dépistage précoce des femmes à risque.

Plusieurs échelles de dépistage et d'évaluation de la dépression post natale, spécifiques du post-partum, ont été mises au point. Il s'agit de questionnaires traitant de la symptomatologie dépressive particulière du post-partum, se rapportant souvent au bébé, et tenant compte des symptômes normalement présents dans la période post natale, à savoir l'asthénie, les troubles du sommeil, les troubles de l'appétit et de la libido. Ces différentes considérations auraient le mérite de limiter le nombre de faux positifs (10).

L'Edinburgh post natal depression scale est l'instrument de dépistage le plus employé depuis une vingtaine d'années (11). Dans une étude sur 342 femmes, l'utilisation de ce test comme outil de dépistage systématique de la dépression post natale à 6 semaines du post-partum a amélioré le taux de diagnostic de 3,7 à 10% (12). Peu d'études arabes ont cependant porté sur la dépression du post partum et sur l'échelle d'Edinburgh.

Dans ce travail nous nous proposons de valider une version arabe tunisienne de l'échelle d'Edinburgh.

Matériel et méthode

Nous avons mené une enquête de type transversal. L'échantillon étudié était composé de 103 jeunes mères présentées au dispensaire pour vacciner leurs enfants âgés de 1 mois à 1 an, période au cours de laquelle se manifeste habituellement la dépression du post partum. Le travail s'est déroulé sur deux mois, dans deux dispensaires du grand Tunis celui du bardo (banlieue ouest) et celui de cité Erriadh (banlieue nord). Le recueil des données a comporté 3 volets. La première étape a porté sur l'investigation des données socio-démographiques, des antécédents personnels de la mère et des caractéristiques de la grossesse et de l'accouchement. La deuxième étape a comporté la passation de l'échelle de dépistage proprement dite dont nous avons élaboré une version tunisienne: l'Edinburgh post natal depression scale (EPDS). Il s'agit d'un questionnaire à 10 items. Chaque item donnant lieu à 4 réponses possibles, cotées de 0 à 3. Le score total est la somme des 10 valeurs obtenues, soit un chiffre allant de 0 à 30 (13).

Dans un premier temps nous avons nous-mêmes traduit l'EPDS de l'anglais à l'arabe, nous avons ensuite procédé à une passation de cette version préliminaire auprès de 10 jeunes mères consultantes au dispensaire. Celles-ci n'ont pas été incluses dans l'étude proprement dite. Cette étape nous a permis de déterminer les termes les plus adéquats et de manière définitive. Enfin une contre traduction a été réalisée par des professeurs d'anglais n'ayant pas connaissance de la version originale.

L'échelle ainsi obtenue a été administrée sous forme d'interview. Nous avons veillé à ce que les termes soient exposés exactement de la même manière à chaque fois afin d'assurer une reproductibilité maximale.

Enfin le troisième volet consiste en la passation du mini international neuropsychiatric interview (MINI), test de

référence utilisé pour la validation externe de l'EPDS et pour confirmer le diagnostic de dépression. Ce test basé sur les critères du DSM IV a été également traduit en tunisien et validé dans une étude antérieure (14). Nous en avons exploité la partie relative aux troubles dépressifs. Le diagnostic de dépression du post partum a été retenu chez les femmes répondant aux critères d'«état dépressif majeur actuel».

La saisie des données a été réalisée avec le logiciel epi info (version 6). L'analyse a été faite à l'aide du logiciel SPSS (version 11.5 Windows). Pour l'analyse de la validité externe de l'EPDS nous avons utilisé la courbe ROC avec calcul de la surface sous la courbe et son intervalle de confiance à 95%. Pour l'analyse de sa validité interne nous avons effectué une analyse factorielle des différents items après rotation varimax.

Résultats

Caractéristiques de l'échantillon

L'âge moyen des mères était de 31ans +/- 5,1 ans avec des extrêmes de 20 et 42 ans. Prés de la moitié étaient primipares.

Les bébés étaient âgés en moyenne de 5mois avec un âge minimum de 1mois et maximum de 1an.

Le tiers des femmes ont arrêté leur scolarité au niveau primaire et la moitié l'a poursuivie au niveau secondaire. 13 femmes ont fait des études supérieures, alors que cinq autres étaient analphabètes.

Plus des trois quart des femmes (29%) étaient des mères au foyer, dont les deux tiers travaillaient auparavant et ont quitté leur emploi après la grossesse (23%).

La grande majorité des femmes vivaient dans des conditions socioéconomiques moyennes (47%) ou modeste (40%).



Caractéristiques psychométriques de l'EPDS

Validité du construit

Le test était très bien accepté par les femmes, elles ont répondu sans ambiguïté. Les questions étaient facilement comprises et les réponses rapides et spontanées.

Validité externe

L'échelle d'Edinburgh permet d'attribuer un score pouvant aller de 0 à 30.

Les scores étaient répartis comme suit : la moyenne était de 8,5(+/-4,9), avec un minimum à 0 et un maximum à 24. (figure 1)

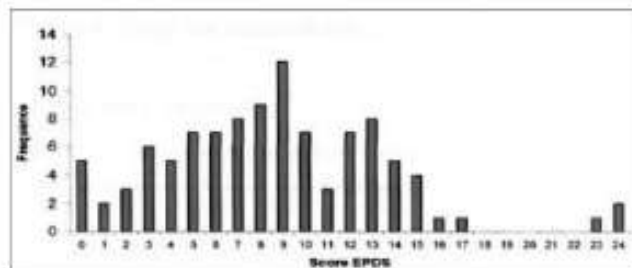


Figure 1 : Distribution des scores de l'EPDS.

En se basant sur la courbe ROC, le seuil retenu était de 12,5, il correspond au rapport optimal entre sensibilité et spécificité (90% et 86% respectivement). La surface sous la courbe est de 0,94 avec un intervalle de confiance de 95% (0,89-0,99) (figure 2).

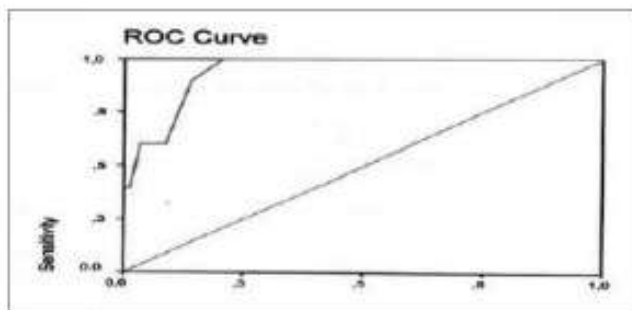


Figure 2 : courbe ROC du score de l'EPDS.

Validité interne

L'étude de la reproductibilité du test a été estimée en mesurant la cohérence interne par le calcul de l'indice alpha de cronbach. Cet indice était de 0,71.

Nous avons également réalisé une analyse factorielle de l'échelle par rotation varimax qui a permis de dégager 4 facteurs expliquant 65% de la variance totale (tableau I).

F1 : items 6, 7, 8, 9 : sentiment d'incapacité, troubles de sommeil et la tristesse

F2 : items 1, 2, 10 : pessimisme

F3 : items 4, 5 : angoisse et panique

F4 : items 3 : culpabilité

Prévalence de la dépression post natale

En nous basant sur le seuil retenu de 12,5, la prévalence de la dépression post natale est de 21,4%.

Tableau I : Analyse factorielle de l'échelle.

Facteurs	F1	F2	F3	F4
Eigen values	2,994	1,405	1,118	1,004
Pourcentage de la Variance totale	29,9	14	11,17	10
Items 1		.820		
Items 2		.867		
Items 3				.914
Items 4			.808	
Items 5			.865	
Items 6	.697			
Items 7	.570			
Items 8	.787			
Items 9	.648			
Items 10		.358		

Discussion

L'EPDS est un questionnaire qui s'adresse dans un langage simple à des jeunes mères avec qui il est souvent délicat d'aborder le thème de la dépression au moment où elles vivent un événement heureux. Il est construit de manière à ménager la sensibilité des mères et leur vulnérabilité aux jugements d'autrui, tout en utilisant des termes décrivant parfois exactement ce qu'elles ressentent. La réponse au moyen d'adverbes évite une réponse en bien ou en mal, en normal ou en pathologique ce qui augmente la fiabilité du test et la sincérité des réponses des mères ainsi rassurées (15). Cette échelle est largement utilisée pour le dépistage de la DDP, elle a été traduite dans plusieurs langues (16-26) notamment l'arabe par Abou Saleh MT et al (27). Cependant nous avons estimé que l'arabe parlé aux Emirats Arabes Unis et l'arabe parlé en tunisien diffèrent suffisamment pour rendre cette version non utilisable chez nous. C'est la raison pour laquelle nous avons jugé intéressant de traduire l'EPDS en arabe Tunisien, en utilisant des termes couramment employés et en tenant compte des variations possibles entre les différentes régions tunisiennes.

Dans notre traduction nous avons veillé à donner aux termes arabes la signification voulue par la première version (anglaise) de telle sorte qu'il garde le maximum de sa valeur. Idéalement l'EPDS doit être utilisé comme auto questionnaire, rempli par la patiente elle même (13), cependant nous ne l'avons pas exploité de cette manière afin de ne pas exclure les femmes analphabètes et afin de veiller à ce que toutes les rubriques soient remplies.

Validité externe

Nos résultats montrent qu'avec un score seuil de 12,5, l'EPDS est un bon outil de dépistage. Il offre une sensibilité élevée (90%) en gardant une bonne spécificité (86%).

Les études de validation de l'EPDS dans ses différentes versions trouvaient des scores seuils variables selon les pays, avec une sensibilité variant de 73 à 100% et une spécificité allant de 76 à 100% (tableau II).

Tableau II : Etudes de la validation de l'EPDS dans différents pays.

Pays	Effectif	Test de référence	Seuil EPDS	Sensibilité (%)	Spécificité (%)
Royaume Uni (15)	84	GSPI	12,5	86	78
Suède (26)	1655	MADRS	11,5	96	49
Allemagne (19)	110	ICD-10	9,5	96	100
Norvège (22)	310	DSM IV	10,5	100	87
Afrique de sud (24)	103	DSM IV	11,5	80	76
Emirats arabes (27)	95	PSE	10	91	84
Australie (20)	103	SCID	12,5	100	95
Italie (18)	103	MINI	8,5	94	87
Espagne (23)	1201	SCID	10,5	79	95
Notre étude	103	MINI	12,5	90	86

Notre seuil est le même que celui qui a été retenu lors de la première élaboration de la version anglaise de l'EPDS par Cox et al (13) avec une sensibilité et une spécificité de 86% et de 78% respectivement. Une 2ème étude anglaise sur un échantillon plus important (11), montrait une sensibilité de 95% et une spécificité de 93%. En France le seuil retenu était de 11, avec une sensibilité et une spécificité de 80% et 92% respectivement (5). Quand à la version arabe de l'EPDS élaboré par Abou Saleh MT et al (27), le meilleur rapport entre sensibilité et spécificité était obtenu avec un score seuil de 10, avec une sensibilité de 91% et une spécificité de 84%.

Les études les plus comparables à la notre quant au test de référence utilisé seraient celles de la Norvège (22), de l'Afrique du sud (24) et de l'Italie (18). Toutes trois ont utilisé les critères du DSMIV comme référence. Toutefois les seuils étaient globalement plus bas que celui retrouvé dans notre étude, en particulier dans l'étude italienne qui a été menée avec une méthodologie comparable à la notre. Les femmes tunisiennes seraient peut être moins portées sur l'expression de leurs émotions négatives.

Validité interne

L'analyse factorielle nous a permis d'obtenir quatre facteurs : F1 (items 6,7,8,9) traduit le sentiment de tristesse et d'incapacité, F2(items 1,2 et 10) le pessimisme et les idées suicidaires, F3 items (4,5) la peur et la phobie et F4, représenté par l'item 3 traduit la présence ou non de sentiment de culpabilité. Ce regroupement semble très cohérent, chaque facteur explorant des symptômes homogènes. Dans la version française (5), l'analyse factorielle a permis d'obtenir 2 facteurs F1(items1,2, 8,9,10) et F2 (items3,4,5,6,7). Dans l'étude de validation hollandaise (25), la répartition était également faite en 2 facteurs et se rapproche un peu plus de la notre avec un 1^{er} facteur regroupant les items 1,2,7,8,9 et 10 et un 2ème facteur regroupant les items 3,4,5 et 6 reflétant les symptômes dépressifs pour l'un et les symptômes anxieux pour l'autre.

Fréquence de la DPP

dans notre étude, la prévalence de la dépression post natale était de 21,4% selon la version tunisienne de l'EPDS. Ce chiffre se situe dans la limite supérieure des valeurs retrouvées dans la littérature. La dépression du post partum complice en moyenne 13% (avec des extrêmes de 10% et de 20%) selon les études, les critères diagnostiques utilisés et la durée de l'observation (9,10).

En ce qui concerne les pays arabes, peu d'étude ont été réalisées sur la dépression post natale : la première aux Emirats Arabes (27), avec une prévalence de 18%. Au Maroc (17) elle était de 11,8% et au Liban (218) de 21%. Les trois études ont été faites en utilisant l'EPDS (version arabe validée à Dubai). Au Maroc la prévalence de la DPP était plus faible que celle que nous avons retrouvé, c'est pourtant la population qui se rapproche peut être le plus de la notre. Notons cependant que l'EPDS a été administré dans sa version arabe de Dubai, version qui pourrait être peu compréhensible par les femmes marocaines. Cette constatation pourrait expliquer la différence entre nos résultats et ceux de l'étude Marocaine.

La principale limite de notre étude est que nos sujets ne sont pas représentatifs de la population tunisienne : d'abord parce que les femmes présentant une dépression peuvent rater la séance de vaccination de leur enfant, deuxièmement parce que les filles mères ne sont également pas concernées par le dépistage alors qu'elles sont probablement les plus exposées à la dépression post natale.

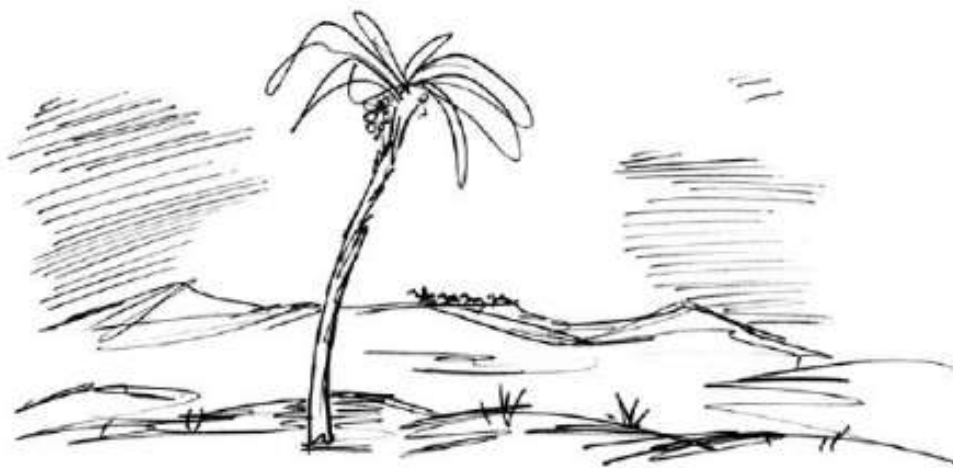
Conclusion

Notre étude a permis la validation de la version tunisienne de l'EPDS en tant qu'outil de dépistage de la dépression post natale.

Une sensibilisation active du personnel soignant devrait être entreprise, afin d'assurer une prise en charge précoce et adaptée des mères souffrant de cette affection. Cette prise en charge commence dès la période ante natale et se prolonge dans le post partum en accordant le maximum d'intérêt aux plaintes exprimées par la mère.

Références

- 1-Lemperiere T, Rouillon F, Lepine JP. Troubles psychiques liés à la puerpéralité. *Encycl. Med. Chir. Psychiatrie* 37660-A10 1984;7.
- 2-Maze Ph, Congur L, Latoch J. Bébé et mères déprimées. *Devenir* 1990;4:70-80.
- 3-Pitt B. Atypical depression following childbirth. *Br J Psychiatry* 1968;114:1325-1335.
- 4-Gregoire AJ, Kumar R, Everitt B. Transdermal oestrogen for treatment of severe post natal depression. *Lancet*. 1996;347:930-933.
- 5-Guerdeny N, Fermanian J. Validation study of the French version of the Edinburgh post natal depression scale (EPDS) :new results about use and psychometric properties. *Eur psychiatry* 1998 ;13 :83-89.
- 6-Cooper PJ, Murray L. Course and recurrence of post natal depression. Evidence for the specificity of the diagnostic. *Br J Psychiatry* 1995;166:191-195.
- 7-Sutter AL, Bourgeois M. Complications émotionnelles et psychiatriques du post partum. *Contracept. Fertil.Sex*. 1994;22:61-64.
- 8-Oates MR, Cox JL, Neemarssi SI. Post natal depression across countries and culture:a qualitative study. *Br J Psychiatry* 2004;184:10-16.
- 9-Kumar R. Post natal mental illness: a transcultural perspective. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1994;29:250-264.
- 10-Brigde LR, Little BC, Hayworth J. Psychomertic antenatal predictors of post natal depressed mood. *J Psychosom Res* 1985;29:325-331.
- 11-Harris B, Huckle P, Thomas R. The use of rating scales to identify post natal depression. *Br J Psychiatry* 1989;154:782-786.
- 12-Georgiopoulos AM, Brayan TL, Wollan P. Routine screening for post partum depression. *J Fam Pract* 2001;50:117-122.
- 13-Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the item Edinburgh post natal depression scale. *Br J Psychiatry* 1987;150:782-786.
- 14-Haddad M, mémoire de DESS de gériatrie; dépression chez les sujets âgés, 2004, faculté de Tunis
- 15-Jadresic E, Araya R, Jara C. Validation of the Edinburgh post natal depression scale (EPDS) in children post partum women *J Psychosom obstet gynaecol*. 1995 ;16 :187-191.
- 16-Abou salah MT, Daradkeh T. The validity of the Arabic Edinburgh postnatal depression scale (EPDS). *Soc psychiatry psychiatr epideliol* 1997;32:474-476.
- 17-Batta O, Ayoub M, Moussaoui D. Post natal depression : a prospective study. *Actas Esp Psychiatr* 2001;29:65-66.
- 18-Benevenuti P, Ferrarra M, Nicolali C. The Edinburgh post natal depression scale :validation for an italian sample. *J affect disord*. 1999 ;53 :137-141.
- 19-Bergant T, Nguyen T, Heim K. German language version and validation of the Edinburgh post natal depression scale. *Dtsch med wochenschr* 1998 ;123 :35-40.
- 20-Boyce P, Stubbs J, Todd A. The Edinburgh post natal depression scale :validation for an Australian sample. *Aust NZJ Psychiatry* 1993 ;17 :472-476.
- 21-Chaaya M, Campbell O, El Kak F. Post partum depression :prevalence and determinants in Lebanon. *Arch Womens Ment Health* 2002;5:65-72.
- 22-Eberhard Gran M, Eskid A, Tambs K. The Edinburgh post natal depression scale :validation in a norwegian community sample. *Nord J Psychiatry*. 2001 ;55 :113-117.
- 23-Garcia-Esteve L, Ascaso C, Ojuel J. Validation of the Edinburgh post natal depression scale (EPDS) in spanish mothers. *J Affect Disord*. 2003 ;75 :71-76.
- 24-Lawrie TA, Hofmeyer GJ, De Jager M. Validation of the Edinburgh post natal depression scale on cohort of south african women. *S Afr med j*. 1998 ;88 :1340-1344.
- 25-Pop VJ, Komptroel H, Van Son MJ. Characteristics of the EPDS in the Netherlands. *J Affect Disord* 1992;26:105-110.
- 26-Wickberg B, Hwang CP. The Edinburgh post natal depression scale :validation on a swedish community sample. *Acta psychiatr scand*. 1996 ;94 :181-184.
- 27-Abou salah MT, Daradkeh T. The validity of the Arabic Edinburgh postnatal depression scale (EPDS). *Soc psychiatry psychiatr epideliol* 1997;32:474-476.



Colloques et Conférences

Territorialité et management Deux maîtres mots es-Qualité

6 juin 2008 à Marseille
Centre Hospitalier Valvert

XII^e colloque interrégional de Psy Cause

Dans un récent numéro de la Revue Soins Cadres destinée à la réflexion des « managers » du milieu hospitalier, des auteurs se sont étonnés que l'accroissement incessant de la « Qualité » dans nos institutions soit concomitant d'une « insatisfaction » sans cesse en augmentation chez les usagers. Par ailleurs, le management distingue « l'acte technique » du soignant et du médecin « ingénieur de santé », de ce qui relève du fonctionnement de l'institution qui est du ressort du management. C'est ignorer qu'en psychiatrie, l'acte technique se situe aussi dans le fonctionnement de l'institution. S'ajoute une nouvelle conception du territoire en terme de bassin de financement qui oblige à des remaniements de plateaux techniques définis dans un objectif de soins. Voici donc quelques pistes pour ce colloque.

Bulletin d'inscription au Colloque de Valvert

Bulletin à retourner au Secrétariat du Docteur Jean-Paul BOSSUAT
Secteur 27 – Centre Hospitalier – 84143 MONTFAVET CEDEX

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 sans prise en charge : 80 €

Le règlement par chèque se fait à l'ordre de Psy-Cause

N.B. : l'abonnement ou le réabonnement à Psy-Cause est offert dans l'inscription à 140 €



Psy Cause en RUSSIE

« Les langages de l'être »

Notre collègue russe, Tatiana Bérégovaia, a le projet d'organiser pour Psy-Cause, courant juin 2008, un congrès de psychiatrie à Moscou dont le thème sera « Les langages de l'être » suivi d'un voyage vers Saint Petersburg via Novgorod. Les « Nuits blanches » de Saint Petersburg clôtureront notre périple. Avant de nous engager plus avant dans la réalisation de cette manifestation, nous avons la nécessité de nous assurer d'un nombre suffisant de participants (30 minimum).

Le coût du congrès-voyage est estimé à 3000 € maximum par personne pour une dizaine de jours.

Si vous désirez participer à ce congrès, merci de nous retourner le bulletin de pré-inscription ci-dessous accompagné d'un chèque de 300 € à l'ordre de Psy-Cause, qui demeurera sur un compte bloqué et sera remboursé en cas de non-réalisation du projet par la revue.

Bulletin de pré-inscription

Bulletin à retourner à Mr le Docteur Jean-Paul BOSSUAT –
Secteur 27 – Centre Hospitalier – 84143 MONTFAVET CEDEX

Nom et prénom :
Adresse :
Tél. fixe : Portable :
email : Fax :

me préinscris au Congrès de Psy-Cause en Russie et joins un chèque de 300 € à l'ordre de Psy-Cause.

Information : Dr Tatiana BEREGOVAIA, Présidente du Comité d'organisation, Secteur 27, Centre Hospitalier, 84143 MONTFAVET Cedex. Tél. : 04 90 03 92 76

PALAIS DES CONGRES DE PERPIGNAN

22 et 23 NOVEMBRE 2007

« LES JOURNEES DE LOGOS »

SUJET : LA TENTATION DE L'EMPRISE

- Relation d'emprise dans le soin
- Relation d'emprise dans la famille

LOGOS, CENTRE PSYCHO-ANALYTIQUE

7, Bd WILSON, 66000 PERPIGNAN

Tel : 06 14 46 31 00 – labarcarolle@free.fr

PALAIS DES CONGRES DE BEZIERS

3 et 4 AVRIL 2008

XVIII^{es} RENCONTRES NATIONALES DE PERINATALITE

« HERITER ET TRANSMETTRE »

Le Dr. ALDO NAORI, PEDIATRE, nous honorera de sa présence.

RENSEIGNEMENTS : Madame BADIOLA

Tel : 04 67 49 87 05 – www.beziers-perinatalite.fr



MÉDÉE, UN MYTHE ACTUEL

La revue Psy Cause co-organise à Avignon au théâtre Le Célimène, avec la compagnie « Le théâtre de l'aube », une représentation de la pièce d'Anouilh : Médée, suivie d'un débat sur l'actualité du mythe au XXI^e siècle. Modéré par la psychologue Claudine Fuya, ce débat traitera de la question des rapports homme-femme dans un couple en difficulté et du sort des enfants. Le complexe de Médée nous parle-t-il aujourd'hui parce que nous pourrions évoquer une « société-mère infanticide » ? Seront sur le plateau : un psychanalyste, Sylvie Doisy, actrice et metteur en scène de la pièce, un juge aux affaires familiales, un avocat spécialisé dans les divorces et les problèmes de garde des enfants. Les débatteurs pourront dialoguer avec le public.

La séance se déroulera à 20 heures le **28 mars 2008**
au théâtre le Célimène
25bis rue des remparts de l'Oulle à Avignon

Le prix d'entrée est de 25€ et les réservations se font auprès de Sylvie Doisy en lui téléphonant au 0611375967 ou au 0490829613. Attention, la capacité du théâtre est limitée à 80 places : ne tardez pas trop.

L'équipe de Psy Cause

Directeur de la publication et de la rédaction

Jean-Paul Bossuat (Avignon)

Rédacteur en chef

Pierre Evrard (Avignon)

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

Administrateur trésorier

Michel Bayle (Le Paradou)

Secrétaires de Rédaction

Webmaster : Didier Bourgeois (Avignon)

Congrès :

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 Benathmane (Paris)

Hervé Bokobza (Montpellier)

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

Anny Castel-Guilpart (Arles)

Fabienne Cayol (Laragne)

Jean-Paul Champanier (Grasse)

Marie-Christine De Médrano (Aix)

Jacques Dubuis (Lyon)

Baba Fall (Valence)

René-Louis Payaud (Thuir)

Jean-Yves Feberey (Pierrefeu)

Olivier Fossard (Avignon)

Hervé Gady (Avignon)

Jean-Michel Gaglione (Martigues)

Réjane Galy (Béziers)

Dominique Gauthier (Laragne)

Dominique Godard (Martigues)

Jean-Louis Griguer (Valence)

Bernard Javellot (Pierrefeu)

Boh Souleymane Kourouma (Pierrefeu)

Arnaud Masquin (Villeneuve-lez-Avignon)

Claude Miens (Avignon)

Jean-Baptiste Orler (Cannes)

Rafael Ortiz (Avignon)

Hosni Ouahchi (Avignon)

Nathalie Papapietro (Ile de la Réunion)

Yves Petit (Papeete, Polynésie)

Rémi Picard (Avignon)

Michèle Platroz (Lyon)

Danielle Raoux (Salon)

Philippe Raynaud (Thuir)

Pascal Schindelholz (Papeete, Polynésie)

Jeanie Schott (Uzès)

Béatrice Segalas (Antony)

Jean-Luc Sicard (Avignon)

Julien Starkman (Avignon)

Dominique Texier (Thonon)

Martin Tindel (Pierrefeu)

Gabrielle Uda (Marseille)

Didier Bourgeois a dessiné les illustrations originales.

Comité de Rédaction

Michèle Bareil-Guerin (Limoux)

Agnès Beisson (Avignon)

Tatiana Beregovaia (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)

Alain Gavaudan (Marseille)

Patrick Jouventin (Avignon)

Jean-Jacques Lottin (L'Isle sur Sorgue)

Brigitte Manivel (Avignon)

Carole Mitaine (Antibes)

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)

Anne Rivet (Avignon)

Sophie Sauzade (Martigues)

Gilbert Schott (Uzès)

Dominique Schneider (Strasbourg)

Correspondants étrangers

Séverin Cécil Abega (Yaoundé, Cameroun)

Hassen Ati (Nabeul, Tunisie)

Ahmed Benrqiq (Oujda, Maroc)

Alexandra Berankova (Ostrava, Tchéquie)

Andrew Blewett (Worford, Angleterre)

Jan Cimiski (Prague, Tchéquie)

Enzo Desana (Turin, Italie)

François Dethier (Lernieux, Belgique)

Habachi El Gammal (Assouan, Égypte)

Faten Ellouze (Mannouba, Tunisie)

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)

Gyöngygy Szilagy (Budapest, Hongrie)

Mohamed Tadlaoui (Tlemcen, Algérie)

Petr Taraba (Opava, Tchéquie)

Raymond Tempier (Saskatoon, Saskatchewan, Canada)

Bertrand Tiret (Gatineau, Québec, Canada)

Mathieu Tognidé (Bénin)

Conseil Scientifique

Thierry Alberne (Antibes)

Charles Alezrah (Thuir)

Dominique Arnaud (Avignon)

Charles Aussilloux (Montpellier)

Michel Bartel (Pierrefeu)

Jean-Pierre Baucheron (Marseille)

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)

Françoise Deramond (Toulouse)

Dominique Étienne (Pierrefeu du Var)

Marie-France Frutoso (Uzès)

Robert Julien (Marseille)

Dimitri Karavokyros (Laragne)

José Lamana (Avignon)

Jean-Luc Metge (Martigues)

Gérard Mosnier (Avignon)

Régis Polverel (Martigues)

Jean-Marie Potoczek (Pierrefeu)

Madeleine Pulcini (Lyon)

Gérard Pupleschi (Aix)

Dominique Pringuey (Nice)

Marie Rajablat (Toulouse)

Edmond Reynaud (Avignon)

Yves Rousselot (Aix)

René Soulayrol (Cassis)

Jean-Pierre Suc (Avignon)

Nicole Vernazza (Arles)

Directeur honoraire fondateur

Thierry Lavergne (Pierrefeu)

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 page de l'article.

Instructions techniques

Texte

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

Figures

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

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

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

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

Tableaux

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

Territorialité et management Deux maîtres mots es-qualité

XII^e colloque interrégional de PsyCause



Le 6 juin 2008
Marseille – Hôpital Valvert

Renseignements :

Dr Alain Gavaudan

Centre Hospitalier Valvert – Bd des Libérateurs – 13391 Marseille cedex 11

Tél. 04 91 87 67 64

Dr Pierre Evrard

Pôle Bouches du Rhône Nord – Centre Hospitalier – 84143 Montfavet cedex

Tél. 04 90 03 92 76