

JUILLET - AOÛT
SEPTEMBRE
1996

N°5



Quand les Ψ causent en Provence

ISSN 1245-2394

Sommaire :

- A propos du rattachement de Pertuis à Montperrin.
- Placements thérapeutiques en milieu professionnel ordinaire.
- Le jeu, médiateur thérapeutique (Mémoire infirmier).
- Les soins esthétiques en psychiatrie.
- La formation des Cadres de Santé.
- Le pardon qui tue.
- Rubriques : opinion, actualité scientifique locale, société (les directeurs d'agence), cinéma,...

Revue trimestrielle

Prix au numéro : 50 F.

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

Adresse de la revue : Docteur Jean-Paul BOSSUAT

Centre Hospitalier de Montfavet 84143 cedex

PSY-CAUSE : PREMIER ARRET SUR IMAGE

Depuis le début de 1996, de Vaclusienne, Psy-Cause est devenue une revue de proximité Provençale. En septembre 1996, il est possible d'effectuer un premier arrêt sur image, de la diffusion de votre publication.

Psy-Cause, diffusée à 500 exemplaires, compte fin Septembre 170 abonnés à titre individuel ou institutionnel. Par le réseau des rédacteurs et des correspondants, les animateurs de la revue sont présents dans cinq hôpitaux (Montfavet, Montperrin, Uzès, Digne, Martigues) et parmi la médecine libérale. Les abonnements sont principalement centrés actuellement sur trois départements (Vaucluse, Bouches du Rhône, Gard) mais des lecteurs se sont abonnés de Nice à Montpellier via Digne. Plusieurs abonnements sont sur Edouard Toulouse. Nous comptons également plusieurs abonnés sur l'Hôpital d'Arles.

Outre les abonnements institutionnels ou associatifs hospitaliers, se sont abonnés 2 CMPP, 2 CAT, une association de lutte contre la toxicomanie, une association d'aide aux personnes âgées. Parmi nos abonnés individuels, nous avons des médecins psychiatres ou généralistes, un médecin biologiste, des pharmaciens, des psychologues, des infirmiers et cadres infirmiers, des éducateurs, des assistantes sociales, c'est-à-dire toute la gamme des intervenants auprès du sujet souffrant.

Bien sûr il y a encore beaucoup de chemin à parcourir et les animateurs de Psy-Cause sont conscients qu'il s'agit là d'un début. Cependant ce premier bilan après à peine plus d'un an, est pour nous tous un encouragement. Merci à nos lecteurs.

Le Directeur de Psy-Cause
Jean Paul BOSSUAT

EDITORIAL

Rentrée scolaire, rentrée sociale :

La France, après l'Angleterre et l'Amérique découvre la violence inouïe et fait une pause pour en parler à l'école. La France c'est aujourd'hui 18% de mineurs en danger, de plus que l'année précédente. Avant de proposer des réponses, il faudra penser à la question posée.

A l'hôpital, personne n'échappe à l'agitation pour plus de faire et moins de penser. A l'hôpital aussi, la violence affleure et se montre.

Psy-Cause a maintenant un an et se porte bien. Le premier groupe rédactionnel Aixois, constitué en septembre mêle savoir-faire clinique, savoir et faire-savoir dans une ambiance sereine et agréable.

Pragmatismes clinique et thérapeutique articulés à nos références multiples que produisent la recherche vers la connaissance de l'homme et la rencontre avec le fou, questionnent et justifient l'échange autour de ce qui émerge dans les hôpitaux : la **violence symbolique**.

Lecteurs : à vos plumes pour le courrier des lecteurs et votre expérience.

Docteur Thierry LAVERGNE
Rédacteur en Chef

QUI FAIT LA REVUE ?

Directeur de la Publication

Jean Paul BOSSUAT

Directeur Adjoint

Thierry LAVERGNE

Directeur de la Publicité

Huguette FERRE

Rédacteur en Chef

Thierry LAVERGNE

Rédacteur en Chef Adjoint

Jean Paul BOSSUAT

Secrétaire de Rédaction

Didier BOURGEOIS

Comité de Rédaction

Fabienne CAYOL

Laurence FELLER

Huguette FERRE

Jean-Michel GAGLIONE

Jean Louis GAUTHIER

Léo GOUDARD

Françoise LANET

Marc Alloïs LILLO

Henri LOMBARD

Hosni OUACHI

Sophie SAUZADE

Christian TARDIEU

Jany VIDON

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

QUI AIDE LA REVUE ?

Conseil Scientifique

Michèle ANICET

Henri BERNARD

Carmen BLOND

Monique D'AMORE

Rémy DEFER

Philippe FORNARI

José LAMANA

Joëlle LEVEZIEL

Louis MERLIN

Gérard MOSNIER

Maurice PAILLOT

Dominique PAQUET

Edmond REYNAUD

Yves ROUSSELOT

Béatrice SEGALAS

Danièle SILVESTRE

Jean Pierre SUC

Yves TYRODE

Correspondants

Joëlle ARDUIN

Mireille BRUN

André Salomon COHEN

Rémi DELAITRE

Dominique GODARD

Gérard IMBERT

Patrick JULLIAN

Claude MIENS

Christian MIRANDOL

Marianne PARIS

Danielle RAOUX

Les Laboratoires

Le Laboratoire SMITHKLINE BEECHAM, par une subvention et l'organisation de la matinée Psy-Cause à Aix en Provence, le 24 octobre 1996.

Le Laboratoire JANSSEN-CILAG, par une subvention.

Didier BOURGEOIS a dessiné les illustrations originales.

Martine BAROZZI a assuré le traitement de textes et le mailing.

SOMMAIRE

Psy-Cause I: Pratiques sur le terrain

. *Redécoupages sectoriels à propos du rattachement de Pertuis au Centre Hospitalier de Montperrin* : Thierry LAVERGNE, Praticien Hospitalier. Pages 5 à 12

. *Placements thérapeutiques chez l'employeur : soins par le travail en milieu ouvert* : Sophie SAUZADE, Praticien Hospitalier . Pages 13 à 17.

. *L'atelier thérapeutique en milieu professionnel ordinaire au Centre Hospitalier de Montperrin* : Jean-Marie HODONOU, Cadre Infirmier, et Christian LORENZONI, Infirmier. Page 18

. *Le jeu, médiateur thérapeutique* : Karine TANNEAU, Infirmière. Pages 19 à 28.

. *Soins esthétiques et psychiatrie* : Françoise SAVIGNAT, Esthéticienne. Pages 29 à 40.

Psy-Cause II : Théories de la Pratique

. *La formation des cadres de santé. Du projet vers une démarche clinique* : Bernard PETIT, Cadre Infirmier Formateur. Pages 42 à 46.

. *Le pardon qui tue* : Hélène ROUCHENIAN, Infirmière, et Marie-Josée PAHIN, Psychanalyste. Pages 47 à 55.

Rubriques

. *Courrier des lecteurs.* Page 56.

. *Opinion : "L'opium, le valium et la ciguë"* : Didier BOURGEOIS, Praticien Hospitalier. Pages 57 et 58.

. *Actualité scientifique locale (Responsable de la rubrique : Jean Paul BOSSUAT),* Pages 59 à 68.

. *Société : les directeurs d'agence sont nommés* (Responsable de la rubrique : Jean Michel GAGLIONE) . Pages 69 à 72.

. *Cinéma* (Responsable de la rubrique : Huguette FERRE). Pages 73 à 77.

PSY- CAUSE I

PRATIQUES SUR LE TERRAIN

Cinq articles correspondant à un travail concret sur le terrain, sont regroupés dans cette partie de la revue :

. La psychiatrie de service public en France, est pour l'essentiel, constituée des unités thérapeutiques de base que sont les secteurs. Si, au fil des réformes, nous arrivons à la montée de structures transversales (Service de Soins Infirmiers, Fédération, Unité Intersectorielle), les modifications de la carte sanitaire sont génératrices de changements en profondeur qui démontrent l'enjeu toujours actuel, de la sectorisation. A partir de l'exemple du **rattachement de Pertuis au Centre Hospitalier de Montperrin**, Thierry LAVERGNE fait le point sur cet enjeu.

. Le Centre Hospitalier de Digne a eu un rôle pionnier dans la pratique du **placement thérapeutique chez l'employeur**. Au travers de 4 cas cliniques, Sophie SAUZADE, psychiatre dans cet établissement, en étudie l'impact sur les patients.

Jean Marie HODONOU, cadre infirmier, et Christian LORENZONI, infirmier, nous proposent une information sur cette approche au Centre Hospitalier de Montperrin.

.Karine TANNEAU, jeune diplômée de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Montfavet, aborde avec son mémoire un sujet de pédopsychiatrie : **le jeu comme médiateur thérapeutique**, à partir de son stage effectué à Bollène, à l'Hôpital de Jour, "La Grange aux Fleurs".

. Françoise SAVIGNAT, esthéticienne au Centre Hospitalier de Montfavet, a réalisé récemment un mémoire dans lequel elle a formalisé sa pratique des **soins esthétiques en psychiatrie**. Enrichie de nombreuses vignettes cliniques, sa réflexion déroule pas à pas, ce que mobilise chez le patient, cette approche authentiquement soignante.



**REDECOUPIAGES SECTORIELS
A PROPOS DU RATTACHEMENT DE PERTUIS
AU CENTRE HOSPITALIER DE MONTPERRIN**

Docteur Thierry LAVERGNE
Praticien Hospitalier
Secteur Aix-Nord, Pertuis (1)
(13G18)

Ce texte est une communication effectuée dans le cadre des journées aixoises de la Société de Psychiatrie du Sud-Est Méditerranéen le 14 décembre 1995. Cette société a autorisé Psy-Cause à publier cet article.

RESUME : A partir de l'exemple du rattachement de PERTUIS au CH MONTPERRIN le 01.09.1995, l'auteur tente de déterminer les critères évaluatifs permettant de valider la réalisation des objectifs de santé publique, justifiant la nouvelle carte sanitaire de Février 1995 en région PACA.

Mots clés : Carte sanitaire, redécoupage sectoriel, évaluation.

Une priorité pour les années à venir est la transformation du dispositif public de santé en respectant la mission de continuité du service public.

I) LES RAPPORTS DRASS

Dans notre région, suite au guide méthodologique de planification en santé mentale, la DRASS a présenté en 1990 un premier bilan de la psychiatrie qui précise notamment :

° Les données socio-démographiques

- * La Région est étendue et contrastée avec une concentration des populations sur le littoral.
- * Les plus de 65 ans sont proportionnellement plus nombreux qu'en France.
- * L'habitat est surtout urbain.
- * Le tourisme amène d'importantes fluctuations saisonnières.
- * La région cumule les facteurs de risque de marginalisation et est la deuxième après Paris en matière de toxicomanie et sida.

(1) CH Montperrin, 109 Avenue du Petit Barthélémy 13617 Aix en Provence Cedex 1. Tél 04.42.16.16.71

° Et l'organisation de la psychiatrie

La DRASS remarque des disparités entre les populations des secteurs selon les départements. Le nombre de secteurs rattachés à des Centres Hospitaliers est proportionnellement moins élevé qu'au niveau national. Certaines villes sont éloignées de leur établissement de rattachement (Manosque de Digne, Gap de Laragne, Menton de Nice, Salon d'Aix, Pertuis de Montfavet). Les établissements privés sont trois fois plus nombreux qu'en France.

° Propositions de redécoupage sectoriel

Elles visent à :

- harmonier la taille des secteurs,
- tenir compte des flux naturels de population,
- rapprocher les équipements des populations desservies,
- faire coïncider pédopsychiatrie et psychiatrie adulte.

Ainsi ce rapport propose la réduction globale du nombre de lits et le redécoupage des secteurs de la région.

*** Après discussion avec les partenaires, un deuxième rapport propose en mars 1991 un redécoupage des secteurs dans tous les départements de la région.**

Pour le Vaucluse et les Bouches-du-Rhône, on remarque notamment :

- le rattachement de Pertuis aux Bouches-du-Rhône et des cantons de Chateaufort et d'Orgon au Vaucluse.

Les modifications des limites départementales ont pour but "*de permettre d'assurer une prise en charge psychiatrique plus cohérente avec les zones habituelles d'attraction des populations de ces cantons*". Les indices de besoins définis dans ce rapport doivent conduire à une baisse des lits.

Ces propositions ont suscité de nombreux échanges et rencontres entre les partenaires concernés, notamment entre les équipes d'Arles et celles du C.H. de Montfavet.

La préoccupation de maintenir la cohérence du dispositif de santé mentale, de maintenir la continuité de soins, a fait privilégier des rattachements d'entités constituées dans le respect du fonctionnement des équipes implantées :

- le secteur 22 des B.D.R. d'Arles moins Tarascon, à Montfavet
- le secteur 6 du Vaucluse moins Cavaillon, à Montperrin.

La nouvelle carte sanitaire a été arrêtée par le Préfet de région le 22 février 1995. Pertuis a été rattachée au CH Montperrin, le 1.9.1995, concomitamment au rattachement des cantons d'Orgon, Chateaufort et les communes proches au CH Montfavet.

CARTE DE LA SECTORISATION AU CENTRE HOSPITALIER DE MONTFAVET

Psychiatrie Adulte

au 31 décembre 1995

952 lits et places

Hospitalisation complète

587 lits adultes
84 lits - Unité de Malades Difficiles

Appartement Thérapeutique

4 lits adultes

Hospitalisation de jour

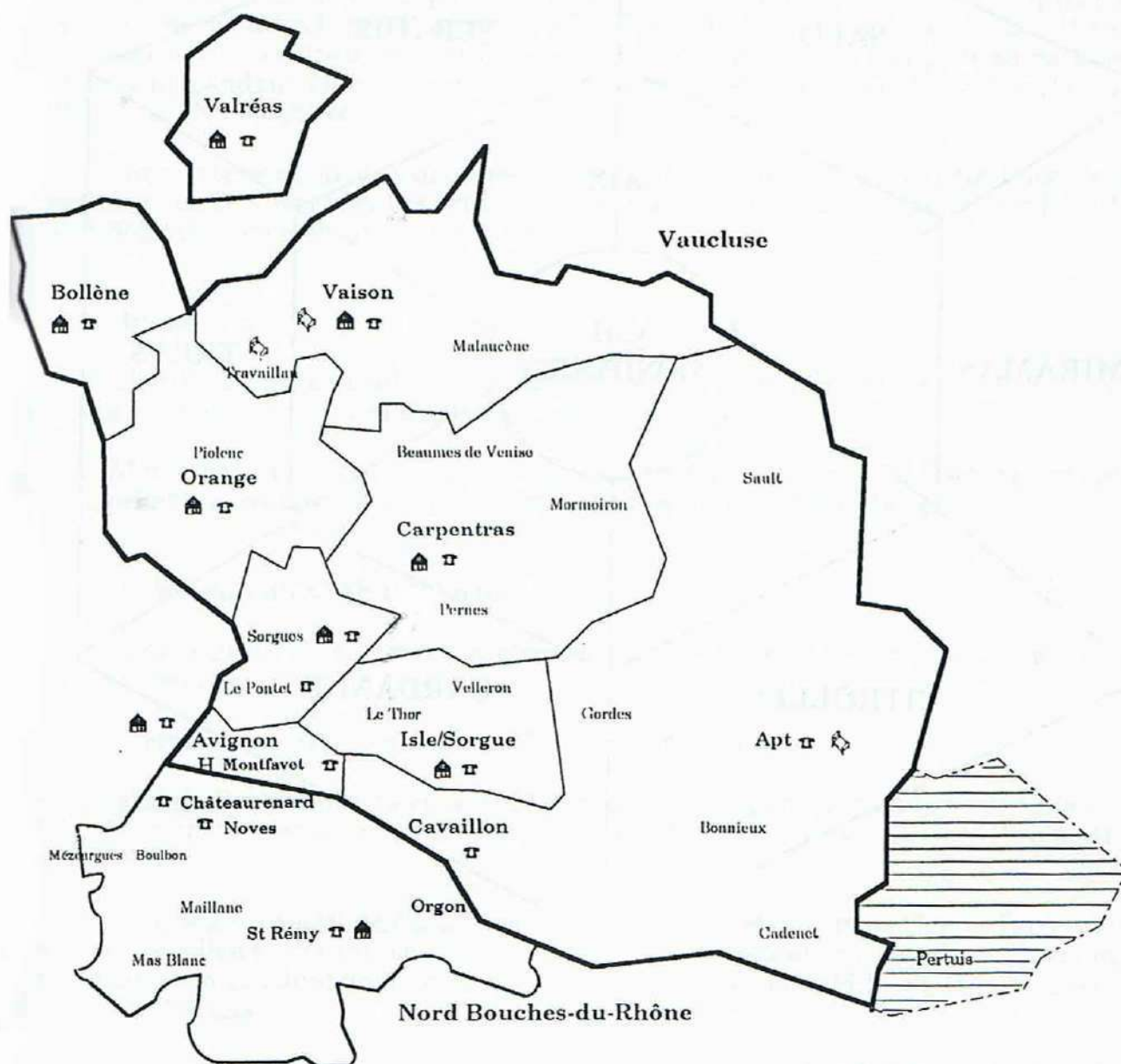
210 places adultes

Accueil Familial Thérapeutique

16 places adultes

Appartements communautaires

51 places



H Centre Hospitalier : Hospitalisation Temps plein - de Jour - de Nuit - Appartement Thérapeutique

⊠ Unité d'Hospitalisation Temps Plein et Lits de Crise

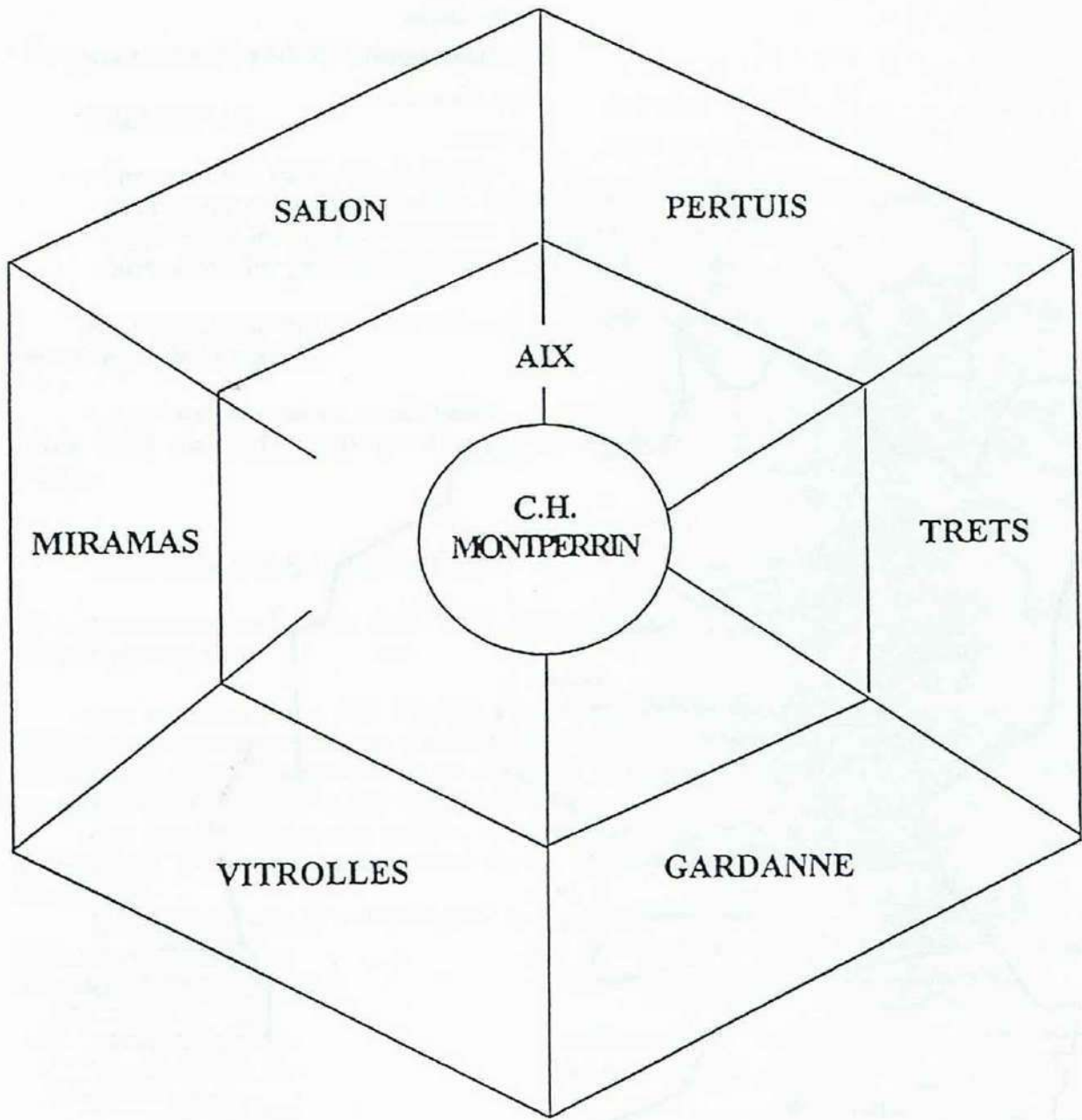
🏠 Hôpital de Jour

7

☒ Centre Médico-Psychologique, Centre d'Accueil à Temps Partiel, Unité d'Accueil Urgences Psychiatriques

CARTE DE LA SECTORISATION
AU CENTRE HOSPITALIER DE MONTPERRIN

Psychiatrie Adulte



II - EVALUATION

A) Changements induits

a) Pour les hospitalisations

Les patients de Pertuis sont hospitalisés à Aix, au C.H. Montperrin. Des locaux pour les accueillir ont été prévus. Jusqu'alors, l'éloignement du C.H. Montfavet favorisait les prises en charge ambulatoires et les hospitalisations de quelques jours à l'Hôpital de Pertuis avec suivi par le C.M.P.. Les habitudes seront probablement modifiées par la proximité de l'Hôpital d'Aix.

Le changement de département a nécessité que soient prévues quelques dispositions pour les hospitalisations d'office. Le Préfet du Vaucluse prend l'arrêté sans empiéter sur les compétences du Préfet des Bouches-du-Rhône, qui pour sa part sera compétent pendant l'hospitalisation à Montperrin, et inversement des Bouches-du-Rhône au CH Montfavet.

Implicitement on aboutit à une baisse de lits puisque les lits actuels d'Aix seront utilisés pour Pertuis et les lits actuels de Montfavet pour l'ancien Secteur Nord d'Arles (où l'Hôpital manque de lits de Psychiatrie).

b) Les services

- Sur Montperrin, la nouvelle carte sanitaire prévoit les redécoupages de secteurs avec redéploiement de moyens et aboutit à créer des secteurs.
- Sur Montfavet, la nouvelle carte sanitaire, en ajoutant Cavaillon au Secteur 8 aboutit à supprimer un secteur, et à rajouter un secteur des Bouches-du-Rhône.

c) Réseau du CMP de Pertuis

L'organisation des soins est changée par le passage de Pertuis à un nouveau projet de service.

Pour le reste du réseau, les modifications sont minimales :

- L'Hôpital de Pertuis couvre en M.C.O. Pertuis et Cadenet, avec un taux de fuite vers Cavaillon de 2/3 environ pour Cadenet qui dépend de Cavaillon en Psychiatrie ambulatoire.
- le Centre Médico Social de Pertuis couvre également Cadenet, mais l'Unité Territoriale couvre Cavaillon et Pertuis, ce qui devrait faciliter la constitution d'un réseau Cavaillon-Cadenet socio-psychiatrique, en maintenant le réseau du C.M.P. de Pertuis avec le C.M.S. de Pertuis
- le Juge des Tutelles siège à Pertuis et Apt, le Juge des Enfants siège à Avignon. Les réseaux déjà constitués ne seront pas modifiés.

- la pédopsychiatrie actuellement gérée par l'A.R.I. (2) n'est pas modifiée dans l'immédiat.

- lors du rattachement, l'Hôpital de Montperrin se substitue dans ses droits pour les conventions en cours :

* la convention avec l'Hôpital Général de Pertuis concernant les locaux de l'Hôpital de Jour, n'a pas été reprise car elle ne s'inscrit plus dans le projet de service.

* la vacation du Psychiatre dans les services, et la vacation de l'I.S.P. à la Maison de Retraite, sont en cours de renégociation.

B) Critères d'évaluation

a) Les objectifs D.R.A.S.S.

- harmoniser la taille des secteurs :

Cet objectif est atteint pour la psychiatrie générale.

- tenir compte des flux naturels de population, et rapprocher les équipements des populations desservies :

Ces objectifs sont atteints en ce qui concerne l'hospitalisation temps-plein.
Pour les structures ambulatoires, cet objectif était déjà rempli.

- faire coïncider pédopsychiatrie et psychiatrie adulte :

Cet objectif n'est atteint qu'en partie.

En effet, pour l'instant la pédopsychiatrie du Nord Bouches-du-Rhône reste à Arles. Sur Pertuis, l'A.R.I. poursuit son activité, et la carte sanitaire prévoit un redécoupage de l'intersecteur actuel d'Aix, avec un intersecteur recouvrant Pertuis.

Le rapport D.R.A.S.S., hormis le redécoupage des secteurs, préconisait également une baisse des lits. De ce redécoupage, ressort une baisse relative de lits, puisque des lits de Montfavet sont attribués au Nord des Bouches-du-Rhône, et des lits d'Aix sont attribués à Pertuis, soit un même nombre de lits pour plus de population.

b) Evaluer l'amélioration

Les principes fondamentaux de la psychothérapie institutionnelle (continuité des soins, intégrer les soins dans le social, pluridisciplinarité des équipes) ont permis le réseau actuel de soins et prévention psychiatriques en France, et devraient guider implicitement ou explicitement les démarches de planification en santé mentale.

(2) Association Régionale pour l'Intégration, BP 12 , 84120 Pertuis

En terme d'évaluation, l'**objectif** retenu sera la continuité des soins. En effet, on peut considérer que intégrer les soins dans le social et la pluridisciplinarité des équipes, est un moyen permettant de réaliser l'objectif de la continuité des soins. On comprend bien en effet qu'une équipe pluridisciplinaire bien articulée au corps social sera plus à même de réaliser l'objectif de continuité des soins.

Par ailleurs les dépenses de santé ne cessent de croître, et bien plus vite que le revenu national. Une politique de santé solidaire pouvant bénéficier à chacun, vise donc à donner la meilleure qualité possible au moindre coût possible. Ce critère de réduction des coûts pourrait être un objectif à part entière, mais, désolidarisé de sa fonction d'améliorer les soins, il perd son sens. C'est pourquoi, il nous semble qu'il peut être intégré à l'objectif "continuité des soins". En effet, des soins ou une prévention isolés de cet objectif sont par définition très coûteux puisqu'ils supposent divers intervenants ignorants l'un de l'autre, et répétant les mêmes projets de soins.

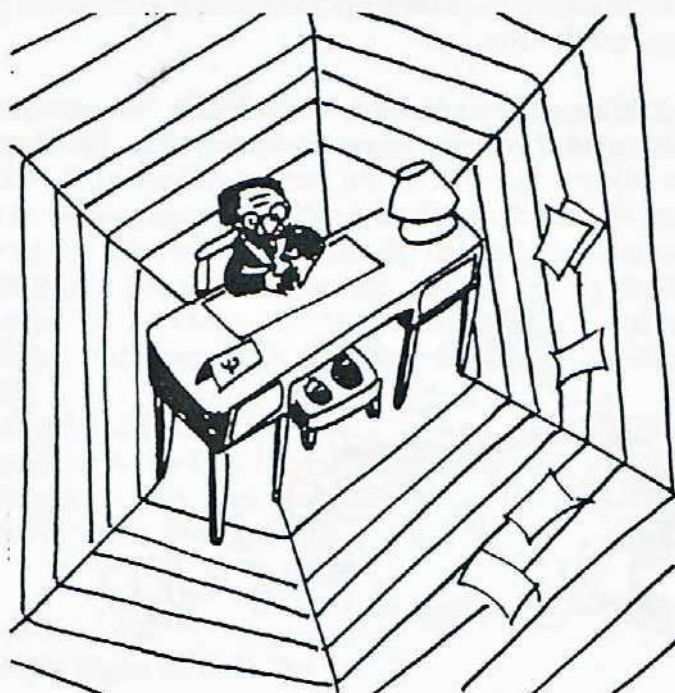
Au total, et pour limiter volontairement le nombre d'objectifs, il nous semble judicieux de choisir comme **objectif** : la **continuité des soins**.

Les **indicateurs** permettant d'évaluer la réalisation de cet objectif doivent tenir compte des facteurs suivants:

- origine géographique des usagers des structures de soins,
- utilisation optimale des structures de soins,
- aspects démographiques,
- la qualité des réseaux médico-sociaux,

Ainsi pourrait-on choisir comme **indicateurs** :

- la répartition géodémographique de l'offre de soins,
- la file active,
- les taux d'attraction et de fuite,
- les systèmes de référence particulière,
- les coûts comparés.



Le redécoupage proposé rapproche les structures de soins à temps plein des populations concernées, et articule entre elles les structures de soins d'une même aire géodémographique. Cette **nouvelle répartition géodémographique** devrait favoriser la continuité des soins.

La différence des **coûts comparés** est nulle puisqu'il s'agit de redéploiements et de meilleure utilisation de structures existantes. Il faudra néanmoins un temps pour ajuster les réseaux médico-sociaux qui sont l'âme du travail de secteur et assez peu dépendants de la géographie.

° Les critères **en systèmes de référence particulière** permettent d'évaluer la valeur des critères géographiques retenus pour ce projet de redécoupage par rapport aux critères plus impalpables de qualité des réseaux médico-sociaux.

Ce sont :

* soit l'examen de l'organisation des prises en charge pour une pathologie donnée, en un point du dispositif de soins (par exemple, accueil et prise en charge des tentatives de suicide aux urgences, ou organisation des cures de sevrage pour éthyliques),

* soit la méthode des pathologies traceuses par suivi transversal du déroulement des actions de prévention, soins et réadaptation pour une pathologie donnée, qui permet d'apprécier la qualité des articulations entre sanitaire et social.

La mise en place et le suivi dans le temps de ces indicateurs, permettraient de suivre l'évolution de l'offre de soins.

° **La file Active** permet de mesurer l'activité des structures de soins. C'est également un indicateur de l'accessibilité aux soins et elle permet d'apprécier la continuité des soins.

Ainsi, un critère simple d'évaluation pourrait être la comparaison de l'augmentation des Files Actives sur les secteurs après redécoupage, et avant redécoupage. Si l'augmentation est plus importante qu'avant, on pourra penser que l'accessibilité aux soins est meilleure.

Cet indicateur est à corrélérer aux autres indicateurs, notamment dans le cas présent : **taux d'attraction et de fuite** avant et après, afin d'évaluer l'amélioration de la continuité des soins.



PLACEMENTS THERAPEUTIQUES CHEZ L'EMPLOYEUR : SOINS PAR LE TRAVAIL EN MILIEU OUVERT

Sophie SAUZADE
Praticien Hospitalier
Secteur Manosque ⁽¹⁾
(O4GO2)

Cette communication aux XIII^{èmes} Journées de l'Information Psychiatrique à Saint Malo en octobre 1994, est publiée dans Psy-Cause avec l'aimable autorisation du Docteur P. NOEL, rédacteur en chef de l'Information Psychiatrique.

Les placements thérapeutiques chez l'employeur (PTE) se sont développés au Centre Hospitalier Spécialisé de Digne depuis une dizaine d'années. Il s'agit de placements concernant des patients suivis en hôpitaux de jour (en majorité des patients psychotiques). Cette insertion au sein même de l'entreprise, en général artisanale, permet une réhabilitation sociale. Elle se fait de quelques heures à plusieurs jours par semaine selon l'indication thérapeutique.

Il s'agit plus ici d'une ergothérapie en milieu ouvert que d'un travail proprement dit. Ces PTE débouchent le plus souvent sur des relations employeur-patients proches de celles décrites dans les placements familiaux et peuvent évoluer par la suite en emplois protégés ou autres selon les possibilités du patient.

I - CAS CLINIQUES

Nous allons nous confronter à la pratique à travers l'exemple de quatre personnes.

- **André** : trente-cinq ans, est l'aîné d'une fratrie de cinq enfants, une de ses soeurs est suivie régulièrement en psychiatrie. Son niveau scolaire sera celui du collège technique avec un échec au CAP. Il travaillera alors un an comme ouvrier agricole.

Le début des troubles remonte à l'âge de dix-sept ans. Il entre dans une secte, puis revient dans sa région vivre dans une ferme abandonnée. La décompensation psychiatrique avérée a lieu à dix-neuf ans, lors de son incorporation au service militaire. Il sera hospitalisé dans les services psychiatriques de l'hôpital militaire. Par la suite, il retourne dans sa famille et travaille dans un atelier de meubles. Son père le décrit comme peu "naturel".

A l'âge de vingt-huit ans, survient le décès de sa mère alors qu'elle était hospitalisée pour bouffée délirante. Il présente alors une nouvelle décompensation avec des troubles du comportement lors des obsèques. Il est à nouveau hospitalisé pour mutisme, prostration et idées délirantes.

Lors de ce séjour, il présente un apragmatisme important, une tendance au détachement, des préoccupations centrées sur la Bible et sous-tendues par un délire mystique. Il s'intéresse à l'activité d'ergothérapie "jardin" mais présente des difficultés de contact importantes.

Il y a huit ans, il est admis en villa thérapeutique avec prescription d'activités au centre de jour.

Ses difficultés relationnelles sont toujours importantes et il passe la plupart de son temps en position foetale.

Au fil des mois, il s'ouvre à la communication, devient plus expressif et participe à la vie communautaire et à l'entretien du jardin extérieur ; mais il a toujours des préoccupations centrées sur la Bible. Pendant trois ans, à sa demande, il est placé dans une jardinerie, jardinerie de type familial, où il noue des liens avec ses employeurs.

Il y a plus d'un an, il fait la connaissance d'un pasteur et d'une communauté auprès de qui il est allé vivre. Il travaille avec eux dans une entreprise de nettoyage à temps partiel. Il a arrêté depuis seize mois mais il donne régulièrement de ses nouvelles.

Il est incontestable que cette communauté reconnue joue un rôle d'étayage pour André et doit certainement entretenir son délire mystique mais lui permet aussi un contexte plus proche de la réalité. Son placement thérapeutique chez l'employeur lui a permis de sortir de son isolement social et de trouver de lui-même un débouché plus centré sur la vie courante. Il touche toujours l'AAH.

On voit bien ici l'importance du temps qu'il a fallu à André pour regagner ce milieu dit "ordinaire" et que la notion de temps n'est certainement pas la même chez un psychotique, d'où la nécessité de faire une prescription renouvelable en fonction du patient et non du temps réel.

-Charles aura bientôt quarante ans. Il a le niveau bac et un CAP de menuisier. Sa première décompensation a lieu à l'âge de vingt-deux ans sous forme de bouffée délirante.

Il aura un suivi psychiatrique pendant un an et restera stabilisé huit ans. Il exerce pendant deux ans le métier de menuisier avec son père.

Dix ans plus tard, il refait une bouffée délirante suite à une rencontre amoureuse. Sa pensée devient plus abstraite ; il parle par associations symboliques et mystiques. Il est ensuite suivi par le centre de jour et vit en villa thérapeutique. Par la suite, la famille lui procurera un appartement et il y vivra seul.

Il est mis pendant un an et demi en placement thérapeutique dans une petite entreprise de menuiserie et ce placement débouchera sur un emploi protégé. Lui-même dira que cela lui a permis de reprendre contact avec le travail qu'il avait précédemment. *"Je n'aurai pas pu du jour au lendemain retrouver un travail"*.

Dernièrement, Charles a refait une décompensation qui a nécessité une hospitalisation de plusieurs mois en psychiatrie. Cependant son souhait le plus vif reste de reprendre son travail. Il a continué à garder des liens amicaux avec les autres employés et son employeur durant son hospitalisation et va reprendre cet emploi protégé à mi-temps thérapeutique.

- Catherine a une trentaine d'années. D'elle, elle dira : *"Au début je ne pouvais même pas accéder à la cafétéria (cafétéria en tant qu'atelier thérapeutique implanté dans un hôpital général), je n'avais pas envie de contact avec les gens". "C'était quelque chose de trop dur, ce passage à la cafétéria, essayer de voir du monde, se valoriser. Dans l'hôpital, je ne faisais rien. Je vivais comme un légume, je me sentais dévalorisée"*. Puis, d'elle-même, elle demande à aller à la cafétéria, ce qu'elle fera régulièrement pendant un an.

Elle fait alors le point : *"J'ai besoin d'être encore plus autonome, encore plus indépendante. J'ai besoin de cela petit à petit. Je sais que cela ne se fera pas d'un seul coup parce que, justement, j'ai un passé psychiatrique assez lourd, depuis l'âge de dix-neuf ans, depuis que je suis sortie du lycée."* *"J'ai vraiment rien fait comme métier"* *"J'ai commencé à aller mal, je n'avais pas de formation professionnelle, c'est pour cela que je pense que pour l'instant la cafétéria peut m'aider encore, justement parce que cela va être difficile pour moi de trouver un travail dans une société où j'ai des problèmes de lenteur qui me sont restés à cause de ma maladie. J'ai beaucoup de chemin à faire pour avoir un vrai travail. La cafétéria m'aide à me valoriser un peu, le fait de cuisiner peut faire plaisir aux gens"*.

C'est dans ce contexte qu'elle demandera un placement thérapeutique chez une coiffeuse, métier dont elle a toujours rêvé, dans un contexte déréel.

Le placement s'avèrera court (trois mois) en raison des difficultés dues à sa lenteur mais non en fonction de ses difficultés relationnelles. En fait, ce placement ne lui permet pas assez de contacts sociaux mais représente déjà un premier pas vers la réalité du travail sur lequel nous allons pouvoir nous appuyer à nouveau.

- **Bertrand** a une quarantaine d'années, il est connu depuis longtemps par un hôpital psychiatrique de la région, en tant que sans domicile fixe, éthylique, épileptique avec des troubles du comportement et violences ayant entraîné plusieurs placements d'office.

De fait, il apparaît présenter des idées délirantes de persécution mal structurées, de type paranoïaque, centrées sur des thèmes racistes avec un comportement psychotique, qui reste toujours sous-jacent.

Bertrand restera deux ans à l'hôpital psychiatrique de Digne, puis est placé en "contrat ergo" (l'actuel PTE) chez un employeur important de la région, petite usine artisanale. Son chef d'atelier dira de lui qu'il est parfaitement intégré avec tous les salariés de l'entreprise, qu'il est accompagné sur son lieu de travail par les autres employés. Quand il n'est pas là, ceux-ci se demandent où est Bertrand, ce qu'il fait.

A cette période, le discours de Bertrand est le suivant : *"Ils m'ont donné du travail, ça m'a plu. Depuis deux ans que je travaille ici, c'est bien beau mais si je suis capable, qu'on m'embauche à plein"*.

Après trois ans de placement thérapeutique chez l'employeur avec des discontinuités dues aux hospitalisations, il prendra complètement son autonomie. Il vit en appartement, travaille régulièrement aux terrasses de café et vient une fois par mois au centre de jour pour un suivi et un traitement par neuroleptique d'action prolongée.



Ce qui apparaît à travers ces différents exemples, c'est que la schizophrénie a été désorganisatrice à un moment ou à un autre du développement de ces jeunes adultes et a pu les désinsérer complètement.

L'insertion par le travail, si importante dans notre société, si tant est qu'elle existait auparavant, a été complètement déstructurée. Chez certains, ces troubles graves de la personnalité, avant toute possibilité de formation (Catherine), ont lourdement grevé le potentiel d'insertion par le travail.

Il est bien connu, en effet, qu'une personne qui n'était pas formée à un emploi, avant une décompensation psychotique avérée, a peu de chance de s'insérer dans le milieu du travail. Par contre, le soin par le travail en milieu ouvert permet une confrontation avec le monde extérieur dans un cadre privilégié.

II - PERSPECTIVES

A travers notre expérience d'une cinquantaine de placements thérapeutiques dans plus de vingt-cinq entreprises, nous pouvons déduire quelques perspectives :

Les patients concernés par le PTE :

Pour beaucoup d'entre eux, il s'est agi de placements courts, la durée moyenne étant de cinq mois. Ces placements ont permis de travailler ce lien avec la réalité qu'est le monde du travail et de favoriser les contacts sociaux et individualisés que certains ont gardé par la suite.

Quelques-uns occupent actuellement un emploi protégé : il s'est agi auparavant de pouvoir se permettre de travailler sur la durée.

Pour d'autres, le PTE continue à être un soin par ceux du centre de jour et est facteur de stabilisation. Le PTE fait entièrement partie de l'accompagnement thérapeutique si nécessaire au traitement de la psychose.

Les fonctions du PTE

° **Une fonction de diagnostic** : le PTE permet d'aider les équipes à affiner un diagnostic, à avoir une meilleure connaissance du patient, à mieux évaluer ses capacités relationnelles et à établir des contacts sociaux dans un milieu qui leur est d'ordinaire fermé;

° **une fonction thérapeutique** : les difficultés présentées par le patient seront reprises dans le travail d'équipe et permettront de véritables interventions thérapeutiques en milieu ouvert. Cela permet d'inscrire le patient dans un projet thérapeutique dans le temps.

° **Une triple fonction de réadaptation, réhabilitation, réinsertion.**
Passée la phase aiguë de la maladie, le PTE permettra une réadaptation progressive à des horaires, à certaines contraintes avec toute la souplesse du soin thérapeutique. Le PTE favorise une restauration narcissique, une revalorisation et par là même une véritable "réhabilitation" sociale. Dans certains cas, ce processus de soin aboutira à une réinsertion du patient.

Les rapports avec les employeurs et les entreprises

Nous assistons à une participation active des employeurs aux soins et à une véritable sensibilisation à la maladie mentale dans le monde du travail.

Je concluerai en remerciant toutes les équipes qui - à travers le temps - ont contribué à la mise en place des "contrats d'ergothérapie" devenus les placements thérapeutiques chez l'employeur, en espérant que ce travail ne soit pas perdu et puisse entrer dans une législation où la souplesse du soin sera conservée en s'appuyant sur le modèle de l'accueil familial thérapeutique et où l'employeur serait reconnu comme un véritable auxiliaire de soins.



Illustration d'Edwige BARAILLER

L'ATELIER THERAPEUTIQUE EN MILIEU PROFESSIONNEL ORDINAIRE AU CENTRE HOSPITALIER DE MONTPERRIN

Jean-Marie HODONOU
Cadre Infirmier
Christian LORENZONI
Infirmier
Fédération Sociothérapie-Réinsertion⁽¹⁾
Centre Hospitalier de Montperrin

Cet atelier a pour vocation de favoriser l'accroche au monde du travail et par là, l'insertion sociale. Il aura fallu un an de travail à l'équipe de la sociothérapie (maintenant fédération intersectorielle) pour mettre en place le cadre de l'atelier thérapeutique. Le 16 mai 1994, la Direction Départementale du Travail et de l'Emploi, puis le 13 juillet 1994, la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales, donnent leur accord à la création de l'Atelier Thérapeutique en Milieu Professionnel Ordinaire au Centre Hospitalier de Montperrin.

Le 1^{er} septembre 1994, un premier patient a été placé en entreprise. Ils sont aujourd'hui une quinzaine à utiliser sur indication médicale les Ateliers Thérapeutiques, 15 étant le nombre de places autorisées.

Depuis que cet atelier fonctionne, 30 patients ont bénéficié de ce nouveau mode de soins dont une des particularités est de faire appel à des partenaires extérieurs à l'hôpital qui ne sont pas des professionnels de la santé.

Ainsi une trentaine d'entreprises, d'artisans, ou de municipalités sont devenus nos partenaires dans ce difficile chemin qu'est la (re) construction du lien social.

Dans un prochain numéro de Psy-Cause nous évoquerons la trajectoire de cet atelier de sa création à maintenant.



(1) Fédération Sociothérapie-Réinsertion, CH Montperrin, 109 Av. du Petit Barthélémy
13617 Aix-en-Provence Cedex 1. Tél 04.42.16.16.63

LE JEU, MEDiateur THERAPEUTIQUE

Mémoire IFSI Montfavet
Promotion 1991-1994

Karine TANNEAU
Infirmière aux Marronniers 1 (1)
Secteur Avignon Nord, Sorgues
(84GO3)

J'ai choisi de faire mon mémoire de fin d'études sur le jeu y ayant été confrontée durant mon stage en pédopsychiatrie à l'Hôpital de Jour de Bollène, **La Grange aux Fleurs**.

L'échange de communication entre le sujet et le soignant ne se fait pas chez l'enfant uniquement (voire pas du tout) par le langage. Divers autres moyens d'expression (des médiations) doivent donc être proposés : le jeu, l'expression plastique, le dessin et la peinture, le psychodrame, les relations corporelles (bains, massages...). Je me suis plus particulièrement intéressée au jeu, qui était le plus utilisé sur mon lieu de stage, et je pose l'hypothèse suivante : **une relation thérapeutique enfant/adulte s'établit au moyen du jeu.**

I - LES APPORTS DU JEU

J'ai repris dans mon mémoire, les apports théoriques des principaux auteurs ayant écrit sur le jeu : PIAGET, FREUD, KLEIN, WINNICOTT. De cette étude (disponible dans le cadre du texte intégral, à la documentation du Centre Hospitalier de Montfavet), j'ai dégagé un certain nombre de pistes quant à la question du jeu.

A - Facteurs de stimulation et de l'organisation de l'éveil

*** intellectuel**

Jouer est pour l'enfant une activité première et naturelle : il n'est pas d'enfant sans jeu. La qualité et la quantité d'activité ludique semblent pouvoir être corrélées aux capacités intellectuelles. Exemple des enfants surdoués ayant beaucoup plus d'activités ludiques que les enfants déficients mentaux plus retirés et inactifs.

*** moteur**

Jouer pour le nourrisson est un moyen de découvrir son corps (jeu avec les mains, les pieds) avec ensuite inclusion d'un objet qui prendra une signification par rapport à son corps. Il existe une corrélation entre les jeux et le niveau neuro-moteur de la position assise ou de la marche. De ce fait l'éveil psychomoteur permet à l'enfant d'accéder à de nouveaux jeux qui enrichiront, stimuleront, organiseront dans un second temps cet éveil psychomoteur.

(1) Les Marronniers I ,04. 90.03.91.38, Centre Hospitalier 84143 Montfavet Cedex

*** affectif**

Le monde des adultes n'est pas directement accessible à l'enfant qui se trouve souvent en situation de conflits. Pour les résoudre, les dépasser, il établit des liens avec des objets qui seront le support d'un transfert affectif (ours en peluche, poupée...).

B - La créativité

Le détachement induit par l'activité ludique porte l'enfant dans un monde où il a toute puissance, où il peut créer ; dans un monde où les règles du jeu ont une valeur qu'elles n'ont pas dans l'univers des adultes.

Lorsque l'enfant joue, il refuse de voir ce qu'il voit réellement : le bâton devient l'épée, le trait dessiné sur le sol devient un mur. Jean CHATEAU dit faisant parler l'enfant : *"je veux ignorer quelque temps ce monde dur, dans lequel je suis contraint et comme sujet ; je m'en tiens à cet autre monde dans lequel je suis Roi"*.

L'enfant a besoin de s'exprimer pour favoriser l'évolution de sa personnalité. Il éprouve une grande joie à manipuler, à façonner, il aime le contact avec la matière et ses fabrications l'entraînent à la création.

C - Décharge des pulsions

Dessin et jeu sont les modes d'expression favoris de l'enfant, qui lui permettent sans trop d'angoisse de laisser paraître ses dérivés pulsionnels.

En effet, le jeu n'obéit pas seulement, comme l'a montré FREUD, au principe de plaisir mais reste soumis au principe de réalité en continuant un mode de satisfaction élaboré ou différé. C'est un évitement du déplaisir et une recherche du plaisir.

*** Agressives**

Retenir ses pulsions destructrices cause du déplaisir. Personne ne peut supporter de détruire ce qu'il aime le plus. C'est pourquoi, l'agressivité de l'enfant, si elle est bien intégrée, ne peut s'exprimer directement contre son entourage que de façon inconsciente souvent au travers de jeu et elle devient ainsi acceptable par l'enfant et ses proches. On peut citer ici l'exemple du petit garçon qui, pendant la période oedipienne, brandit un pistolet contre son père en disant : *"Pan ! Je t'ai tué"*.

L'agressivité s'exprime de façon symbolique à travers un jeu qui est une fiction. La cruauté inconsciemment exprimée dans les jeux est parfois assez effarante mais la haine et la violence y sont peu apparentes. L'activité symbolique du jeu permettant une élaboration de sa propre agressivité par l'enfant.

*** Sexuelles**

Les fantasmes et fantaisies imaginaires que les enfants élaborent sur la différence des sexes, les rapports sexuels entre les parents, l'origine des enfants, se manifestent dans beaucoup de leurs activités dont le jeu.

Les relations sexuelles sont conçues par l'enfant comme une agression exercée par le père contre la mère, qu'il compare à une lutte comme celles qu'il a avec les autres enfants et d'où n'est pas absente l'excitation sexuelle. Le jeu peut être pour l'enfant une expérience sexuelle, c'est-à-dire un mode de décharge des pulsions sexuelles et une représentation symbolique de l'acte sexuel. Les jeux sexuels chez l'enfant vont de l'exhibition des organes génitaux au simulacre de la copulation. Dans ceux-ci, la curiosité et les questionnements tiennent autant de place que l'excitation proprement dite, mais ils prennent l'apparence de scandales auprès de l'adulte. Aussi l'enfant joue-t-il au docteur, au papa et à la maman, ces jeux étant mieux tolérés par la "censure" mais permettant une exploration moindre du corps.

Ces jeux introduisent un élément de symbolisation qui dérive une partie de l'excitation sexuelle et permet une certaine élaboration mentale. En s'occupant de sa poupée, la fillette y investit sa curiosité du corps et reproduit sur le jouet les expériences érogènes qu'elle a connues avec sa mère. Lorsqu'il fait s'entrechoquer des voitures, il semble que l'enfant représente ses fantasmes concernant la scène primitive où l'on retrouve l'agression qui caractérise ceux-ci.

Mélanie KLEIN a évoqué un rapport entre le jeu et la masturbation. Le jeu apportant des satisfactions sensuelles dans les jeux sexuels ou les jeux de "vertiges". Il ne faut cependant pas donner une interprétation systématique de toutes les activités de l'enfant et tenir compte du contexte dans lequel elles s'intègrent.

La sexualité se retrouve également dans les jeux entre adultes et enfants qui apportent des satisfactions où se mêlent tendresse et sensualité. Le jeu des "chatouilles" mène l'enfant au comble de l'excitation que ni les rires convulsifs ni l'agitation, ne peuvent calmer. Ceci se transformant en sensation de déplaisir, l'enfant ne disposant pas de moyens comme l'adulte d'apaiser l'excitation par l'orgasme ou de la dériver sur autre chose.

D -Rôle dans la communication et la socialisation

Pour que le jeu soit investi par l'enfant comme moyen de communication, il faut qu'il constitue une source de plaisir réciproque. **Le plaisir de l'adulte a autant d'importance que celui de l'enfant.** L'enfant perçoit le manque d'intérêt de l'adulte pour le jeu et peut devenir plus exigeant ou peut préférer jouer seul. Le jeu se coupant ainsi de la réalité sociale et des relations affectives avec l'entourage.

Dans le jeu, l'enfant conserve la possibilité assez illusoire de pouvoir sans cesse **modifier les choses à son gré.** C'est ce qui fait la différence entre le jeu et le dessin, laissant un témoignage, et le discours ayant été entendu et ne pouvant se laisser effacer ou transformer.

Les premiers jeux de l'enfant sont solitaires, mais très vite les relations sociales prennent un rôle prépondérant. Dans le jeu du "comme si", on perçoit en plus de nouvelles possibilités de symboliser la problématique de **l'identification** au père, à la mère, à des personnes de l'entourage. Plus tard, dans l'évolution de l'enfant, les jeux de règles sont l'occasion de s'exercer aux conventions sociales et aux divers rôles sociaux possibles.

II - LA PRATIQUE DU JEU A LA "GRANGE AUX FLEURS"

1 - Description du champ de travail

J'ai effectué mon stage au centre de soins médico-psychologique infantile "La Grange au fleurs", en 1994. C'est une petite structure de soins qui accueille les enfants de Bollène et ses environs. L'équipe à travers ses diverses possibilités, a le désir d'être au plus près des besoins de la population en matière de santé.

Le centre de soins recouvre trois unités différentes selon les modalités et les objectifs :

- Consultations médico-psychologiques,
- Hospitalisations à domicile,
- Hospitalisation de jour.

Ces trois sous unités de soins regroupées dans les mêmes locaux s'adressent à des enfants présentant des troubles psychologiques d'intensité variable.

a - La consultation médico-psychologique

A plusieurs objectifs : prévention, dépistage, soins ambulatoires, orientation. Elle s'adresse aux enfants de 0 à 16 ans présentant des difficultés psychologiques de tous ordres.

Modalités d'intervention

Les premières consultations sont assurées par le psychiatre ou le psychologue. Puis la conduite à tenir ainsi que le projet de soins sont élaborés en équipe, dont l'interdisciplinarité permet de préciser les réponses thérapeutiques :

- * suivi individuel,
- * activités de groupe,
- * entretiens familiaux,
- * autres orientations.

b - L'hospitalisation à domicile

L'admission dans cette unité fait suite aux premières consultations. Cette modalité de soins suppose un travail plus intensif entre la famille et l'équipe, sous forme de contrat. Celui-ci prévoit une intervention de six heures hebdomadaires comprenant le travail avec l'enfant, la famille, ainsi que le travail en équipe. Cette formule de soins s'appuie sur le travail d'un infirmier ou d'un éducateur par suivi de l'enfant dans son environnement habituel : école, famille. Ceci suppose donc le maintien de l'enfant dans le circuit scolaire.

c - L'hospitalisation de jour

Cette unité dans laquelle j'ai travaillé, a une capacité d'accueil de 5 places. L'objectif est d'assurer des soins polyvalents, individualisés et intensifs, prodigués dans la journée, le cas échéant à temps partiel. Cette unité s'adresse aux enfants de 3 à 12 ans présentant des troubles psychologiques et/ou psychiatriques : difficultés d'ordre relationnel, de comportement, d'intégration dans le milieu social.

Admission et modalité d'intervention

Suite aux indications faites par les spécialistes, un projet de soins est élaboré. Le contrat de soin prévoit un travail avec la famille de l'enfant :

- entretiens fréquents et réguliers,
- échanges réguliers avec les éducateurs de l'enfant.

Vie quotidienne

Les enfants sont amenés au centre par les parents, ce qui favorise un échange quotidien avec l'équipe sur le vécu de l'enfant.

A leur arrivée, nous présentons le déroulement de la journée pour chacun. Le petit effectif permet un aménagement personnalisé :

- * activités individuelles : peinture, piscine, éveil
- * activités de groupe : jeux de rôles, jeux moteurs
- * prise en charge individuelle : orthophonie, psycho-motricité, psychothérapie.
- * le jeu : un large accès au jeu leur est offert, il est une activité essentielle au développement du jeune enfant.

Le point central de la journée est le repas par sa durée et les échanges que ce moment favorise.

Le projet de soins pour chaque enfant est le fil conducteur de la vie quotidienne. Le contrat avec l'enfant et sa famille est à durée déterminée. L'évolution de l'enfant peut conduire à des aménagements :

- * la sortie,
- * une nouvelle orientation,
- * une réintégration dans un circuit scolaire normal.



2 - Etude de cas

a - Abdelghani : 9 ans

Histoire d'Abdelghani

Né au Maroc en 1984. Il est le cinquième d'une fratrie de 8 enfants, issu d'un milieu pauvre, non scolarisé au Maroc. Le père est ouvrier agricole, la mère est sans profession. Il arrive en France en 1990 par un rapprochement familial.

Pathologie

Abdelghani a subi des carences affectives dans la petite enfance, des carences de stimulation éducative ayant entraîné un retard de développement. Son attitude à son arrivée en France faisait penser à un cas d'autisme : regard fuyant, pas de verbalisation, refus de quitter ses vêtements.

On a aussi une rupture culturelle avec la différence des cultures mal repérée par la famille, non intégrée et ne pouvant pas être communiquée à l'enfant. Ceci entraînant :

- une désorientation pour Abdelghani pour qui les choses ont du mal à prendre un sens,
- une inadaptation sociale se manifestant par de grandes difficultés scolaires,
- un mutisme : Abdelghani a acquis le langage mais refuse de parler, il semble en danger quand il parle,
- un barrage aux acquisitions : du à un développement dans un contexte de vie familiale très insécurisant,
- des résistances lorsqu'il est confronté à un interdit,
- des phobies de ce qui vient de l'extérieur, de ce monde où il n'a pas de repère suffisant (terreurs nocturnes, difficultés à quitter ses vêtements),
- une forte demande affective semble sous-entendre un désir de reconnaissance.

Abdelghani dans sa famille

Il est très livré à lui-même. Après l'écart de culture qu'il vient de vivre, il n'a personne pour le soutenir : la famille n'étant pas très bien intégrée. C'est une famille éclatée, il y a eu rupture par le changement de pays, l'éloignement du père pendant de nombreuses années. Il semble y avoir des difficultés de lien entre eux, ce qui a entraîné l'apparition d'agressivité et de violence (problème de délinquance, suspicion d'inceste, coups affirmés sur une des filles et Abdelghani) et plusieurs rapports avec les autorités.

Le père semble être dans le refus des lois. Abdelghani ne cache-t-il pas ce qui se passe dans sa famille par un refus de parler (risque de danger)? Son domicile étant le seul endroit où il s'exprime verbalement. On peut penser qu'en acceptant de s'intégrer en France, il se marginalise du groupe familial qui lui n'a pas réussi à s'adapter.

Dans le service

A son arrivée, Abdelghani ne parle pas, ne joue pas, ne dessine pas, son regard fuit, il semble effrayé. Au bout de quelque temps, il dessine un peu, ses dessins étant de

plus en plus colorés et riches. Il joue avec les autres enfants, mais souvent dans l'excès, manipulant les jouets avec violence. Dans les jeux éducatifs, il est très attentif aux règles énoncées, mais a tendance à s'attaquer au cadre de l'activité.

C'est un enfant habile manuellement, qui semble assez intelligent, et surtout débrouillard et observateur. La cohérence de ce qu'il organise, suscite l'intérêt des autres enfants qui le sollicitent malgré son absence de communication verbale. Ceci faisant qu'il émane de lui une véritable présence. Il utilise des moyens de communication analogiques tels que sourires, regards, s'immiscer dans le jeu des autres, montrer ses capacités.

Dans le jeu

Dans le cadre des activités proposées aux enfants, une partie de Pictionary m'a paru particulièrement intéressante. Ce jeu consiste à tirer une carte sur laquelle est inscrit le nom d'un objet qu'il faut dessiner, pour que le ou les adversaires le devinent.

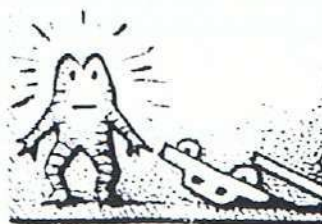
Hervé et Abdelghani acceptent spontanément le jeu (Abdelghani montre son consentement en venant s'asseoir à la table). Ma position de "médiateur" se justifie par des difficultés de lecture des enfants. Mon rôle est donc de dire à chacun l'objet qu'il doit dessiner. La partie commence, Abdelghani tire une carte, dessine l'objet en question qu'Hervé devine presque aussitôt. Puis au tour d'Hervé de tirer et de dessiner, là apparaît le problème : problème de savoir comment on va continuer à jouer étant donné qu'Abdelghani refuse de parler. Je lui propose alors de prendre une feuille de papier et d'essayer d'écrire. Mais nouveau problème, nous ne savons pas si Abdelghani sait écrire autre chose que son prénom avec lequel il signe ses dessins. Cette solution ne semble pas lui convenir, soit par manque de connaissances effectives, soit parce qu'il n'en a pas envie.

A partir de là, Abdelghani va trouver d'autres moyens que la parole ou l'écriture pour continuer à participer au jeu :

- Hervé dessine une ampoule, Abdelghani regarde dans la pièce et fixe son regard sur la lampe du plafond.
- Hervé dessine un cheval, Abdelghani saisit un imagier et feuillette jusqu'à ce qu'il me montre du doigt l'animal dans le livre.

L'imagier lui servira pour finir la partie.

Cependant, Abdelghani tente à un moment de "fausser" le jeu. Il tire une carte indiquant "jupe" et représente sur son dessin une "chaise". Sachant très bien qu'Hervé ne pourra pas trouver la bonne solution, le petit sourire qu'il m'adresse témoigne bien son désir de biaiser la partie. Une première mise au point ne l'empêche pas de récidiver, ceci se renouvelant souvent au cours des activités. Il s'aperçoit que son "manège" n'a pas pris et réintègre les règles.



b - Nicolas : 7 ans

Histoire de Nicolas :

Nicolas est né d'un père vietnamien et d'une mère française. Ses parents sont actuellement divorcés. Il a une soeur aînée et un jeune demi-frère issu du remariage de sa mère. L'élevage a été difficile jusqu'à six mois. Nicolas acquiert la marche à un an et le langage à trois ans. C'est un enfant têtu, n'obéissant pas.

Après le divorce de ses parents, Nicolas et sa soeur ont vu régulièrement leur père le week-end pendant un certain temps. Puis ces visites se sont espacées, jusqu'à être inexistantes aujourd'hui. Nicolas n'a pas une bonne image de son père, sur lequel il n'a aucun discours positif et qu'il qualifie de méchant, de petit. Nicolas semble s'être investi dans le nouveau compagnon de sa mère avec qui il s'entend et à qui il semble pouvoir s'identifier.

Pathologie :

Nicolas a été orienté sur le service de pédo-psychiatrie car il présentait des troubles relationnels et du contact, plus un retard langagier et des épisodes d'énurésie et d'encoprésie.

Il semble que Nicolas ait subi des carences éducatives et affectives en raison d'une attitude ambivalente de la mère qui voudrait bien faire mais qui n'a en aucune façon modifié son attitude devant les problèmes de Nicolas dont elle ne peut percevoir la gravité. En effet, c'est une mère attentive au niveau des besoins matériels, mais qui n'a pas pu transmettre quelque chose sur le plan affectif.

Nicolas présente actuellement un retard intellectuel (débilité légère) qui fait qu'il est en grande difficulté scolaire.

Dans le service

Nicolas est un enfant très inhibé, parlant un langage très enfantin, ne faisant aucune demande ni aux adultes, ni aux enfants. Il présente une personnalité mal assurée étant incapable d'affirmer un choix. Dans ses dessins souvent violents sont représentés bonhommes têtards et loups, ce dernier entraînant chez lui de grandes angoisses.

Actuellement Nicolas a fait des progrès tant au niveau du langage que de l'énurésie et l'encoprésie dont il ne reste que quelques accidents nocturnes. Le cadre contenant de l'hôpital de jour lui a permis de commencer à jouer avec les autres enfants parmi lesquels il s'est fait des copains. Nicolas est très motivé par les activités physiques (tennis, vélo) et cherche souvent à se mettre sous le regard de celui qui organise. Est-ce une recherche d'approbation que nécessite son manque de confiance en lui? Il est performant dans la réalisation des exercices qui lui sont demandés et accepte volontiers la règle.

Nicolas reste cependant très inhibé à l'école et face aux personnes qu'il ne connaît pas .

Dans le jeu

Les premiers contacts avec Nicolas sont difficiles. Ne sachant pas très bien comment m'y prendre je lui pose des questions. Rapidement je me rends compte que son regard fuit, il ne me regarde jamais en face, fixant le sol. Il répond cependant par un simple oui ou non, ne développant pas, les questions le mettant trop mal à l'aise.

A côté de cela, Nicolas sollicite les infirmiers et joue avec les enfants ; il semble que je sois l'élément inconnu qui l'impressionne. La situation n'évolue pas durant plusieurs jours, jusqu'à ce que je vienne à lui lors de la réalisation d'un puzzle.

Nicolas joue seul et semble avoir quelques difficultés devant ces 40 pièces à assembler. Je m'assoie près de lui et je commence de mon côté à réunir quelques pièces entre elles. Nicolas s'intéresse alors à ce que je fais. Possédant la tête du dinosaure dans sa main, il s'aperçoit que j'ai réalisé le reste du corps et vient donc la poser. "C'est moi qui l'ai" me dit-il, puis il me demande "comment as-tu fait pour faire aussi vite?". A partir de là, je lui explique qu'il peut s'aider des couleurs des animaux. Il s'aperçoit seul en continuant à me donner les pièces, qu'il peut se servir également de la forme des figures. Il étale alors toutes les parties du puzzle sur la table, de manière à avoir une vue d'ensemble sur ce qu'il nous reste à assembler. Il réfléchit plus sur les pièces qu'il me tend et me montre sa joie ; il semble très fier de l'évolution plus rapide du jeu.

3 - Analyse

Une relation thérapeutique enfant/adulte s'établit au moyen du jeu : cela est mon hypothèse de départ. Je vais essayer en tenant compte des éléments théoriques et des études de cas de le confirmer.

Le jeu est le domaine privilégié de l'enfant, dans lequel il évolue bien et où il semble plus à l'aise.

L'élément manifeste que j'ai remarqué chez Nicolas et Abdelghani se traduit par une **difficulté de communication** : le premier se bloque devant les questions, le second refuse de parler. Dans le cas d'enfants inhibés où l'enfant semble ne pas vouloir laisser de traces comme dans le dessin ou les mots, le jeu ne serait-il pas le meilleur moyen thérapeutique?

Le jeu est en lui-même **facteur de socialisation**. Au travers de cette activité, Abdelghani a eu la possibilité de jouer, de communiquer avec moi et l'autre enfant, tout en respectant son désir de ne pas parler. Ce qui peut être pris au départ (refus de verbaliser) comme un facteur de désocialisation, ne l'a pas empêché, au cours de la partie, d'entrer en relation. On peut noter ici la capacité d'adaptation de l'enfant au travers des moyens qu'il utilise pour continuer à jouer : ceci est fréquent chez les enfants qui ne parlent pas.

Nicolas se bloque dans les rapports sociaux directs, mais a su apprécier la présence de l'autre dans un apparemment solitaire.

Piaget décrit bien l'évolution du jeu d'exercice au jeu de règles, qui annonce l'organisation sociale de l'enfant.

Abdelghani est un enfant ayant un problème de socialisation en raison de son environnement familial mal intégré (non respect des lois). Ceci se retrouvant dans sa tentative de biaiser les règles du Pictionary.

Le jeu utilisé en pédo-psychiatrie sort du contexte occupationnel et **devient soin quand il y a mise en évidence de l'élaboration d'une relation** qui est difficile voire impossible en dehors de l'activité ludique.

Dans l'activité avec Nicolas, on peut penser qu'il arrive au travers du jeu à établir une communication, à accéder à des demandes auprès de l'adulte pendant et après la partie. Nicolas a pu me solliciter à lui lire des histoires, à faire des collages et d'autres jeux. Choses qu'il ne faisait pas avant d'être passé par le cap de ce premier jeu.

Dans le cas d'Abdelghani, l'absence de verbalisation n'est pas un obstacle à la communication à partir du moment où l'on ne s'en tient pas qu'aux mots mais qu'on la prend dans sa globalité (sourire, regard, gestes ...). Preuve en est, Abdelghani ne semble pas s'être posé la question de savoir s'il pouvait ou non jouer.

Il y a alors participation à deux ou à plusieurs permettant des échanges à travers **un plaisir partagé : le jeu**. On peut se demander si l'incartade aux règles d'Abdelghani n'a pas été aussi un jeu dans le jeu : celui-ci déclenchant assurément une réaction chez moi. D'où l'importance que nous avons citée dans la première partie, du plaisir que prendra l'adulte à jouer avec l'enfant et dont celui-ci se rendra compte.

Cette relation dans une même activité que l'enfant "maîtrise" bien, permet peut être à l'enfant d'atténuer l'impression que lui fait l'adulte et ainsi de faire disparaître la notion adulte-enfant pour celle de compagnon de jeu.

On peut penser dans le cas de Nicolas que ce facteur intervient puisque les rapports directs en dehors de l'activité ludique deviennent difficiles.

L'enfant petit à petit **donne sa confiance** à celui qui joue avec lui, communique avec lui à l'aide de ce médiateur et pourra ainsi atteindre la communication sans le support. On peut reprendre ici l'évolution des demandes de Nicolas auprès de moi.

Cette relation privilégiée instaurée petit à petit, permet d'observer l'enfant, de noter ses réactions, son humeur, de bénéficier de **confidences** qui pourront être utiles dans sa prise en charge générale. Le jeu médiatise ici cette investigation, il permet de suivre l'évolution de l'enfant, l'amélioration ou la détérioration de la qualité de jeu suivant la même évolution que celle de la pathologie et induisant le soin.

III - BIBLIOGRAPHIE

- 1 - ARFOUILLOUX J.C : L'entretien avec l'enfant. "Educateurs". Privat 1975.
- 2 - CHATEAU J. : L'enfant et le jeu. Le Scarabée 1967.
- 3- GARCIA A. : Les jeux et leur utilisation en milieu psychiatrique adulte. Thèse de Doctorat en Médecine, Marseille 1988.
- 4- MILLAR S. : La psychologie du jeu. Petite bibliothèque Payot
- 5 - WINNICOTT D.W : Jeu et réalité. Galimard, Paris 1975.
- 6 - SOINS PSYCHIATRIE : n°17, mars 1982 (p 15 à 19)



SOINS ESTHETIQUES ET PSYCHIATRIE

Mémoire
Janvier 1996

Françoise SAVIGNAT
Esthéticienne (1)
Centre Hospitalier de Montfavet

C'est en 1960 qu'ont été introduits les soins esthétiques dans les hôpitaux psychiatriques d'Angleterre.

En 1963, une esthéticienne ouvre sa première cabine de soins dans un hôpital Français.

En 1967 l'esthétique commence à prendre sa véritable importance. C'est une révolution des conceptions admises depuis des années, un moyen nouveau, modeste mais non négligeable, d'élargir l'horizon des malades et d'augmenter leurs chances de guérison. Des médecins, des infirmières, des sociologues, des psychologues réunis dans un cabinet d'esthétique! Cela pourrait paraître surprenant, et pourtant on s'est aperçu que l'esthétique pouvait, dans bien des cas, aider la médecine pour hâter la guérison de certains patients des centres psychiatriques. Bien sûr il ne s'agit absolument pas de médecine. Une esthéticienne est et restera toujours une esthéticienne. Mais ce qui est important c'est qu'en mettant son talent au service de la médecine, elle permet à celle-ci de progresser beaucoup plus vite dans le traitement des maladies isolant les patients du monde extérieur. En effet, une femme souffrant de troubles de la raison et hospitalisée, même pour un temps très court, a tendance à se négliger ou à accentuer son maquillage jusqu'à le rendre agressif.

L'esthéticienne sera là pour l'aider à conserver ou à retrouver sa personnalité. On sait combien l'utilisation des neuroleptiques favorise l'apparition très disgracieuse d'hypertrichos. L'esthéticienne sera là pour épiler, masser, détendre, apaiser, relaxer et maquiller. Sa présence au sein d'un centre psychiatrique est un pas supplémentaire vers l'humanisation, dans un but de resocialisation des malades mentaux.

Les soins esthétiques entrent dans le cadre d'une prise en charge thérapeutique par le maintien dans la réalité quotidienne pour la femme (aspect sociothérapeutique), et par la création d'une relation personnalisée.

Au même titre que l'ergothérapie, les divers ateliers (théâtre, escalade, peinture, poterie ...) et autres éléments de la vie sociale, les soins esthétiques ont une vocation sociothérapeutique dans le centre hospitalier, et participent à ce long cheminement qui, partant de l'asile en passant par l'hôpital psychiatrique aboutit à l'institution thérapeutique.

Les soins de beauté entrent dans le cadre d'une prise en charge thérapeutique par

- ° le maintien de la patiente dans la réalité quotidienne de la femme (aspect sociothérapeutique)

- ° la création d'une relation psychothérapeutique.

(1) Cabinet d'Esthétique, CH Montfavet 84143 Cedex , Tél 04.90.03.95.87

Le cabinet d'esthétique reste le trait d'union entre le service hospitalier et l'extérieur.

"La femme veut être et rester belle".

On peut observer l'atténuation de l'état dépressif par :

- La fréquentation de la patiente au cabinet d'esthétique.
- L'absence de maquillage au cours d'états dépressifs graves, de psychoses chroniques.
- Le "trop" de maquillage au cours de psychoses délirantes chroniques, dans certains états schizophréniques, des alcooliques, des paranoïaques et des hystériques. Les soins de beauté entrent dans le vécu sociologique et libidinal de la femme.

Alors que l'esthétique et l'art contemporain, ont profondément bouleversé les distinctions traditionnelles entre le beau et le laid, la condition de l'insertion psychologique et de l'adaptation sociale reste encore la ressemblance.

Selon l'hypothèse pour laquelle la réinsertion passe pratiquement toujours par une ré-esthétisation, par l'accès à la ressemblance, que faire de ce qui ne ressemble pas?...

Soigner, éduquer, c'est produire "cette beauté", condition pour accéder au regard des semblables, pour être reconnaissable, reconnu et inséré. C'est ainsi que les activités d'esthétique en milieu psychiatrique prennent tout leur sens. Néanmoins, le sens fondamental d'une telle activité est de favoriser la restauration de l'image du corps des malades mentaux. Le concept d'image du corps sera retenu dans la mise en place d'un cabinet d'esthétique car, historiquement, il introduit une interaction fondamentale entre le biologique et le psychologique. A ce propos DURKEIM dit : *"si l'on a compris que le physique et le psychique ne sont que deux aspects à travers lesquels le sujet s'extériorise, on sait que, de même qu'une modification intérieure entraîne une modification des attitudes corporelles, de même une modification des attitudes corporelles entraîne une transformation intérieure"*.

Le visage est le miroir de l'âme et la peau le reflet de l'organisme.



I - IMAGE DU CORPS ET MAQUILLAGE

Tout au long de la vie et dès la naissance se constitue notre image du corps. Ce corps que la psychothérapie a eu tendance à négliger reprend ses lettres de noblesse. L'homme est un tout. **Comment se constitue cette image du corps?**

Le principe de base de la théorie analytique est que pour l'enfant le corps, tout comme le monde extérieur, demande à être construit et est périphérique par rapport aux instances centrales de la personnalité.

L'intégrité du corps, FREUD l'a montré, est une des préoccupations essentielles de l'être humain.

Au départ la libido est totalement investie dans le corps, il n'y a pas d'extériorité. Le corps du nouveau-né est projeté dans le monde ou le monde est introjecté dans son corps...

C'est le narcissisme primaire.

Ce stade est suivi d'une période auto-érotique au cours de laquelle la libido est concentrée sur les parties du corps qui acquièrent une fonction érogène particulière.

D'abord la bouche, l'organisme tentant d'incorporer le monde extérieur. Quand le monde extérieur est perçu, l'enfant lui accorde une partie de son intérêt.

Vers la troisième année, la zone anale devient privilégiée, lieu des premiers échanges-cadeaux de la mère.

En même temps que se développe le complexe d'Oedipe, l'enfant perçoit plus clairement le monde extérieur, il peut se comprendre comme corps distinct de ce monde extérieur.

La zone génitale devient alors privilégiée, associée à la curiosité sexuelle, l'enfant remodèle son corps en une représentation plus achevée : **c'est le stade du narcissisme secondaire.**

Les orifices du corps ont donc une énorme importance psychologique.

Par eux s'accomplissent les fonctions vitales, en même temps qu'ils acquièrent et gardent une signification "érotique" importante. Ainsi l'investissement libidinal des zones érogènes modèlent progressivement l'image du corps; DELEUZE dit "*notre temps séxué est tout d'abord un habit d'arlequin...*"

Ces zones ne sont pas les seuls endroits du corps à être investis libidinalement :

- Importance de l'**oeil "orifice"** par lequel le monde pénètre en nous.
- Importance de **la main** qui permet de découvrir et de saisir le monde extérieur (maintenant)
- Importance de **la peau** organe excitable qui apporte à l'enfant les sensations qui le poussent à toucher et à inciter les personnes de son entourage à le toucher. "*La peau reste pour nous un mystère et ses qualités visuelles changent continuellement. Nous avons beau nous regarder dans la glace, nous n'en avons pas pour autant une idée sûre de notre aspect, il reste toujours une incertitude émotionnelle dans la perception que nous avons de notre peau et de la peau des Autres*" et SCHILDER ajoute citant "Hélène HOFFMAN" vivant une expérience de morcellement du corps, "*la peau est la seule chose qui puisse faire tenir ensemble toutes les parties du corps*".

L'attitude de l'enfant par rapport à son corps reflète la relation des membres de son entourage à leur propre corps et entre eux ; la constitution de cette image est indissociable d'une "*trame perceptivo*" (WOODBURY) : le climat affectif, l'incidence de certains signifiants, surtout la relation de la mère au corps de l'enfant et à son propre corps. "*L'enfant intègre des parties du corps des autres dans sa propre image du corps. Il fait entrer aussi dans sa propre personnalité l'attitude des autres envers leurs corps*" (SCHILDER)

Toutes ces expériences relationnelles et érogènes vont se trouver **unifiées** au moment de la reconnaissance de la propre image **dans le miroir** qui passe par la reconnaissance de l'Autre qui va donner une forme unifiante à toutes ces expériences morcelées et en même temps les aliéner, image perçue comme extérieure au corps propre, dans ce reflet à jamais imaginaire "*le Moi idéal*" (LACAN). "*Le corps est le lieu du double où l'ordre se démontre conflictuel*" (LECLAIRE)

Indissociables à cette image du corps, **les vêtements** ont aussi une importance considérable. Tout ce qui est en contact avec le corps change avec lui, y est incorporé...

Tatouages, maquillages, coiffure, vêtements contiennent une intention de changer quelque chose, de masquer (pour la femme en particulier), le vêtement est rempli de libido narcissique, de signification symbolique.

"*L'idéal de la beauté et la mesure de la beauté dans une société seront toujours l'expression de la situation de la libido dans cette société*" (SCHILDER). Dans notre société, **les modèles de la beauté** sont fortement stéréotypés, c'est la règle absolue en matière de visage et de corps

BAUDRILLARD montre que l'objet du désir n'est plus en la beauté elle-même, mais dans les signes qui la fondent (maquillage-mode), et que le corps réel (corps de l'inconscient) disparaît sous cette **fétichisation du corps du plaisir**.

SCHILDER dit: "*Il nous suffit de franchir les frontières de notre culture pour voir chanceler notre idée du beau. Il nous est parfois impossible de trouver beau ce qui l'est pour les primitifs... Les tatouages, les lèvres distendues, quantités d'autres procédés qui modifient le visage et à nos yeux les défigurent, sont aux yeux des primitifs des moyens de l'embellir*".

Au sein d'une même civilisation, les critères esthétiques changent d'une époque à une autre. La femme au foyer du XIX^{ème} siècle se devait d'avoir le teint pâle, le visage hâlé n'était que la signification péjorative d'un besoin de travailler. Actuellement, le bronzage est au contraire un signe extérieur de richesse. L'image du corps apparaît sans cesse différente. Les rondeurs tant appréciées du temps de Renoir et Maillol, sont désormais révolues. La minceur est au goût du jour. SCHILDER dit "*le sentiment de posséder un corps indemne ne va pas absolument de soi*".

Dans la maladie mentale, l'image du corps est constamment perturbée.

La névrose perpétue sur le mode symbolique la structure infantile de l'image du corps. Le corps, chez le névrosé, exprime symboliquement les conflits intra-psychiques, ce sont les zones fortement investies de libido qui reflètent les conflits (LECLAIRE). L'hystérie est un langage du corps : "*les symptômes hystériques ne sont rien d'autre que les fantasmes inconscients rendus représentables par conversion ..*" (FREUD)

Le symptôme hypochondriaque, est pour de nombreux auteurs, à la limite du psychotique et du névrotique. La pulsion en cause est une agression sadique dont le retour au Moi est fréquent du fait de la culpabilité consciente.

Dans la psychose, "la destruction de l'image du corps est telle que les parties perdent leur lien avec le tout pour réapparaître dans le monde extérieur". Il est impossible pour le psychotique de reconnaître son corps comme formant un tout et un

point essentiel de la thérapie est de lui fournir la possibilité de rétablir cette unité du corps détruit. "Si nous réussissons à mettre en relation les unes avec les autres, les diverses parties de l'image du corps, alors le corps est "habitable" et l'expérience spatiale mène à l'expérience temporelle. L'homme peut entrer dans sa propre histoire en tant que sujet". La guérison du schizophrène passe par une dialectique entre parties et totalité.

Pour ce faire, il faut, comme dit Mme Sechehaye, rencontrer le malade "au niveau de sa régression", ce qui est possible dit PANKOV "par des soins corporels directs tels que les bains, massages, enveloppements etc...Il s'agit de donner au patient des sensations corporelles tactiles et autres qui le limitent dans son monde magique pour l'amener à une reconnaissance des limites de son corps".

L'important n'est pas de désirer mais d'être désiré.

Le corps est donc une préoccupation constante puisque c'est là que le désir se situe et va s'inscrire. Le soin esthétique est l'occasion de restaurer l'image du Moi constamment sujette à question chez le sujet psychotique (personnalité). Les soins esthétiques utilisés à cet effet dans un but thérapeutique sont tout à fait bénéfiques pour les malades femmes comme pour les malades hommes. En effet, peut-être seriez-vous surpris d'apprendre avec quel vif intérêt les patients hommes prennent rendez-vous chez l'esthéticienne, en présence de l'infirmière, pour des soins de peau ou des manucuries. Les indications importantes à retenir sont notamment toutes les maladies dans lesquelles justement, il y a un retrait de tous les investissements corporels, où le visage est délaissé, parfois même mutilé, et a perdu son rôle symbolique dans la relation aux autres.



Dans certains troubles de l'humeur, chez le mélancolique, chez la femme éthylique qui a perdu toute féminité, et qui dissimule son teint défraîchi sous une épaisse couche de fard, chez les personnes âgées, qui souvent, ayant perdu leur visage de femmes désirantes, finissent par se laisser aller.

Dans tous les troubles dépressifs, dans les névroses obsessionnelles, les soins esthétiques sont une excellente indication.

Il semble donc, que ces activités d'esthétique peuvent devenir un mode privilégié de la maladie mentale au niveau du symptôme mais aussi au niveau de troubles plus graves de la personnalité psychotique ou des troubles de l'humeur. L'ambiance d'un pavillon, l'aspect général des malades, le vécu d'une hospitalisation peuvent être complètement transformés par la présence de l'esthéticienne. C'est un peu une façon de **montrer aux patients que l'hôpital n'est qu'un lieu de passage**, qu'ils peuvent continuer leurs habitudes de socialisation du monde extérieur, et qu'un des moyens les plus sûrs de sortir de la maladie est quelquefois la reprise des investissements sur soi-même et, pourquoi pas sur la partie de son corps vue et regardée par tous... le visage.



II - LE MAQUILLAGE ET LA FÉMINITÉ

FREUD écrit en 1932 dans sa conférence sur la "féminité" : "*Si vous voulez en savoir davantage sur la féminité, interrogez votre propre expérience, adressez-vous aux poètes ou bien attendez que la science soit en état de vous donner des renseignements plus approfondis et plus coordonnés*". Contrairement à JONES ou KAREN HORNAY, qui envisagent une disposition innée de la féminité, FREUD pense qu'à partir de la bisexualité originelle, l'homme et la femme sont façonnés par la culture. La féminité est un concept essentiel pour J. RIVIERE, il supprime celui de la sexualité féminine.

Le maquillage participe pleinement à l'expression de la féminité :

- par la **valorisation narcissique** qu'il permet
 - par la possibilité de modifier, de **falsifier l'apparence du visage** à la recherche du MOI corporel idéalisé, et ceci grâce au phénomène d'identification.
 - **identification à la mère**
 - **identification à un modèle**, ou la mode joue un rôle prépondérant
- Il suffit de feuilleter un magazine féminin pour s'en rendre compte.

Pour la femme démunie de prérogatives phalliques, le maquillage symbole de féminité, est un refuge valorisant. WINNICOT l'a décrit : **le maquillage est un langage** se servant de la peau comme d'un "*objet transitionnel*". Le langage est très diversifié. Il peut être conscient ou inconscient, et possède de nombreuses significations psychologiques ou sociologiques.

Le maquillage est un élément relationnel important.

III - LA NOTION D'ESTHETIQUE

Les soins esthétiques sont pour la malade vecteurs de confiance en soi et recréent un climat narcissique indispensable à la guérison. La notion d'esthétique, **valorise l'image** que la patiente va offrir aux autres et à elle-même.

Cet abord va permettre, dans le cadre des cabinets d'esthétique, des échanges verbaux sur le corps, éliminant progressivement l'angoisse qui transpire. La patiente regarde dans le miroir son image idéalisée par le maquillage. Elle peut reconnaître **ce reflet comme lui appartenant** en propre. Elle se rapproche ainsi d'une image idéale de soi qui pouvait lui paraître inaccessible.

Cela va lui offrir de nouvelles possibilités d'identification, de sublimation; possibilité de se réassurer, de lui permettre de s'assumer physiquement devant elle et devant les autres. Les soins esthétiques, reconnus par l'équipe médicale et prescrits sur rendez-vous par le personnel soignant, sont utilisés dans un projet thérapeutique et sont pratiqués dans le cabinet d'esthétique par l'esthéticienne ou au sein des pavillons.

L'esthétique réunit trois médiations :

* Médiation psychosensorielle

- Yeux = couleur
- Oreilles = sons
- Nez = odeurs

* Médiation corporelle

- Peau = toucher = chaleur - contact

* Médiation verbale

- Parole = échanges = communication.

De là tout l'intérêt de cette activité en milieu psychiatrique pour les hospitalisés, dont la relation aux autres est perturbée. Les soins esthétiques, par des techniques qui leur sont propres, sont propices au réinvestissement de chaque partie du corps, à leur recollection dans des syndromes de dépersonnalisation, à l'instauration d'une image du corps et de sa reconnaissance chez les psychotiques.

L'esthétique a deux modes d'action privilégiés :

I Effet facilitateur du discours:

Les soins esthétiques favorisent l'apparition du discours, la libération des fantasmes.

II Aspect relationnel

Les doigts d'une femme sur le visage de l'autre représentent une communication, un "*objet transitionnel*" entraînant une dimension spatiale et temporelle.

IV - LE ROLE DE L'ESTHETICIENNE A L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE

Les soins esthétiques au Centre Hospitalier de Montfavet s'inscrivent dans une démarche thérapeutique.

- Importance du support esthétique
- Importance du contact humain
- Importance de la douceur, de l'écoute
- Importance du toucher (qui apaisera et facilitera le dialogue)
- Le "*bien être*" sera favorisé et permettra le "*mieux être*".
- Importance d'offrir des soins très variés, tels que :
 - Soins du visage
 - Epilations
 - Manucuries
 - Maquillages
 - Soins du corps : drainage lymphatique, shiatsu, massages, réflexologie, kinésiologie...

Toutes ces activités seront développées ultérieurement.

Les soins esthétiques sont facteurs de **resocialisation** et permettent de retrouver la **confiance en soi**. Ils font apparaître :

- L'aspect relationnel par le biais du corps
- La revalorisation narcissique
- La relation avec la réalité spatiale et temporelle
- L'effet facilitateur du discours
- L'action au niveau de la symptomatologie du corps morcelé.

L'utilisation du corps comme médiateur thérapeutique nous permet de comprendre comment un travail sur le corps peut modifier le comportement des patients.

L'esthéticienne doit faire preuve de psychologie, savoir aborder les malades avec délicatesse, sentir le moment où elle peut le faire. Elle doit être patiente, discrète, ne jamais forcer les choses, mais être là, toujours présente, disponible, à l'écoute, compréhensive. Il faut savoir encourager la patiente par un regard, un sourire, savoir lui tendre la main. Simples petits gestes affectueux et discrets, mais pourtant si importants pour faire tomber les barrières. L'attention est toujours portée vers l'autre avec respect. "*Elle*" existe, et nous sommes là pour "*elle*". Pour certaines patientes, la distance à parcourir de la chambre à l'institut de beauté paraît longue et demande un gros effort, ce qui implique pour la plupart que la venue à l'institut correspond à une amélioration physique et psychique. C'est donc là que commence le rôle de l'esthéticienne, en étant celle qui pourra écouter, rassurer, reconforter, relaxer, soigner, éduquer, conseiller, parer, dans un souci de resocialisation, de réintégration.

Pour "*parer*", l'esthéticienne se servira d'un support de maquillage, qui est aussi l'occasion d'une créativité picturale dans le sens où **l'esthéticienne est "une artiste"** qui maîtrise les couleurs. Grâce à elle, le maquillage structure mieux le visage, le flatte, le corrigera, embellira le teint, en valorisera le charme. Il pourra être également **le masque**, derrière lequel une malade insécurisée se réfugiera. Valable en psychiatrie, ceci l'est également dans les hôpitaux généraux, notamment en cancérologie, où l'esthéticienne a une place prépondérante dans la restauration narcissique des patients en détresse.



V - OBSERVATIONS CLINIQUES

Mme F. 47 ans

Hospitalisée au centre hospitalier de Montfavet, elle m'a été confiée par l'équipe soignante pour une prise en charge relationnelle d'une heure par semaine, dans un but de réinvestissement corporel.

Support : drainage lymphatique manuel et maquillage.

C'est une patiente éthylique, présentant une surcharge pondérale assez importante et ayant des difficultés à suivre un régime alimentaire. Ces séances ont pour but de l'aider à suivre ce régime par un contrôle hebdomadaire du poids et un contrôle journalier des centimètres perdus grâce au drainage lymphatique, avec courbe et bulletin des résultats. Le drainage lymphatique étant particulièrement relaxant, cette patiente apprécie beaucoup les séances. Elle vient très volontiers, à raison de trois séances minimum par semaine, avec un contrat de dix séances renouvelables. Elle est heureuse du résultat obtenu, se sent beaucoup mieux, ne souffre plus de ses jambes. Elle se sent plus "légère". Très maladroite et ayant des difficultés à appliquer correctement un fard lorsqu'elle décide de se maquiller, une initiation au maquillage va être faite ce qui va l'aider à corriger ses excès. L'évolution est très positive. Un calme, un apaisement est constaté chez cette patiente.

Melle M. 45 ans

Autre cas où le support esthétique nous a permis d'aider cette personne caractérielle, chronique, stabilisée dans un comportement infantile et hospitalisée depuis l'âge de 18 ans dans différents établissements.

Dans un souci de resocialisation et de réinvestissement corporel, l'équipe soignante me demande de m'occuper d'elle. Je me trouve devant une personne opposante, à l'allure infantine. Des séances d'une demi-heure sont prévues dans un premier temps. Je commence par m'occuper uniquement de ses mains. Le massage doux va permettre un contact avec elle en "face à face", propice au dialogue et à l'échange. C'est ainsi que je me retrouve une fois par semaine avec elle. Insensiblement, du massage des mains, j'arrive à passer à la pose de vernis à ongles et à lui proposer un maquillage. Le climat se détend. Les rendez-vous paraissent attendus et même souhaités. Par ailleurs, au sein du pavillon, on remarque une évolution du comportement de Melle M. .A sa demande, on en arrive au soin du visage. Beaucoup plus aimable, peu opposante, entrant en communication avec les autres, elle manifeste même un certain souci vestimentaire et change de coiffure. Le résultat est très positif.

Mme C. 35 ans

Vient régulièrement pour des soins du visage et des épilations. Patiente dépressive ayant fait plusieurs tentatives de suicide, semble se détendre dès que le massage commence. Elle pleure parfois, puis s'assoupit. Lors de son réveil, elle a besoin de parler d'elle, de sa famille, de sa vie. Elle est très reconnaissante du bienfait ressenti lors des séances de soins. La musique douce diffusée lors des séances l'apaise. Elle se sent mieux en repartant au pavillon.

Melle H. 16 ans

M'a été confiée par une infirmière, à la demande du médecin-chef, dans un but de réinvestissement corporel. Ayant de gros problèmes de poids, on entreprend des séances de drainage lymphatique, alternées avec des séances de massage aux huiles. Le résultat est très satisfaisant.

Melle M. 37 ans

Hospitalisée depuis une douzaine d'années, cette patiente vient régulièrement pour des soins de visage, des épilations et des manucuries. Un travail de drainage est commencé pour réguler son acné. Elle parle beaucoup du bienfait des soins esthétiques qui lui permettent d'être "mieux dans sa peau", dit-elle. Là encore, le résultat est positif.

Mme G. 40 ans

Envoyée par l'équipe soignante au cabinet d'esthétique, cette patiente dépressive reviendra très souvent pendant son hospitalisation. A sa demande, avec l'accord de l'équipe soignante qui la suit, elle reviendra même me voir lors de sa sortie. Elle m'envoie régulièrement des cartes postales lors de ses voyages à l'étranger.

Mme C. 49 ans

Patiente non hospitalisée, vivant en appartement thérapeutique, vient régulièrement se faire épiler les jambes et le visage. Son embonpoint la gêne pour s'allonger sur la table d'épilation. Me parle très souvent de sa maman et de son ami, quelquefois de ses soeurs. Est très reconnaissante du bienfait que lui procure le soin esthétique . "*Toi au moins, tu m'écoutes et ça me fait du bien de parler.. J'ai confiance en toi*"... Là encore, l'aspect relationnel par le biais du corps a une importance non négligeable

CONCLUSION

La valeur profonde des soins esthétiques se trouve dans le **toucher**. Le contact "peau à peau" avec le patient est d'une importance capitale. Lors d'un massage, l'esthéticienne se substitue à l'image maternelle. Le malade ferme les yeux, le silence s'installe. Un climat de confiance va s'établir, permettant une atténuation de l'angoisse, une prise de conscience du schéma corporel et de l'identité d'où une réconciliation avec son corps propre, ce qui entraînera une diminution du sentiment de frustration. On va alors apaiser, détendre, relaxer le patient car ce retour à un contact authentique figurera une relation symbiotique mère-enfant. La durée du massage (qui peut quelquefois n'être qu'un simple effleurage) est fonction de la réceptivité du patient. La détente ainsi obtenue est telle qu'il arrive parfois que le malade s'assoupisse.

Ensuite, vient la **pose du masque** qui, approprié à chaque type de peau, associé à des compresses décongestionnantes sur les yeux, favorise et prépare le maquillage qui permet de reprendre conscience de la valeur de sa propre personne.

Comme les soins de beauté, le **maquillage est investi d'une indéniable valeur relationnelle**.

- Relation avec soi-même par la valorisation narcissique qu'il permet.
- Relation avec la réalité physique spatiale et temporelle.
- Relation avec autrui.

Ces trois relations sont inséparables et toute modification de l'une aura des répercussions sur les autres. A ce sujet, le Docteur Guittet nous dit : "*Les doigts d'une femme sur le visage de l'autre représentent nécessairement une communication, un "objet transitionnel". Le fait de laisser une preuve tangible, le maquillage, de ce passage des doigts sur le visage, confère à cette relation une dimension spatiale et temporelle. Il reste quelque chose de visible de cette relation, qui peut être gardé ou supprimé selon le désir de la femme maquillée*". Le maquillage participe pleinement à un réinvestissement narcissique fondamental dans l'amélioration des troubles. Il contribue à l'acceptation par la malade de son corps de femme.

Le cabinet d'esthétique permet aux patientes de recevoir des soins, des maquillages, afin de ne pas sombrer dans un **désinvestissement corporel que l'hospitalisation entraîne fatalement**, car, quel que soit le mode de placement, la femme, malade mentale, se trouve dans une situation aliénante.

La présence d'une esthéticienne au sein d'un Centre Hospitalier dépasse de beaucoup l'utilisation "Primaire" des soins de beauté. Le maquillage s'est révélé être un élément relationnel privilégié, car il incarne la **féminité** et fait référence à l'image du corps. La féminité reste une réalité très prégnante pour la majorité des femmes à un niveau plus ou moins conscient. Favorisant le réinvestissement narcissique, l'impact du maquillage sur la féminité est fondamental pour les névrotiques, mais certainement illusoire pour les psychotiques.

C'est la possibilité d'une **restructuration du corps dissocié** qui met en évidence l'effet thérapeutique du maquillage chez le psychotique.

Le maquillage entre également dans le cadre beaucoup plus large du **traitement par la beauté (KALOTHERAPIE)**, recherche de la mise en évidence de l'aspect thérapeutique de l'esthétique et de son rôle dans la prévention des maladies. Cet aspect, complètement négligé ces dernières années, commence à affirmer sa réalité.

BIBLIOGRAPHIE

- ANGELERGUE R : Le corps et ses images *Evol. Psych.* 1964, 2, 181-216
- BAUDRILLARD J. : Fétichisme et idéologie. *Nouv. Rev. Psychanal.* 1970, 2, 213-224
- BORNSTEIN S KANNAS S. RUMEN P. POSTEL J. :
Quelques réflexions sur la démarche thérapeutique à travers la relation
esthétique dans un service de femmes *Nou. Rev. Psychanal.* 1969, 1, 664-667
- COPPENS R. : Les soins esthétiques chez les malades mentales dans le cadre de la thérapie
institutionnelle. *K. Acta Psychiat. Belg.* 1971, 71, 497-512
- DELEUZE G. : *Logique du sens.* Edition de minuit, 1969
- DORPAT T.T. : Phatom sensations of internal organs. *Compreh. Psych.* 1971, 12, 27-34
- FEDERN : Ego feelings in dream. *Psychanal. Quartely*, 1932, 1, 511
- FREUD S. : *La technique psychanalytique.* P.U.F. Ed Paris 1970
- FREUD S. : *Abriss der psycho-analyse 1938.* Trad. Franç.
Abrégé de psychanalyse. Par Berman A. P.U.F. Ed Paris 1970.
- FREUD S. : *Psychopathologie de la vie quotidienne.* Payot Ed Paris 1975.
- GUITTET J.P. : *Maquillage et image du corps.* Tours 1976
- HACAEN H., AJURIAGUERRA J. : *De méconnaissances et hallucinations corporelles*
Paris, Masson, Ed. 1952, 1-382.
- LACAN J. : *Ecrits.* Paris Gallimard, 1968.
- LECLAIRE S. : *Démasquer le réel.* Paris. Seuil, 1971
- MARTIN A, ETIENNE T., ROUZIERE R, SAUVAGET M., PERSONNE J. :
L'esthéticienne à l'hôpital psychiatrique.
Ann. Méd. Psychol. 1970, 2, 427-432.
- ROUZIERE R : *Le travail de l'esthéticienne en psychiatrie.*
26 ème Congrès CIDESCO, New York, 23 août 1972
à paraître in *Rev. Esth. Et Cosmet.* 1973.
- POLAK JC. : *La médecine du capital,* Paris 1971
- PANKOW G. : *L'homme et sa psychose,* Paris 1971
- SCHILDER P. : *L'image du corps.* Paris, Aubier-Montaigne, 1969.
- WINNICOT : *Playing and reality,* 1971.
Trad. Franç. *Jeu et réalité* par Monod C et Pontalis JB.
Gallimard ed. Paris 1975, 1 vol. 208 p
- WOODBURY : *Traitement psycho-social des psychoses.* *Inf. Psychiat.* 1966, 10, n° spécial.

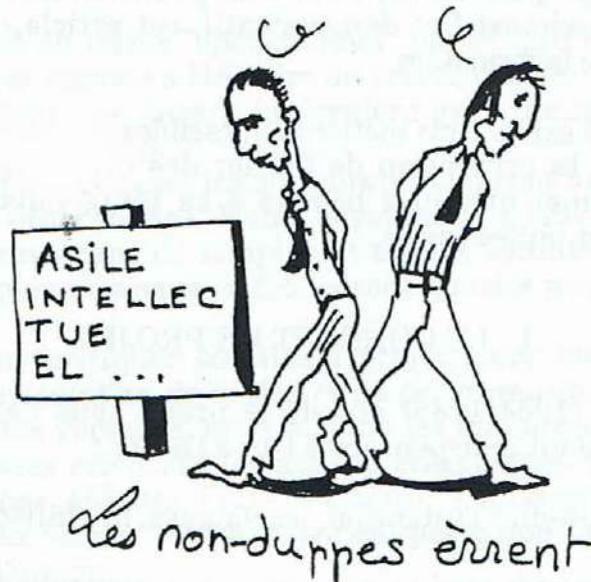
PSY- CAUSE II

THEORIES DE LA PRATIQUE

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

Bernard PETIT, récemment appelé à de nouvelles fonctions, apporte le regard du praticien de **la formation des cadres infirmiers**. Cadre à l'IFCS d'Aix en Provence, il analyse **le concept de Projet**, qui est un outil de référence incontournable pour créer une cohérence clinique au sein d'une équipe infirmière.

Hélène ROUCHENIAN, infirmière, et Marie-Josée PAHIN, psychanalyste, partent d'un film, "Bad Lieutenant" pour illustrer le passage à l'acte du sujet névrosé, du fait d'une situation réactivant le mécanisme de la privation. **Le pardon qui tue**, est la description d'une identification au phallus de l'Autre, qui provoque chez le sujet, un équivalent suicidaire.



LA FORMATION DES CADRES DE SANTE Du projet vers une démarche clinique

Bernard PETIT
Formateur
Institut de Formation
des Cadres de Santé
C.H. Montperrin (1)

La notion de projet m'aura accompagné depuis le début de ma carrière d'infirmier de secteur psychiatrique ("carriera" : mot occitan désignant un espace à parcourir).

Comme élève-infirmier on m'a soumis (à?) un projet pédagogique. En tant qu'infirmier, j'ai contribué à élaborer et mettre en oeuvre des projets thérapeutiques. Mais c'est au cours de ma formation à l'Ecole des Cadres du Vinatier, que le terme prit consistance. Les principes de formation de cette école, fondés sur la pédagogie institutionnelle, ne furent pas neutres dans ce processus.

Depuis, le projet a trouvé une consécration officielle. Il est fortement présent dans la loi portant réforme hospitalière du 31 juillet 1991 (projet d'établissement, médical, du service de soins infirmiers...), ainsi que les textes régissant les formations infirmières et de cadres de santé.

Le projet est devenu incontournable, il fait l'objet d'une littérature abondante. Bien sûr, les conceptions qui sous-tendent ces différentes approches sont différentes, souvent contradictoires.

Le regard que je propose ici est celui d'un praticien de la formation des cadres infirmiers. Loin d'être exhaustif et démonstratif, cet article ne pose au fond que la question d'une clinique de la formation.

Freud affirme qu'il existe trois métiers impossibles : celui de gouverner, de soigner, d'éduquer. Quand on a la prétention de former des cadres qui exerceront ces trois fonctions à la fois, on met quelques bémols à sa toute puissance et l'on évite les réponses péremptoires et toutes faites.

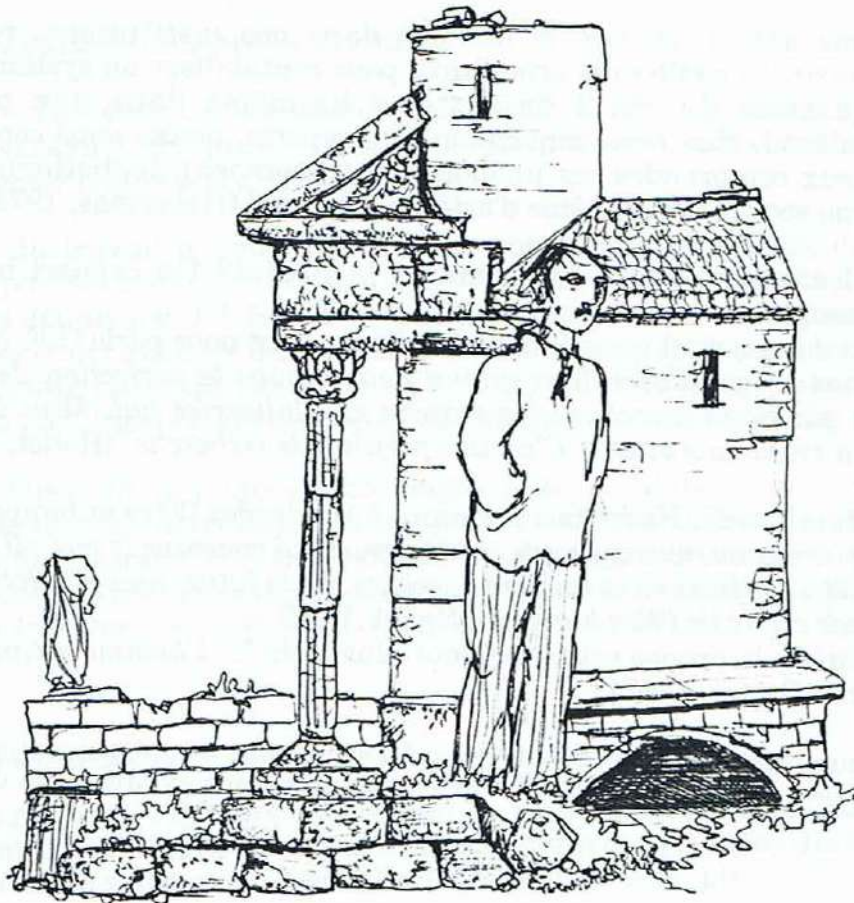
I - LE CONCEPT DE PROJET

Jacques Ardoino (1984-1986) aborde le projet sous l'angle de deux versants contradictoires et cependant indispensables l'un à l'autre :

- **les visées**, c'est-à-dire l'intention, les valeurs, la philosophie et les orientations politiques;

- **le programme**, que je traduirais comme opérationnalisation des visées (mise en adéquation des objectifs et moyens au regard des visées, stratégie et tactique).

(1) B. PETIT est maintenant Surveillant Chef de la Fédération Accueil-Urgence-Psychiatrie de Liaison au C.H. Montperrin, 19 Avenue du Petit Barthélémy 13617 Aix en Provence Cedex 1. Tél 04.42.16.16.10



Si je fais ici appel au terme "opérationnel" plutôt qu'à celui "d'opérateur", c'est bien parce que le premier renvoie à l'histoire du projet, dont le versant pragmatique a considérablement été développé durant la dernière guerre mondiale par les militaires (tactique et intendance obligeant...).

C'est ainsi que de nombreuses institutions développent aujourd'hui des projets qui ne sont en fait que des programmes. Moins voyants mais tout aussi nombreux sont les projets velléitaires, demeurant de simples et molles intentions. Or des visées sans programme ou des programmes sans visées ne sont que des projets inutiles.

En corollaire, les pratiques sociales à projet, pour être fécondes, ne peuvent qu'être fondées sur l'articulation de visées et de programmes. Il ne s'agit donc pas de choisir l'un ou l'autre des versants, mais bien de les considérer ensemble, le sens issu d'un travail sur les visées orientant les actions entreprises. Néanmoins, en cette ère d'efficacité forcenée (par ailleurs toute relative), s'agissant de pratiques sociales, j'accorde la primauté aux visées. Tout simplement parce que l'action doit être au service de l'homme et non pas l'inverse.

La neutralité n'est pas de mise ici, d'autant moins que nos conceptions du projet vont influencer nos pratiques. Or, au nom de la rationalité, ce sont bel et bien des programmes qui prévalent sur les visées : la rationalité technique l'emporte sur l'émancipation de l'homme.

Le problème actuel, source de malaise dans nos institutions, réside dans l'obligation de choisir les meilleures procédures pour rentabiliser un système sans que soit posée la question du choix du système lui-même dans une perspective démocratique. Au fond, plus nous convoquons les experts, moins nous convoquons le sens. Afin de mieux comprendre ces phénomènes, il convient de distinguer le cadre institutionnel d'une société, du système d'activité rationnel (Habermas, 1973).

Mais quel rapport entre l'homme et le projet? Un rapport intime nous indiquent les philosophes.

N'est-ce pas du projet tel que défini par Ardoino, dont nous parle G.F. Meier?

"Nous pronons souci d'une chose quand nous posons la perfection de cette chose comme un but et que nous cherchons les moyens de réaliser ce but. Mais le but de la réalisation de soi n'est jamais atteint. C'est une perpétuelle recherche" (Hadot, 1996).

Dans le même article, Hadot fait référence à Heidegger (Etre et temps) : *"... il n'y a pas de souci que de soi, ou, mieux encore, c'est le souci qui constitue le moi : il est essentiel à l'être humain d'être toujours en avant de soi, ouvert sur le futur, sans être totalement lui-même. C'est le mode d'être de l'être humain.* (Hadot, 1996)

Quant à Sartre, le propos est on ne peut plus clair *"... l'homme est un projet qui décide de lui-même"*(Sartre, 1947).

Les conséquences pratiques de ces considérations sont à intégrer dans la fonction formation. Elles sont de deux ordres que je vais rapidement évoquer : le dispositif de formation et la relation formateur-formé.

II - LE DISPOSITIF DE FORMATION

Mon propos n'est pas de décrire ici dans le détail un dispositif de formation, mais d'en mettre en exergue certains points forts.

- la confrontation des projets

A l'Institut de Formation des Cadres de Santé (lire IFCS) d'Aix, il y a toujours en présence plusieurs projets :

- * le projet professionnel de l'étudiant, décliné ensuite en projet(s) de formation (lors des stages, des travaux écrits, du mémoire, du choix des options...),
- * le projet pédagogique de l'institut participant lui-même du projet d'établissement, en lien avec le projet du département des sciences de l'éducation qui est un partenaire fondamental,
- * le projet des formateurs, inscrit dans le projet pédagogique, est cependant distinct de celui-ci ;
- * le projet de l'institution dans laquelle le futur cadre exercera.

- la régulation du projet étudiant

Ce travail s'effectue non seulement à propos du développement et de l'articulation des deux versants du projet (visées et programme) mais également en terme d'élaboration, de réalisation et d'exploitation.

Lors du travail d'élaboration, il est question d'intentions, de valeurs qui se traduiront par des critères (Genthon, 1990 - Bonniol, 1986). Il est également question d'autonomie définie par J.J. Bonniol comme la capacité à gérer ses liens de dépendance. Il s'agit de se situer vis à vis des autres et de l'institution et de négocier autour du thème "que voudrais-je faire, qu'attend-on de moi et, enfin que vais-je faire?" On pourrait traduire ceci par : "quel rôle projeté, quel rôle attendre et enfin quel rôle joué?".

La réalisation du projet s'accompagne d'une régulation qui permet de s'adapter aux conditions rencontrées, ce qui suppose un dispositif souple et une conception particulière du contrat. Celui-ci sera fondé sur des règles pré déterminées mais laissera aussi un espace où d'autres règles seront établies, en fonction de chaque situation.

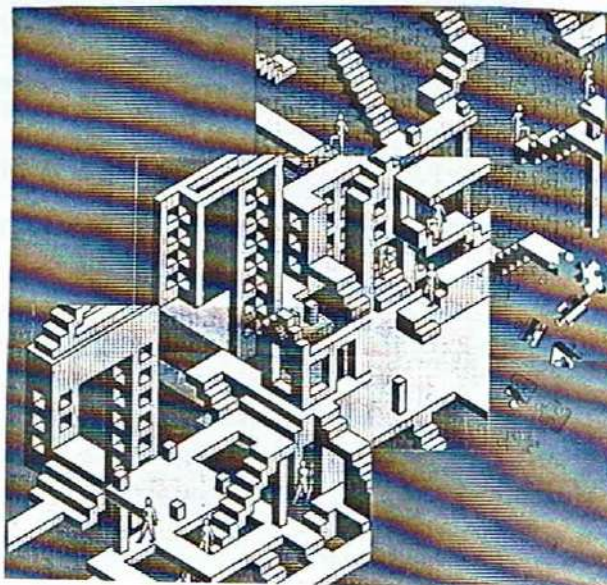
"Un bon contrat, comme un bon jeu, est celui où les règles se définissent tout en jouant" (Resnik, 1994)

- Les indicateurs

Il s'agit là d'indicateurs que j'utilise afin de rendre concret le résultat du cheminement de l'étudiant, notamment dans le cadre des relations duelles. Là encore, la liste est loin d'être exhaustive. Ces indicateurs sont les suivants :

- l'évolution de la représentation de la fonction cadre (d'une représentation peu développée vers une représentation plus précise, distinguant différents niveaux et leurs liens),
- le développement d'un discours intégrant ses propres valeurs (en général assez ignorées en début de formation),
- le souci et la pertinence de la prise en compte de l'environnement (moi - les autres - l'institution). Dans le même domaine, l'affirmation de soi (passage d'un discours scolaire : que dois-je faire, à un discours professionnel : voilà ce que je compte faire et pourquoi),
- l'appropriation des modèles théoriques et leur utilisation en tant que praticien (évolution d'une "récitation" d'un cours vers un éclairage de la pratique au moyen du savoir)...

Ce travail nécessite bien entendu la rencontre du formateur et du formé. Cette rencontre, pourra être envisagée dans le cadre d'une démarche clinique.



III - LA RELATION FORMATEUR / FORME : UNE DEMARCHE CLINIQUE

Il convient de poser d'emblée que la formation n'est pas et ne saurait être une démarche thérapeutique.

Le concept de clinique est ici considéré comme un concept migrateur et mutant. Il ne concerne plus seulement le médecin face à une maladie, mais l'ensemble des praticiens de la relation.

J'ai l'intention de proposer ultérieurement un article qui sera un développement de ce chapitre 3. Pour l'instant, voyons quels peuvent être les points fondamentaux relatifs à cette démarche :

- la création d'un espace de parole, de pensée. Il s'agit d'un espace mental (Resnik, 1994)
- le **statut de la demande** de formation, liée à un désir, à ne pas confondre avec l'objet immédiat.
- le statut de formateur et du formé, la question de l'altérité.
- la posture du formateur : est-il là, dans une posture phorique, ou bien laisse-t-il le formé "cheminer son projet".
- en lien avec le point précédent, la question de savoir "qui est là", dans l'espace mental comme lien de formation.

En guise de conclusion provisoire, je propose une question : **à quoi sert la parole dans l'acte de formation?**

A suivre...

BIBLIOGRAPHIE

- ARDOINO J. : Pédagogie du projet ou projet éducatif . Pom n°94
Finalement, il n'est jamais de pédagogie sans projet.
Education permanente n°87
- BONNIOL J.J. : Recherche et formation : pour une problématique de l'évaluation formatrice. Dans : DE KÉTELE : "L'évaluation, approche descriptive ou prescriptive", De Boeck, Bruxelles, 1986
- BOUTINET J.P. : Anthropologie du projet .PUF. Paris, 1990
- GENTHON M. : Construire des stratégies d'apprentissage.
Les cahiers pédagogiques, n°281, 1990
- HABERMAS J. : La technique et la science comme idéologie.
Gallimard, Paris, 1973 (pour la traduction française).
- HADOT P. : Histoire du souci. Interview, Magazine littéraire n°345, 1996
- RESNIK S. : Espace mental . Erès Paris, 1994
- SARTRE J.P. : Conscience de soi et connaissance de soi.
Dans Lalande A. : Vocabulaire technique et critique de la philosophie.
PUF, Paris, 16^e Ed., 1998

LE PARDON QUI TUE

Hélène ROUCHENIAN, Infirmière (1)
et Marie Josée PAHIN, Psychanalyste (1)
Exposé du 22 avril 1996 au CH Montfavet
Secteur Chateaufrenard, Saint Rémy de Provence
(13G27)

Ce texte s'inscrit dans le cycle des exposés publiés par la revue Psy-Cause depuis le Numéro 1. Ces exposés effectués par l'association Marseillaise "La Question Freudienne", entrent dans le cadre du plan de formation du Centre Hospitalier de Montfavet. Ils se déroulent cette année dans le secteur 27 des Bouches du Rhône. Les textes sont rédigés à partir d'enregistrements et en accord avec les auteurs.

Jean-Paul BOSSUAT

Le film d'Abel Ferrara, "Bad Lieutenant", illustre ce que nous avons étudié sur la privation, la frustration et la castration (voir Psy-cause N°3 pages 39 à 57). Martin Scorsese a dit de ce film "C'est l'un des plus grands films sur la rédemption ; il montre jusqu'où l'on est prêt à descendre pour la trouver".

Résumé du film

Ce film raconte l'histoire d'un lieutenant de police marié et séparé, qui a deux enfants. Nous le voyons au début du film, aller chercher ses enfants chez sa femme et les accompagner à l'école, ce qui visiblement est du registre de la corvée. On sait plus ou moins qu'il a une relation avec une autre femme qui a un enfant. Il n'existe que très peu de scènes où Bad Lieutenant est avec des femmes dans une relation un peu amoureuse ou sexuelle.

Par contre, ce qui est mis en avant chez ce policier, c'est une descente aux enfers. Il se drogue et fraie avec les dealers, il vole, il boit, fait le bookmaker en prenant des paris sur des matches de base-ball, paris qu'il ne joue pas. C'est dire qu'il est tout le temps en dette, au point qu'il en arrive à emprunter à la mafia, une importante somme d'argent... qu'il ne peut rendre. La mafia le somme de payer, sinon il mourra.

C'est alors qu'une religieuse se fait violer dans une église et subit des sévices corporels importants. Bad Lieutenant est sur l'enquête. On sait que d'une part la religieuse connaît le nom de ses agresseurs, et que d'autre part une prime de 50 000 dollars est offerte à qui ramènerait les coupables.

(1) Secrétariat de la Question Freudienne : 15 rue Camoin Jeune, 13004 Marseille, Tél 04.91.94.18.17

Pour Bad Lieutenant, c'est une occasion inespérée d'avoir la possibilité de rembourser la mafia et d'échapper à la mort. Il va voir la soeur pour obtenir les noms des violeurs. La religieuse refuse. Effondré, il ne comprend plus. Il y a une scène qui le montre, dans l'église, hagard, insultant Dieu qu'il croit voir dans l'allée. Dans sa souffrance, il interpelle Dieu, lui demande de parler, de répondre. Evidemment, il n'y a pas de réponse.

Ensuite par un concours de circonstances, il retrouve ces agresseurs. On pourrait penser qu'il va appeler la police et toucher la prime. Au lieu de cela, il les laisse partir... et se fait descendre par la mafia.

Nous allons revenir plus en détail sur les principaux moments du scénario de ce film. Mais auparavant, quel diagnostic peut-on faire quant à la personnalité de Bad Lieutenant?

Bad Lieutenant est un névrosé obsessionnel avec des tendances perverses

Ce laisser tomber dans la déchéance, peut être relié à cette étape de la privation au cours de laquelle l'enfant réalise qu'il est exclu de l'ailleurs du désir de la mère. C'est une privation réelle, un trou où il n'a aucune place. C'est cette part du désir de l'adulte que l'enfant repère, mais dont l'adulte n'arrive pas à lui parler. C'est quelque chose qui prend sa mère de façon irrésistible, l'accapare, tellement fort qu'elle ne peut en parler à son enfant. Et l'enfant en est totalement exclu puisqu'il n'a même pas accès à une présence symbolique par la parole, dans cette part du désir de sa mère. Cela entraîne chez lui, une angoisse du trou, du laisser tomber. Ces temps d'absence de la mère, d'absence du regard de la mère, l'angoissent.

Alors l'enfant se tourne vers un recours qui est le père imaginaire, père auquel il attribue un savoir qui pourrait le rassurer sur ce moment de chute qu'il ressent dans le désir de sa mère, lors de la privation. C'est à ce père, que l'enfant attribue son explication du désir de la mère, qu'en fait il invente lui-même, s'imaginant des histoires et mettant des mots. Il constitue son fantasme qui peut se structurer selon le fantasme névrotique ou selon le fantasme pervers.

Le film ne nous dit rien sur un avant de l'histoire de Bad Lieutenant, qui pourrait présupposer d'un quelconque diagnostic. On peut effectivement penser à la perversion. Le pervers fait l'économie d'une demande d'amour puisque le fétiche qu'il a inventé l'en dispense. Dans la perversion le symptôme est satisfaisant (du latin satis = assez), et supplée aussi à l'absence de rapport sexuel. Bad Lieutenant trouve cette satisfaction au travers de l'alcool, de la drogue, que l'on pourrait repérer ici comme étant un objet factice mais qui a un effet sur le corps, qui crée la jouissance. Il y a chez lui une avidité orale boulimique, d'un objet qu'il ingère et qui lui ferait faire l'économie d'une demande d'amour.

Cependant nous verrons dans ce film, qu'il existe quand même une demande d'amour. Nous pourrions plutôt situer Bad Lieutenant du côté de l'obsessionnel, en rajoutant qu'il a des tendances perverses. Bad Lieutenant est flic. Il se raccorde à cette "version" du père imaginaire, version de l'énigme du désir de la mère dont il est privé ; être flic comme seule version. Il met en jeu cette "père-version", sans arrêt, dans un engagement impossible, qu'il ne peut tenir ni côté de la loi (il est un flic qui transgresse), ni du côté de la mafia (il doit de l'argent qu'il ne peut payer). Sa quête d'être

aussi satisfaisant qu'aimé dans le regard de l'Autre, est frappée d'une impossibilité qui est celle de l'obsessionnel, à savoir celle d'une demande d'Amour impossible.

**A court d'argent, Bad Lieutenant
va s'adresser à une victime
qui a été sacrée Grand Autre maternel**

Tout au long du film, nous avons affaire à une espèce d'acting out : il met en acte, en scène, un jeu dangereux que rien ne vient arrêter. Tout pourrait continuer ainsi dans cette impossibilité, ce défi permanent aux figures paternelles que sont le flic et la mafia, défi qui est aussi un appel. Il côtoie sans arrêt ces pères imaginaires avec lesquels il est en relation constante, avec la loi légale et la loi mafieuse.

Tout aurait pu continuer ainsi s'il n'y avait eu cette enquête sur le viol d'une religieuse, avec à la clé les 50 000 dollards de récompense pour la capture des agresseurs. Une scène assez édifiante est consacrée au questionnement de notre flic sur la raison du montant élevé de cette prime. Il demande à ses collègues :

"- Pourquoi cette victime vaut-elle tant, alors qu'il y a des centaines de femmes qui se font violer?"

- Mais c'est une religieuse?"

La victime est sacrée toute puissante, Grand Autre maternel inviolable. Et nous savons que cette soeur connaît ses agresseurs, et que Bad Lieutenant, à court d'argent, a besoin de cette prime pour rembourser impérativement sa dette à la mafia, sous peine de mort. Il va s'adresser dans l'église à la soeur, pour qu'elle lui donne les noms de ses agresseurs.

**Par sa parole folle, "il faut pardonner",
la soeur en position de Grand Autre,
porte atteinte à la construction défensive
de son interlocuteur**

La soeur refuse. Surpris par cette attitude de la victime, Bad Lieutenant lui demande :

-Vous ne voulez pas leur faire payer ce qu'ils vous ont fait?

- Je leur pardonne...

- Mais, en avez-vous le droit?"



Face à cette soeur que l'on peut voir là comme un substitut maternel, c'est le trou, c'est la réactualisation aiguë du mécanisme de la privation. Il est complètement effondré. Ce Grand Autre maternel est là. Elle ne le regarde absolument pas. Les mains jointes, elle regarde le Christ et pardonne à ses violeurs qui l'ont salement amochée. Vis à vis d'elle, il n'existe pas. Il pousse alors un immense hurlement...

Bad Lieutenant, avec cette enquête, tenait enfin l'occasion de réparer son expérience de la privation. Il pouvait se valoriser dans le regard de sa mère en étant le bon flic qui donne justice. Il serait enfin dans le regard de cet Autre, dans la possibilité de se voir aussi satisfaisant qu'aimé. Il aurait apporté à sa mère ce qui lui manque, il aurait comblé l'énigme de son désir et serait tout pour elle. Il a bâti toute sa vie sur "être flic", qui est ce par quoi il couvre son angoisse de la privation.

Il se heurte à un substitut maternel qui ne lui accorde aucun regard, à une mère symbolique qui ne lui dit rien et qui vénère une image (se positionnant là comme une mère de pervers) et qui le place dans un laisser tomber. Elle ne lui adresse aucune parole sauf une : il faut pardonner. C'est une parole folle qui dit qu'il n'y a aucune limite à la jouissance; Elle s'est fait violer et elle pardonne. Il n'y a pas de loi, pas de sanction. Elle, cet Autre, a pu accepter d'être livrée en pâture sans qu'il n'y ait aucun arrêt.

Avec cette loi de son idolâtrie à elle, il n'y a pas de version du père possible. Sa propre version, c'est le pardon, et cela va conduire Bad Lieutenant à la mort.

Devant un désir fou qui fait certitude pour l'Autre, le lieutenant perd son objet et c'est sa chute.

Cette parole folle va le conduire à s'identifier à elle dans un pardon : il va attraper les voyous et cela va être plus fort que lui ; il va leur pardonner et les relâcher. En faisant cela, il s'identifie à cet Autre qu'il aime, ayant mis cette femme dans une position de transfert. Comme elle, il va pardonner ; et il sait que ce pardon va le conduire à la mort. Tout est balayé, rien n'existe de sa vie, ni ses enfants, ni rien. Il se fait tuer.

Cette enquête, nous l'avons dit, était le moyen de rembourser sa dette à la mafia ; mais c'est aussi le moyen de tenir une interprétation du désir de la mère qui soit de l'ordre d'une version du père et vers le père, c'est à dire d'un père imaginaire. Et nous avons vu qu'il a bâti sa vie sur cette quête. Au lieu de cela, il n'y a plus que le passage à l'acte et une identification folle

Juste après que la soeur, dans l'église ait ainsi parlé : "*il faut pardonner, Jésus Christ, Jésus Christ, Jésus Christ!*", était disparu, Bad Lieutenant se tourne vers Jésus Christ qu'il croit voir. Il hurle et lui crie : "*parle, parle!*". Evidemment ça ne parle pas. Ce père imaginaire qui pourrait dire quelque chose, ne dit rien.

C'est vraiment la mère qu'il voit là, une mère absolument sûre d'elle, qui ne se pose aucune question, pour laquelle il n'y a plus d'énigme, dans la folie de ce désir qui est pour elle une certitude. La solution, elle l'a. Et cette solution folle, autorise la jouissance, ne met aucune barrière. Cela est ravageant pour Bad Lieutenant. Celui-ci dans cette angoisse, dans ce trou dans lequel il chute, dans cette église, souffre énormément.

Il se pose la question : " Qu'est-ce qu'elle veut?" On peut penser que c'est elle qui détient le phallus mais elle ne peut pas lui en donner les clés. Cet objet que Bad Lieutenant se fait dans sa déchéance, ce "rien", qu'il a inventé lors de l'expérience de

privation de son enfance comme supposé relever du désir de l'Autre, est définitivement perdu, n'a plus sa raison d'être. Elle est dans la toute puissance phallique et lui, est dans un impossible radical qui fait s'écrouler sa version imaginaire du père.

Le père imaginaire ne s'incarne pas, le père réel ne répond pas

Lacan dit, en parlant du père imaginaire : "*Que veut dire ce que doit être un père imaginaire qui pose définitivement l'ordre du monde, à savoir que tout le monde n'a pas de phallus? C'est facile à reconnaître, le père imaginaire : c'est le père tout puissant, c'est le fondement de l'ordre du monde dans la conception commune de Dieu, la garantie de l'ordre universel dans ses éléments réels les plus massifs et les plus brutaux. C'est lui qui a tout fait*".

Et effectivement Bad Lieutenant ne comprend plus, ce n'est plus l'ordre du monde, mais le chaos le plus total. Qu'il soit flic et qu'il veuille retrouver ces agresseurs, cela n'intéresse pas du tout la soeur. Il s'écroule physiquement comme s'est écroulée sa version du père. Dans cette scène où se rejoue pour lui l'étape de la privation, il tombe à genoux et implore, injurie Dieu pour qu'il lui réponde. Mais il ne parle pas. Sa construction imaginaire avec cette version imaginaire du père sur le désir de la mère, s'est écroulée. Il se tourne vers la parole d'un père réel qui le ferait accéder à la castration symbolique. Mais il n'y a pas de parole de ce père.

En conséquence, il va s'identifier à ce moment là, à ce Grand Autre qui pardonne. La non réponse de Dieu précipite le Sujet dans un passage à l'acte que nous allons voir, faisant passer dans le Réel, l'impossibilité de son désir.

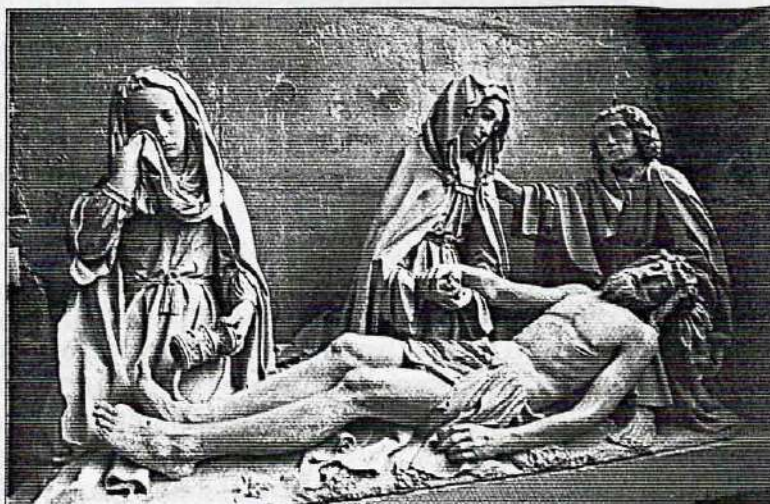
Une force irrésistible le contraint à libérer les violeurs, à leur pardonner... et à mourir

Par un concours de circonstances, Bad Lieutenant retrouve les agresseurs dans une cave, leur passe les menottes et les emmène. On pourrait effectivement penser qu'il les emmène au poste. Durant le trajet, il est partagé. Il les menace avec un revolver, a envie de les tuer, et en même temps n'arrête pas de leur dire : "*Mais pourquoi, pourquoi vous a-t-elle pardonné?*". Il est confronté à cette énigme inexplicable. Il ne les amène pas au poste mais à une station de bus en partance vers une autre contrée. Il leur enlève les menottes et leur dit : "*si vous pensez pouvoir rater ce car, vous vous gourrez salement*". Il les frappe, les pousse vers le car.

Cette phrase peut s'entendre également ainsi : "*je ne peux plus envisager, à l'instant présent, de les livrer à la police, de toucher la prime, de payer la mafia et de m'en sortir*". C'est comme quelque chose qui est plus fort que lui, à savoir le refus d'un choix conscient entre la castration et la mort, entre le renoncement à être le phallus de la mère, et la mort. Et ce refus de choix, c'est très souvent le passage à l'acte.

Il part, et nous arrivons à la dernière scène du film. Il est dans sa voiture, se fait descendre par la mafia, et meurt.

Comme je vous l'ai dit en début d'exposé, pour Martin Scorsese, ce film est l'un des plus grands sur la rédemption. Au cours de cette scène finale, lorsque Bad Lieutenant laisse partir les agresseurs, il y a de sa part une unique et ultime demande d'amour, amour qu'il souhaite obtenir par son sacrifice, dans le regard de ces hommes. Il préfère cette image rédemptrice à sa vie.



**La soeur était en position de mettre au travail
la question du désir, chez son enquêteur ;
au lieu de cela elle met en avant sa certitude**

Jusqu'à cette rencontre avec la soeur violée, il parvenait à vivre sa vie d'obsessionnel. Tous ses engagements viraient à l'impossible : que ce soit son premier divorce, la seconde femme avec laquelle il vit et à laquelle il consacre très peu de temps, ses enfants qu'il assume mais avec lesquels il n'accroche pas vraiment, son rapport à la loi qui oscille entre être du côté du flic ou du côté de la mafia. Il arrive à animer cet impossible, à le gérer en quelque sorte, bien que nous constatons au début du film, que ce dernier le mène tout de même à une impasse. Mais on peut imaginer qu'il trouverait une solution pour racheter ses dettes à la mafia et peut être arrêter un peu cette dérive, cette déchéance.

La rencontre avec cette soeur, arrive à un moment particulier pour Bad Lieutenant. On peut penser que la parole de cette religieuse prend une telle importance car elle est équivalente à la parole qu'un analyste aurait pu avoir. Lorsqu'il va démarrer son enquête, Bad Lieutenant en est arrivé à un point, s'est mis dans une situation telle qu'elle pose question au Sujet. S'il y avait eu à la place de la soeur, une analyste, il aurait pu s'interroger, introduire de lui même un arrêt à cette dérive, à cette déchéance. La mettre en question, il en était capable; il aurait pu être prêt pour cela.

Mais à la place de cette parole qui aurait pu lui permettre de se questionner sur son désir (pourquoi il transgresse, que fait-il là?), alors qu'il est dans une authentique demande, il entend une parole folle qui ne porte aucune question, qui met au travail une certitude. La soeur est dans la certitude du pardon, dans une certitude absolue qui n'introduit aucune question. C'est cela qui est ravageant pour lui, à ce point où il aurait pu questionner son désir.

Ce qui n'est pas symbolisé, revient dans le Réel, et le tue

Avant cette rencontre avec la soeur, il y a eu cet échange avec le dealer qui lui dit, à lui le lieutenant de police : *Ne continue pas comme ça, sinon tu vas mourir*". Quelque chose aurait pu se reprendre dans un dialogue avec un père qui lui dit : où vas-tu? Tu vas à la mort.

Nous voyons que ce policier plutôt qu'un toxicomane, est un obsessionnel qui est dans la série, la collection, dans cet impossible qu'il met désespérément sur le tapis. Il en est ainsi de ses relations avec les prostituées qui sont de l'ordre de l'impossible puisqu'elles ne sont qu'une relation d'argent. Nous connaissons les ravalements de la vie amoureuse de l'obsessionnel, dans laquelle son désir ne peut s'exprimer que lorsque le rapport est impossible.

Dans ses transgressions, Bad Lieutenant, cherche inconsciemment quelque chose de la sanction, quelque chose de l'ordre de la loi qui le ferait renoncer à être ce qu'il se fait pour avoir l'Amour de l'Autre, un père qui lui permet de symboliser la sanction, de renoncer à cet Amour impossible, d'aborder la castration symbolique. Il recherche la loi symbolique. Faute de la symboliser, elle lui reviendra dans le réel de la mort. Lacan dit que ce qui n'est pas symbolisé "revient dans le Réel où ça cogne". Ca cogne et ça le tue.

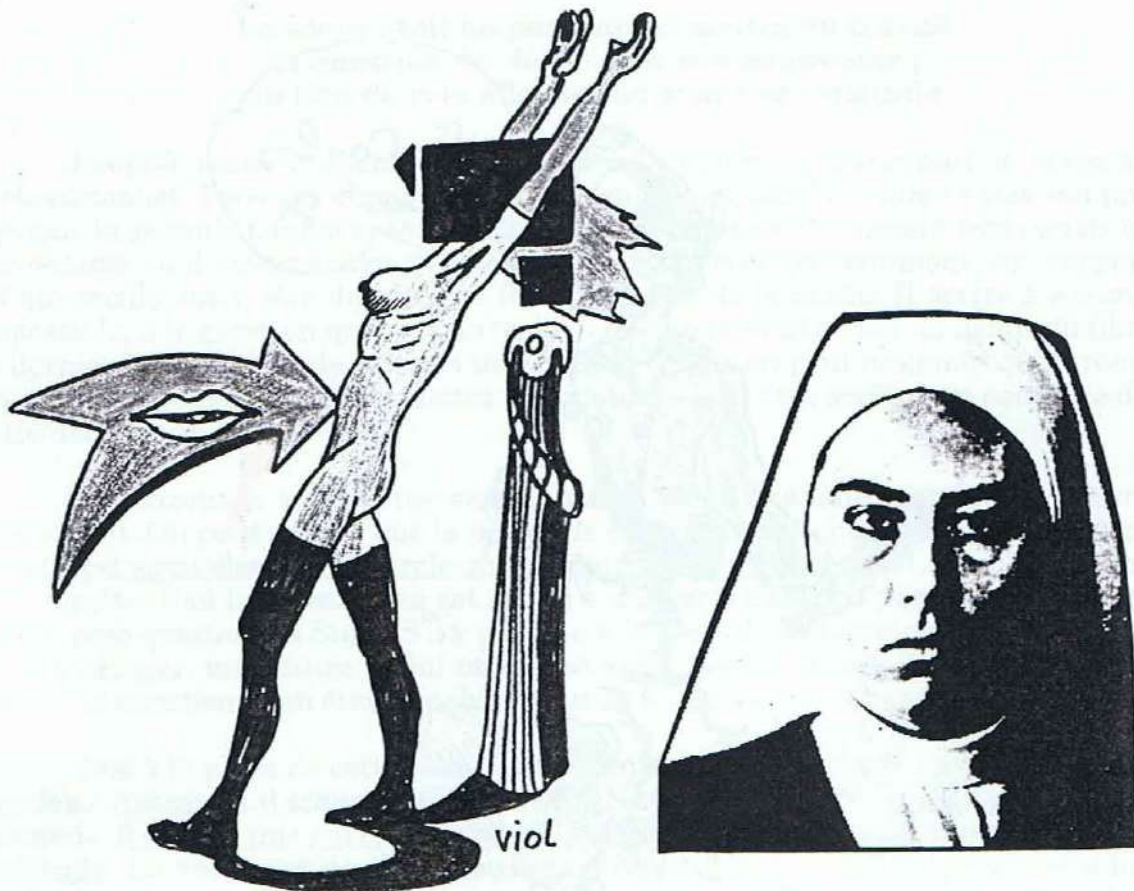


"On peut violer la mère !"

Bad Lieutenant, à côté de ces prostituées avec lesquelles la relation est de l'ordre de l'impossible, a cet amour pour une femme idéalisée qui représente la mère, qu'il rencontre avec la soeur.

Dans son premier contact avec la soeur, il est quasiment en position de voyeur : il pénètre dans le bloc opératoire pendant l'expertise gynécologique, et il entend énumérer les différentes lésions. Il y a avec cette scène, une rupture dans le rythme du film. Il y a passage d'un rythme effréné à un rythme qui devient extrêmement lent. Il entend l'énumération, il se rend compte qu'il est dans une position de voyeur, il se retire. Elle, ne le regarde pas.

Bad Lieutenant dans cette situation de proximité, n'est pas insensible, lui qui a vécu au milieu de ses propres transgressions, à la réalité d'une jouissance : *"Il y a une jouissance du viol de la mère !"* Et lorsqu'il rencontre pour son enquête la soeur, et que celle-ci répond qu'il faut pardonner, il l'entend cautionner cette jouissance : *"On peut violer la mère !"* La jouissance inconsciente qui jusqu'à présent a sous tendu ses transgressions, est confirmée. Elle l'est par cet Autre maternel même qui a été violé dans le Réel.



**Faute d'accès au père symbolique et au père réel,
Bad Lieutenant fait le pari d'un père imaginaire
qui prend toute la place,
ce qui le conduit du père au pire**

Martin Scorsese fait une lecture mystique, en disant que "Bad Lieutenant" est un film sur la rédemption. Il faut en passer par là pour être pardonné. Cela se passe de la même façon que Jésus Christ sur la croix, qui d'ailleurs interpellait ce père : "Pourquoi m'as-tu abandonné?"... Sans réponse, non plus.

Face à cette soeur en position d'Autre maternel violé, et à son phallus puissant dans sa certitude, Bad Lieutenant retrouve un père imaginaire, Dieu, qui ne répond pas et devient un père imaginaire réel dans la mort.

Cela est tout le contraire de l'issue par la castration symbolique qui associe le père symbolique au père réel. Rappelons nous l'exemple clinique de Freud : le petit Hans. Le père du petit Hans vient parler à son fils. Il est un père qui interroge le vécu de son fils et l'amène à en parler, qui n'a pas de solution à lui imposer. Il lui réintroduit donc du père symbolique, à savoir le jeu du Signifiant, dans un dialogue où il accepte que ça fasse question. Et en même temps, il est un père qui intervient réellement en prenant le temps pour son enfant, de ce dialogue. Il a une présence réelle.

Lacan souligne quelle position a occupé Freud, pour permettre cela. Freud dit au petit Hans : "*De tout temps, je savais qu'un jour un petit garçon viendrait me voir, qui aurait des problèmes avec sa maman*". Le petit Hans s'exclame : "*C'est le bon Dieu qui parle !*". Freud incarne carrément le bon dieu, celui qui savait tout de tout temps, qui avait tout prévu. Lacan est étonné de la facilité avec laquelle Freud se met dans cette position de père imaginaire, de celui qui a toujours su. Mais ce père imaginaire là, se contente de ne voir le petit Hans, époustoufflé, qu'une seule fois. Ce que sait Hans : c'est que Monsieur, ce bon dieu, commande son père auquel il dit de parler avec lui, de discuter avec lui, est celui qui autorise et stimule le dialogue qu'il a avec son père. C'est tout.

Freud est le bon dieu inaccessible dans les cieux, qui lui a parlé une fois et qui stimule ce dialogue. Là, le père imaginaire se cantonne à remettre en selle du père symbolique et du père réel.

Au contraire dans le film, le père imaginaire prend toute la place, puisque ce Dieu auquel le pardon est donné, devient envahissant. Bad Lieutenant en viendra à incarner lui-même ce pardon, pour faire appel à ce père imaginaire. Il le fera dans l'absence totale de père réel et dans la nullité du père symbolique par défaut de dialogue. En effet le dialogue s'arrête très vite et se termine par un hurlement... et une hallucination : il croit voir le Christ dans l'église ; et quand il se remet de son trouble, il se retrouve aux pieds d'un pauvre noir qui rentrait dans cet édifice . Après ce contact complètement fou avec ce grand Autre maternel qui invoque un père imaginaire absolument tout puissant, il est dans une hallucination visuelle. S'il avait été un psychotique, il aurait à ce moment là entendu parler. Mais il n'est pas psychotique, il appelle que ça parle et rien ne vient.

Ce père imaginaire qu'il appelle pour arrêter ses transgressions, qu'il convoque pour cela, par son silence devant l'énormité de la certitude de ce grand Autre, c'est une version qui le conduit à un passage à l'acte. Il y a une inflation de père imaginaire, poussée à l'absurdité, jusqu'au passage à l'acte.

Par ce pari sur le père imaginaire, Bad Lieutenant ne parie que du père au pire. Cet appel au père imaginaire, est le recours à l'idéal. Mais par ce dernier, il ne mise que du père au pire.

PSY - CAUSE III

RUBRIQUES

COURRIER DES LECTEURS

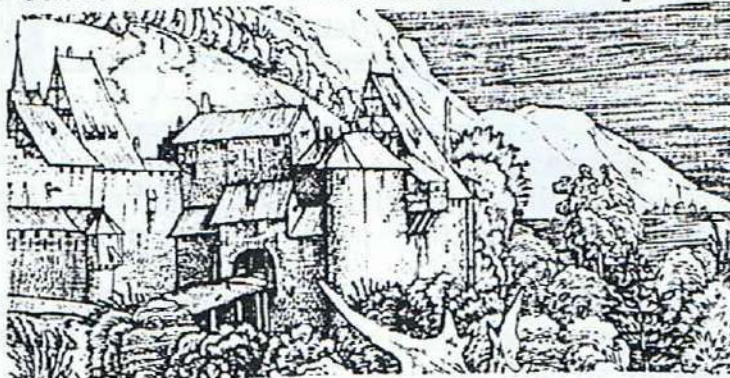
Bila Voda, le 28 septembre 1996

Je vous remercie pour les revues Psy-cause que je trouve très intéressantes. Pour le 3 octobre, je prépare un petit discours où je me souviens de mes expériences lors de mon séjour chez vous. Cet hiver j'essaierai de le traduire et de l'offrir pour votre opinion, à votre revue, si cela vous est utile.

Votre région est très belle et l'accueil très sympathique. J'espère avoir l'occasion de vous revoir.

Ivan GALUSZKA (1)

Réponse de la rédaction : C'est bien volontiers que la revue communiquera votre article à ses lecteurs. Psy-Cause s'efforce de favoriser les échanges entre les équipes de Provence et nos amis étrangers qui souhaitent créer des liens avec des professionnels de notre Région. Pour la troisième année consécutive, des stagiaires de la République Tchèque sont accueillis au Centre Hospitalier de Montfavet, actuellement originaires de l'Hôpital d'Opava, et proposent à Psy-Cause un texte sur leur établissement qui sera publié dans notre prochain numéro.



(1) Ivan GALUSZKA, Bila Voda 31, 790 69 République Tchèque

Avec ce texte de Didier BOURGEOIS, nous ouvrons une nouvelle rubrique : "Opinion". Son but est d'être un lieu de débat sur des thèmes de réflexion proposés par les lecteurs aux lecteurs. Si ce premier écrit suscite chez vous des réactions, des remarques, n'hésitez pas à les transmettre à la revue : nous ne manquerons pas de les publier dans le numéro suivant. Il en sera de même si vous souhaitez lancer le débat sur d'autres pistes.

L'opium, le valium et la ciguë

Cher Psy-cause,

Je souhaiterais, par ce "courrier", soumettre à la sagacité du lecteur la réflexion suivante, susceptible de stimuler notre logique de "professionnel de la psy", comme on dit!

Il ne reste, de nos jours, que peu d'acteurs de ce champ spécifique d'exercice qui ne soient impliqués dans une praxis colorée d'activisme volontariste (la rentabilité des soins) et de "course au pouvoir", seule résolution admise à l'équation infernale régissant les institutions humaines.

Les professionnels du psychisme ont depuis longtemps démonté et analysé les mécanismes complexes et inconscients ainsi que les ressorts personnels et collectifs de ces attitudes auto-destructrices .

Les tenants du psychanalyse se trouvent, autant que tout autre acteurs, englués dans ces processus aliénants et se trouvent inscrits, eux même, dans une action (psycho) thérapeutique concurrente et/ ou connexe à la prétention médicale de soigner et à la prétention administrative de gérer.

Parcelles de cette tautologie agissante qu'est une institution soignante, comment pourrions-nous goûter ou redécouvrir les vertus de la morale?

Les années 80 ont été celles des "traders", spéculateurs faiseurs d'argent facile, comme les années 50 furent celles des Savants parfois désarmants d'"inconsciences" à la "Folamour", les années 60 celles des Architectes, bâtisseurs d'empires, les années 70 celles des "Psy, sondeurs d'âmes" et les années 90 seront certainement ,à voir la tournure que prennent les choses, celles des Juges!!

Par un prévisible retour de balancier, bientôt, et pour de multiples raisons, la Justice sera critiquée, en tant qu'Institution et peut être, dans la foulée, en tant que concept. L'Institution Judiciaire demeure par ailleurs aisément criticable dans son fonctionnement vis à vis des justiciables que nous sommes tous.

Pour en revenir au champ spécifique de la psychiatrie dans notre pays, cette discipline, enrolée de force dans le traitement social de la crise, ne manque pas de juges, qu'ils jaugent nos dépenses (les "ordonnances" portant réforme de la sécurité sociale) ou qu'ils sanctionnent notre rapport professionnel à la Loi (la condamnation du Dr Chouraqui dans l'affaire du Mans ,1994) .

Elle ne manque pas d'Architectes (les planifications se succèdent et donnent assez peu de résultat, finalement, restant engluées dans leur rapport au politique), ni de Savants, (c'est une discipline active!) et encore moins de *Psyquelque* choses!

Récemment se sont ouverts des cabinets privés de philosophie, ce qui offre des perspectives à la réflexion:



S'il s'en est créé c'est que cela manquait! C'est par accident de l'histoire, fruit de la coïncidence chronologique de leurs élaborations propres en tant que corpus, que psychologie, sociologie et psychiatrie se trouvent si intimement liés dans les approches actuelles de la souffrance mentale, succédant aux approches religieuses qui régnaient en maître jusqu'alors. La philosophie, antiquissime activité mentale humaine, moins centrée intrinsèquement sur l'individu ou les sociétés d'individus, appelle d'autres concepts et d'autres niveaux logiques que ceux utilisés par les psychosociologies contemporaines.

Ce qui fait défaut, actuellement, à notre société et donc à la psychiatrie sociale, science humaine par excellence, serait donc ce décalage revigorant, désinstitutionnalisé, réintroduisant certains concepts moraux.

La dissolution institutionnelle des psychologues, en tant que corps professionnel (qui a pu jouer un temps ce rôle avant d'être rattrapé par le statut, revendiqué à juste titre par ailleurs, de thérapeute) est à cet égard exemplaire.

Les courtes leçons de morales dispensées par les instituteurs d'autrefois avaient ce subtil goût d'acte gratuit, (de "supplément d'âme" pourrait-on dire si l'on ne craignait pas d'offenser les partisans de l'école publique), redevenu indispensable à notre époque pragmatique de DSM IV, et complémentaire au culte de la Logique (même si on admet maintenant que celle-ci puisse être plurielle).

Les fous du roi, il y a plus longtemps encore, jouaient ce rôle impertinent et salvateur auprès du pouvoir. **Manquerait-on de fous en psychiatrie!!!**

L'introduction de la fonction de psychologue dans les institutions avait un sens autrefois lorsque les notions psychologiques, alors récentes, n'avaient pas encore pénétré les mentalités mais maintenant, le moindre recruteur de l'ANPE connaît Freud, le moindre flic a lu Dolto voire Durkheim, et la psychosociologie s'est dissoute par une victoire à la Pyrrhus puisqu'elle infiltre la société tout entière.

Laissons donc les psycho sociologues digérer leur victoire et ressuscitons le **fou** disparu! On parle beaucoup d'éthique dans les "Trés Hauts Comités" mais ce concept philosophique ne serait-il réservé qu'à l'Elite et ne servirait-il en fin de compte qu'à masquer bien des renoncements?

Et si nous invitions la philosophie dans nos services psychiatrico-psycho-sociaux?

Elle serait apte à nous évoquer la Caverne de Platon et le Banquet de Socrate, Kant, Spinoza, Marx et les autres; apte à nous décoller un temps de notre pratique garottée de notions affolantes: rentabilité, individualisme, pouvoir, survie de l'institution qui nous abrite, apte à nous faire réfléchir au quotidien, sur des notions importantes oubliées dans l'action.

Les "gens en souffrance" qui forment l'essentiel de notre clientèle, nous livrent leur Ego, leurs Humeurs, leurs Angoisses et leurs Pulsions. Et s'ils parlaient Valeurs, Sacré, Intuition, Raison, Morale, Vérité, Justice, Savoir... s'en porteraient-ils plus mal?

Pourrait-on imaginer des Consultations de Philosophie, (bientôt des consultants en Philosophie), comme si la Ciguë devenait un médicament de l'âme!

Et si, autocritiques, nous abandonnions, dans notre pratique, les rivages nauséabonds du traitement psychosocial de la crise avec vue normative à court terme, et retrouvions les voies de la **Sagesse**, dépassant la "**Psychiatrie, Valium du peuple**", et tendant vers un abord **Sophiatrique** moins désadapté aux enjeux et aux mécanismes de notre époque et à la spécificité de l'humanité?

Dr Didier BOURGEOIS
Psychiatre des Hôpitaux
Centre Hospitalier de Montfavet

ACTUALITE SCIENTIFIQUE LOCALE

Jean-Paul BOSSUAT
Médecin Chef de Service⁽¹⁾
Secteur Chateaurenard, Saint Rémy de Provence

Digne, le 14 juin 1996 : L'hébergement thérapeutique

Organisée sous l'égide de la coordination régionale Provence-Alpes-Côte d'Azur, de la fédération nationale des Associations de Croix Marine, et dans le cadre du Centre Hospitalier de Digne, cette journée d'étude est une initiative de l'Association des Amis de la Tour dont le président est Richard GRAZIANO, Praticien Hospitalier du secteur sud des Alpes de Hautes Provence.

Christian COSTARD, Médecin Chef de ce secteur sud (secteur de Manosque), ouvre cette journée par un historique des appartements à l'Hôpital de Digne. Il insiste sur le rôle de l'Association des Amis de la Tour, créée en 1959 pour gérer les ergothérapies et la vie sociale dans l'établissement, et qui a ouvert les deux premiers appartements associatifs en 1979-1980. Cette association gère actuellement l'ensemble de ce type d'appartements, pour toutes les Alpes de Haute Provence.

Trois formules coexistent dans ce département, pour l'accompagnement des patients au niveau d'un hébergement :

- La villa thérapeutique, formule proche de l'appartement thérapeutique et cogérée par l'Hôpital de Digne et l'Association des Amis de la Tour.

Cette structure d'hébergement thérapeutique dont il existe plusieurs exemplaires dans le département des Alpes de Haute Provence, est pour des malades qui sont alors pris en charge durant la journée dans des hôpitaux de jour. Le soir, des infirmiers peuvent assurer une présence et une aide dans la villa.

- L'appartement associatif géré par l'Association des Amis de la Tour.

- L'accompagnement dans un logement normal.

Le temps fort de la matinée, est un film vidéo dans lequel les malades ont la parole. Il s'agit de l'interview des premiers patients ayant bénéficié, certains après 20 ans à l'hôpital, d'appartements ou de la villa thérapeutique. Ces patients racontent dans le film, les difficultés rencontrées et cette expérience qui a changé leur vie.

(1) Secteur 27, Centre Hospitalier, 84143 Montfavet Cedex, 04. 90.03.92.76

L'après-midi est consacré à une réflexion au sein de divers ateliers. Une équipe de Gap apporte son expérience sur l'utilisation d'appartements gérés par l'Hôpital qui perçoit directement les allocations logement et ne demande à la personne, que le versement d'une petite participation. Pour ces soignants, ce logement thérapeutique est un outil dans lequel le soin est au premier plan : *"Le soin domine la prise en charge du patient à travers l'outil-logement"*. Mais, s'interroge une autre équipe soignante, *"nous sommes confrontés à la difficulté d'être le garant des règles que tout locataire doit contractuellement respecter, et d'être en même temps un soignant"*.

Un atelier est animé par Monique DECEZE, éducatrice chargée par l'Hôpital de Digne, de la recherche des appartements en vue d'un hébergement thérapeutique ou associatif. Elle gère les loyers de ces appartements. Elle anime des réunions avec les différents secteurs (deux secteurs de psychiatrie adulte pour les Alpes de Haute Provence, nord et sud). Cet atelier analyse l'utilité et la difficulté de réalisation des baux glissants qui consistent à passer d'un bail entre le propriétaire et l'association, à un bail entre le propriétaire et la personne, l'association se retirant lorsqu'il n'y a plus de soin. Cela est difficile à réaliser compte tenu des réticences des propriétaires.

Pour toute information complémentaire sur l'hébergement thérapeutique dans les Alpes de Haute Provence, il est possible de contacter l'Association des Amis de la Tour au 04.92.32.23.72



Bagnols sur Cèze, le 14 juin 1996 : toxicomanie et délinquance

Depuis quelques mois, des travaux pluridisciplinaires se déroulent à la mairie de Bagnols sur Cèze sur le thème de la toxicomanie. La réunion de juin a regroupé la mission locale d'insertion, des élus de la mairie, diverses associations du canton, un commissaire de police, des assistantes sociales, un infirmier du Centre Médico Psychologique de Bagnols sur Cèze (secteur 6 de psychiatrie générale du Gard).

L'un des éléments moteurs de cette réflexion, est l'association "Riposte", présidée par un médecin généraliste de Bagnols sur Cèze, créée fin 1995, et dont l'objet est de fédérer l'ensemble des acteurs qui interviennent dans le champ de la toxicomanie. "Riposte" participe à un travail de définition des interlocuteurs possibles et de leur champ de compétence. Elle s'inscrit dans un projet de réseau sur le modèle du réseau ville-hôpital. Elle favorisera la recherche et la formation de ces interlocuteurs.

Cette réunion de juin à la mairie répond globalement à deux grands objectifs : *"définir la prise en charge du toxicomane à partir du champ social et du champ thérapeutique, ainsi que de mettre en place un travail de recherche sur la toxicomanie"*.

Mais il ne s'agit là que d'une première étape. L'équipe de psychiatrie, en particulier, est partie prenante pour un élargissement de la réflexion vers la constitution éventuelle à Bagnols sur Cèze d'un comité de prévention de la délinquance, sur le modèle du comité intercommunal de prévention de la délinquance qui est prêt à fonctionner et qui associe 12 communes du canton d'Uzès. Ces comités ont pour point de départ des élus des communes qui cooptent des techniciens sociaux, médicaux, paramédicaux, associatifs. Le préfet coopte de même des membres, à parité. Des fonds sont prévus pour financer les projets du comité, dans le champ de la prévention de la délinquance au sens global. "Riposte" participerait par son apport technique, à ce futur comité de Bagnols sur Cèze; de même le CMP.

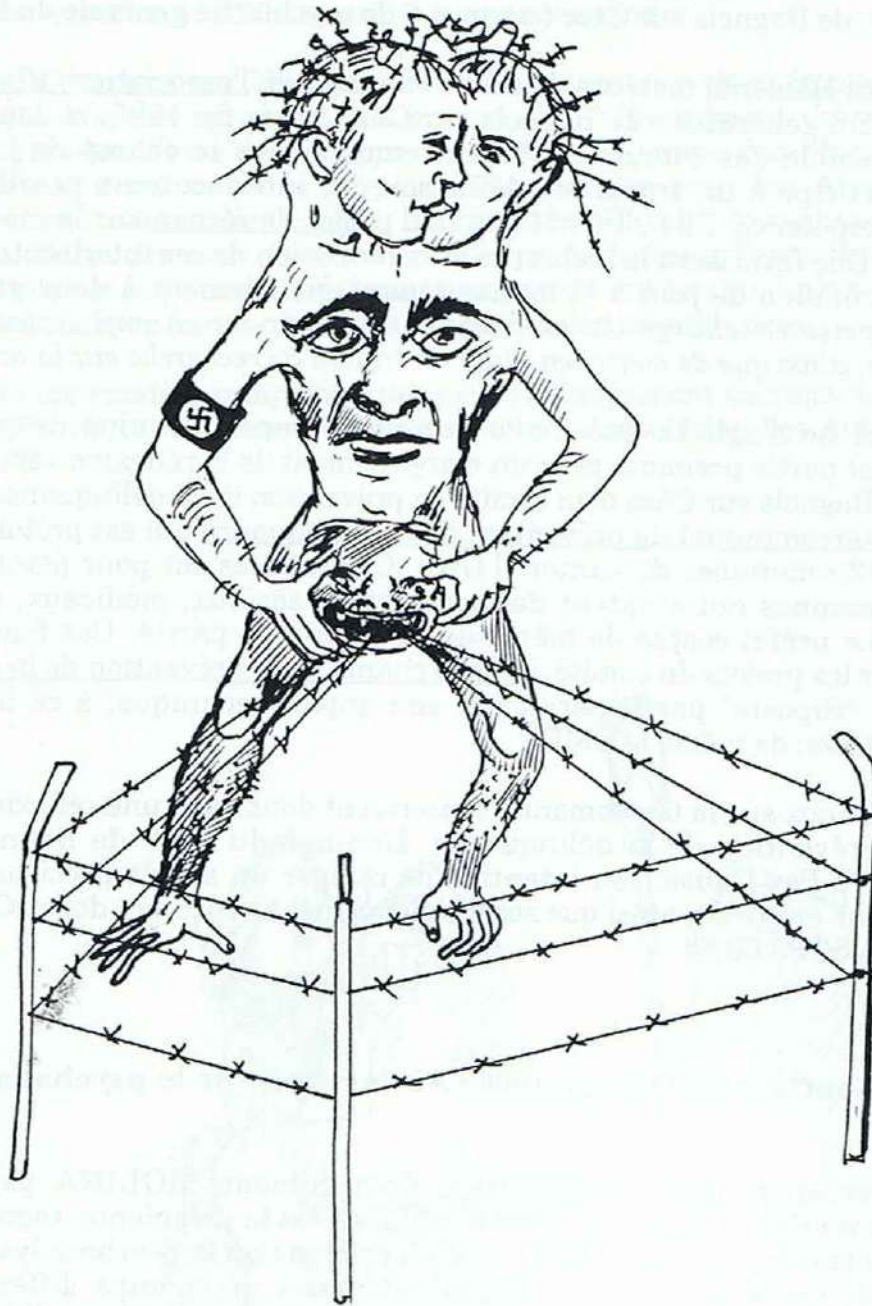
Ces travaux sur la toxicomanie, s'inscrivent donc dans une réflexion plus globale, celle de la prévention de la délinquance. L'équipe du CMP de Bagnols sur Cèze a communiqué à Psy-Cause, son intention de rédiger un article précisant et détaillant cette démarche originale, ainsi que ses développements. A suivre donc...CMP de Bagnols sur Cèze : 04 66 89 00 82.

Montfavet, le 22 juin 1996 : Au carrefour de la psychanalyse

L'association Point de Capiton, dont Simone MOLINA psychanalyste et psychologue au Centre Hospitalier de Montfavet, est la présidente, regroupe au CHM le 22 juin, 120 participants dans le cadre d'un colloque où la psychanalyse est le point de rencontre, le point de capiton, entre des acteurs de champs différents : médical, philosophique, mathématique, artistique, social. Tel est d'ailleurs l'objet principal de cette association créée en 1989, qui relance cette année une nouvelle dynamique après 18 mois de mise en veilleuse de ses activités.

La matinée de ce colloque, introduite par Gérard MOSNIER Directeur du CHM, et présidée par Carole HEZINSKI Psychanalyste à Avignon, ouvre le débat avec l'intervention remarquée de Francine BEDDOCK Psychanalyste et maître de conférence à Nantes.

A partir des écrits de Klaus Mann (fils de Thomas Mann), elle s'interroge sur la manière dont le langage peut être perverti. Cet écrivain allemand, après le Nazisme, a critiqué et renié sa langue maternelle et s'est mis à écrire en Français. D'où la question de l'existence d'une langue pure.



Simone MOLINA fait écho à cette question par son intervention. Elle reprend cette remarque de Lacan : "*Je suis semblable à celui qu'en le reconnaissant comme homme, je fonde à reconnaître comme tel*". Cela ne va pas de soi car toute institution humaine produit du dogme, lequel est un déni de la parole subjective. Et lorsque le dogmatisme est conjugué avec la politique, c'est une mise à mal de la loi symbolique, celle qui indique qu'une loi commune existe, dont nul ne peut être le créateur.

Or en France, ce dont a été victime Klaus Mann, peut se reproduire. Elle illustre son propos par son constat : "*Le Pen se veut le créateur du langage. Il y a une tentative de l'extrême droite, de vouloir être le maître du langage en ayant un pouvoir absolu sur les mots à employer ou non. Cela éclaire sur la place symbolique que peut prendre un chef de parti*".

C'est d'ailleurs au titre de son engagement personnel, que Simone MOLINA participera activement au débat organisé à Carpentras sur la montée de l'extrême droite, le 29 juin ; débat animé par le politologue Olivier Duhamel et par Guy Konopnicki, journaliste à France Culture et auteur d'un livre, "les filières noires", qui dénonce les filiations institutionnelles et personnelles du Front National.

L'après-midi de ce colloque à Montfavet, est consacré à des expériences concrètes sur le terrain.

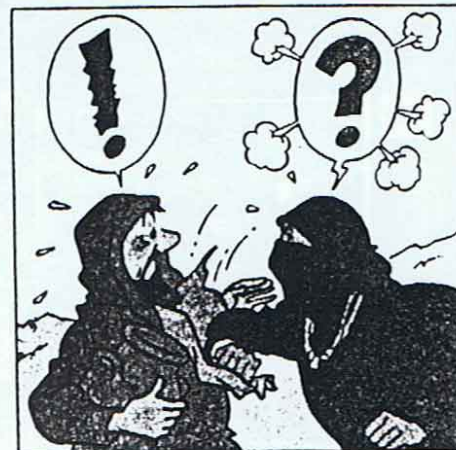
La directrice de la MJC d'Apt, Hélène BROGNIART, le comédien Christian LUCCIANI, et l'administratrice de la maison Bonhomme (dans laquelle est intégrée la MJC d'Apt) Chantal DELMAS font part d'une expérience de théâtre d'improvisation menée par deux équipes de jeunes entre 13 et 17 ans aux pratiques culturelles différentes : un groupe de lycéens et un groupe de jeunes des quartiers HLM.

René PANDELON, Médecin Chef du Secteur Cavaillon-Apt, apporte son témoignage de la prise en charge de psychotiques dans l'atelier d'art plastique Marie Laurencin au CHM . Donner la possibilité à des patients d'accéder à un processus de création, cela est peut être "*l'avenir de la psychiatrie*".

Véronique THEPOT, médecin alcoologue au centre d'alcoologie Parisien "Cap 14", expose sa pratique de dix années, d'un atelier d'écriture individuelle et collective.

La création artistique a été au coeur de cette journée. Ainsi les participants au colloque ont pu admirer les collages du poète Antoine Graziani (exposition de la galerie Lagier), entendre des textes poétiques et de prose écrits par des patients et lus par Pierre HELLY, infirmier responsable au CHM, du théâtre de l'Autre Scène.

Omar LEKLOUM, après la projection de son film "Rachid Boudjedra" dont le sous titre est "itinéraire d'un écrivain", d'un écrivain Algérien, explique et commente sa réalisation. Ce film est un tricotage entre l'histoire politique de l'Algérie et l'histoire personnelle du héros marqué par la répudiation de sa mère, qui va le jeter dans l'écriture et faire de lui un écrivain... de langue Française. Vers la fin du film, Rachid Boudjedra passe de l'écriture en langue Française à l'écriture en langue Arabe. La question posée par le film est celle-ci : qu'est ce que l'on exprime dans deux langues différentes?



La question de la langue et du langage est au coeur de ce carrefour psychanalytique du 22 juin qui connaît un vif succès alors même que se déroule, le même jour, au palais des papes, une rencontre scientifique tout à fait exceptionnelle, à l'initiative de Michèle ANICET, fondatrice de l'Unité Mère-Bébé au CHM, et de Michel DUGNAT, pédopsychiatre, avec plus de mille participants ! (Pour ce congrès sur le monde relationnel du bébé, voir dans Psy-Cause n°3, pages 68 à 70).

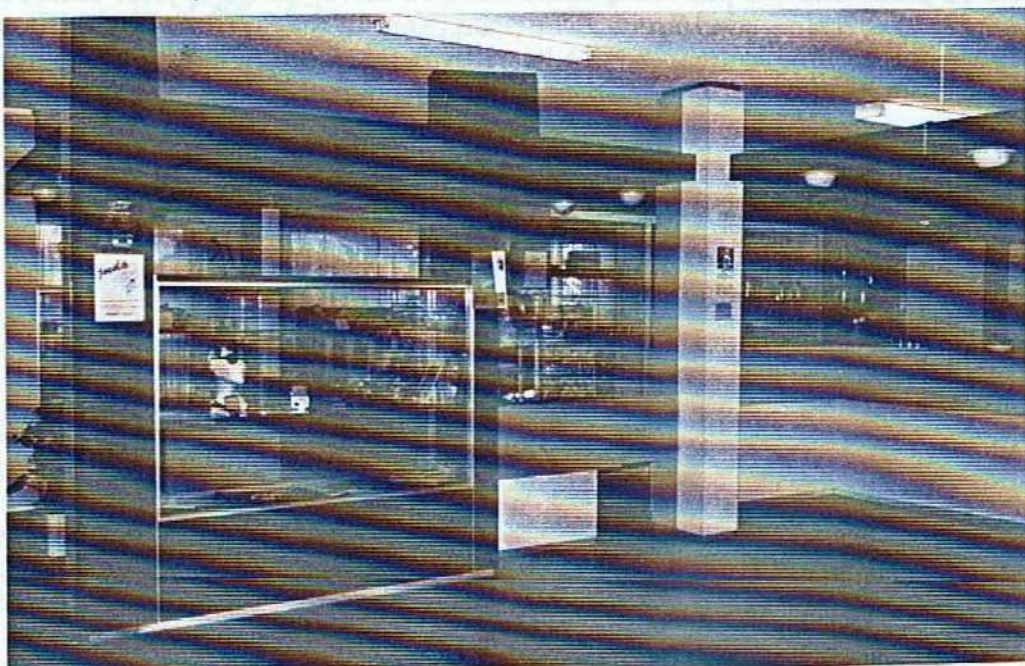
Montfavet, juillet 1996 : le Club Thiebaut

Ce club pris en charge par les 3^{ème} et 5^{ème} secteurs de Vaucluse, diffuse son projet de soins infirmiers. Un rappel historique permet de resituer la dynamique apportée par cette structure dans le Centre Hospitalier de Montfavet :

"L'existence du Club remonte au mois de juin 1966. Il est créé à l'initiative des Docteurs Madame et Monsieur THIEBAUX. Ces deux médecins chefs du CHM se sont inspirés du fonctionnement d'une unité installée au sein de l'hôpital psychiatrique de Saint Alban, précurseur des thérapies institutionnelles qui se nourrissent de conceptions tout à fait nouvelles pour l'époque. A l'ouverture de la structure, deux de ses membres sont venus tout spécialement de Saint Alban.

Au départ, les activités ne s'adressaient qu'aux pensionnaires des services de Madame et Monsieur THIEBAUX. Les patients venaient au Club accompagnés par le personnel soignant, ce qui l'impliquait au plan des projets, des objectifs, du fonctionnement de la structure (apport non négligeable de personnel). Les activités proposées (boutique, bar, jeux éducatifs, atelier peinture, chorale, ciné club avec débat, rédaction d'un journal, danses collectives) étaient gérées par un bureau distinct composé de patients et d'un infirmier. Ce dernier tenait le rôle de maître de séance... Les réunions se tenaient à raison d'une fois par semaine".

A partir de 1989-1990, l'évolution des méthodes de soins et de la population du CHM (séjours plus courts, plus de prises en charge dans l'année), ont amené une mutation des activités. Celle-ci conduit à plus de prises en charge à caractère individuel, plus d'activités pour des patients de tous les secteurs, plus de formations individuelles à la prise de responsabilité dans la gestion des boutiques par les patients.



"Le Club accueille en moyenne 120 clients par jour qui dépensent en moyenne 20 Francs pour une recette journalière de 2 400F; Le développement commercial du Club est consécutif à la fermeture de la coopérative du personnel. A ce moment-là, l'administration nous a demandé de suppléer en partie à l'approvisionnement des patients en articles de première nécessité (petite alimentation, articles de toilette, cadeaux, etc...). Le Club est ouvert de 8h 30 à 11h 30 et de 13h à 16h 30". Les jours de fermeture, est organisée une participation aux permanences à la cafétéria.

Les activités (bar, boutique, tabac, activités physiques et sportives) s'adressent très largement à une population intersectorielle. Parmi ces activités, notons que l'UF escalade a ses locaux au rez-de-chaussée, ainsi que l'importance des activités physiques et sportives (VTT, randonnées, sports collectifs et séjours). Le bar, la boutique et le tabac, sont situés au premier étage du Club, "employant" en moyenne 10 patients pendant les heures d'ouverture. L'emploi de ces patients a pour objet :

- une resocialisation par le contact obligatoire avec les clients,
- le respect des horaires : un contrat est passé avec le patient,
- une responsabilisation : chaque patient est responsable de sa caisse,
- une estime de soi, grâce à la reconnaissance du travail effectué,

Tout cela est bien sur supervisé par le personnel infirmier.

Le projet de soins infirmiers du Club trouve sa conclusion dans ces mots :

"A l'heure où l'infirmier psychiatrique est reconnu en tant qu'infirmier à part entière, et qu'il engage son avenir dans le sens de la spécialisation, il se doit de montrer qu'il est capable d'innovation, de responsabilisation, de compétence, d'ouverture, de réalisme".

C'est ainsi qu'un projet est actuellement en gestation : la mise en place d'un lieu de restauration, le midi, pour les patients et leurs familles, dans les locaux du Club.

Le Club organise le 18 octobre 1996 une manifestation pour fêter ses 30 ans.



Montfavet, le 26 juillet 1996 : De la démerde à la citoyenneté

Le mois de juillet en Avignon, est celui du festival auquel le Centre Hospitalier de Montfavet, comme chaque année, est associé. C'est dans ce cadre, que Jean-Pierre CHRETIEN- GONI, de la compagnie de théâtre Arcadin, anime le 26 juillet un débat, autour d'une table devant l'entrée du Club de l'Hôpital, qui regroupe une quinzaine de participants.

Le thème, "de la démerde à la citoyenneté", a pris tout son sens avec la présence de l'association REA (Rassembler, Entreprendre, Animer), association du quartier Apollinaire à Avignon. Son président, Karim ZERIBI, apporte son point de vue de représentant de la population concernée directement par le débat. Le quartier Apollinaire, séparé du quartier Montclar par la Rocade, compte 70 familles sur initialement 350, et aligne de grands immeubles aux nombreuses fenêtres murées donnant sur des rues sombres. L'association REA a été invitée à l'initiative de Véronique ESCAITH, infirmière dans le secteur 6, qui a créé durant le festival, un atelier de création vestimentaire organisant un défilé de 18 créations réalisées avec du matériel de récupération (carton, papier, fil électrique, moustiquaire, grillage etc...), et présentées au pavillon la Roseraie. Cet atelier a fonctionné en partenariat avec REA.

Un tour de table préliminaire, chaque participant se présentant, donne la composition du groupe présent au débat : l'animateur et un de ses collaborateurs de la compagnie Arcadin, trois représentants de REA, un stagiaire du Centre Social de la Rocade, un directeur d'école et militant des Verts, une élève infirmière du Centre Hospitalier d'Avignon, un responsable du Parti Socialiste par ailleurs brancardier au Centre Hospitalier d'Avignon, un kinésithérapeute au Centre Hospitalier de Montfavet, Pierre HELLY infirmier animateur du théâtre de l'Autre Scène et une infirmière intervenant dans sa troupe, Véronique ESCAITH et un psychiatre de Montfavet.

Jean-Pierre CHRETIEN - GONI précise ses motivations pour animer un tel débat : *la compagnie Arcadin a réalisé pour le festival, un spectacle dans lequel des jeunes de Montreuil âgés de 14 à 17 ans, sont mêlés à des professionnels. La compagnie travaille depuis plusieurs années dans les banlieues de Paris et auprès de jeunes détenus des prisons de Fleury Mérogis et Bois d'Arcy : "La citoyenneté est une question décisive, au delà du politique. Comment un acte culturel peut-il amener des gens à s'approprier leur propre citoyenneté? Le théâtre est un lieu où l'on raconte comment on se positionne dans le monde qui nous entoure, qui met en mots comment les cultures se rencontrent. Nous avons travaillé en mêlant jusqu'à 25 origines nationales différentes, de la première et de la seconde génération.*

L'intitulé du débat (de la démerde à la citoyenneté), a été choisi parce que tous ces jeunes de diverses origines nationales et confrontés à un environnement difficile, ont leur propre réseau interne de démerde. J'ai encore présent à l'esprit, le cas d'une femme qui avait obtenu auprès de nous un boulot avec une fiche de paye, et qui a préféré retourner travailler au noir dans un bar parce que les règles de notre système d'emploi sont trop compliquées pour elle. Or cependant, la survie passe par la reconnaissance d'une identité dans laquelle on n'est pas rejeté".

Pour Karim ZERIBI, l'action de la compagnie Arcadin crée un choc psychologique : *"Comme le sport, la culture peut amener et permettre un certain épanouissement. Le quartier est une prison sans barreaux, avec sa limite infranchissable. L'intégration, cela veut dire ne plus être des assistés qui attendent que les choses leur tombent du ciel. On ne s'intéresse à notre association que s'il y a des voitures qui explosent dans le quartier".* Karim ZERIBI cite l'exemple de Djamel Bouras, médaille d'or de judo à Atlanta. Ce champion avait déclaré après sa victoire : *"Dans notre club, on ne parle pas d'insertion ou d'intégration. On agit. Il faut arrêter de parler des banlieues comme de zoos".* Le président de REA se situe tout à fait dans cet état d'esprit quant à sa définition de la citoyenneté :

"A nos yeux, la citoyenneté, c'est représenter quelque chose dans le pays où l'on vit, c'est aller voter. Nous représentons la France de demain et il nous faut renverser les clichés, mettre en avant la compétence. Djamel Bouras médaille d'or à Atlanta, c'est cela la citoyenneté. Nous devons nous faire tirer vers le haut par des gens issus de nos quartiers et

qui ont réussi, sont des vedettes. La citoyenneté, c'est l'inverse de se comporter en victime de la société, c'est s'inscrire, vivre".



Djamel Bouras

C'est être un "acteur" dans la société, reprend, Jean-Pierre CHRETIEN-GONI. Mais l'immense majorité des jeunes des quartiers sont à côté de cela. Quelques uns seulement, qui sont dans le hip hop et le rap, ont un discours, à proprement parler, politique. La faute en est à la classe politique, fait observer Karim ZERIBI : "Les jeunes des quartiers sont à 80% des beurs. En politique à quel individu vont ils s'identifier? Vous connaissez un beur ayant des responsabilités politiques? Dans les partis politiques il y a de tout sauf des Maghrébins. Le chemin pour aller chercher les jeunes dans les cités, n'est pas fait".

S'il y a un déficit des politiques, le théâtre, avec la compagnie Arcadin, va dans les quartiers. Mais, s'interroge Jean-Pierre CHRETIEN -GONI, quel est le rôle du théâtre s'il n'est pas d'être un colmateur de fracture sociale? "Nous permettons aux jeunes, dans notre travail, de faire des découvertes, de s'ouvrir à des voies imaginaires, et pour certains à des voies économiques. Si nous allons dans ces lieux, c'est parce que nous pensons que le théâtre ne peut être que là où s'expriment des paroles vivantes que ne permet plus le confort bourgeois. Ces paroles sont à entendre et sont entendues par les gens des quartiers. La culture doit être présente dans les lieux de vie"...ce qui n'est pas le cas du festival d'Avignon presque entièrement enfermé à l'intérieur des remparts, comme le fait remarquer un membre de REA.

Karim ZERIBI dénonce les clichés véhiculés par une certaine culture, en particulier au cinéma. L'association REA a créé une bibliothèque qui est vraiment respectée, les jeunes faisant la police entre eux. La culture a quitté les quartiers, il faut qu'elle y soit présente. Pour lui nous allons payer cher, le désert créé par la culture qui a quitté nos banlieues.

Le débat s'achève sur la question des intolérances. L'intégrisme dans les banlieues, est-il alimenté par les médias comme dans l'affaire Khaled Kelkal ou l'épisode des faux barbus, ou correspond-il à une réalité comme cela a été constaté auprès des femmes Maghrébines de La Croix des Oiseaux à Avignon? Peut-on invoquer la tolérance de l'Islam et en même temps refouler les mosquées dans les caves? Il y a aussi la montée du Front national qui procède actuellement à un véritable enracinement sur le terrain.

Pour Karim ZERIBI, les hommes politiques qui défendent les idées Républicaines, ont failli à leur mission. Sauf entre les deux tours des élections, ils ne sont guère présents dans les quartiers. Or ce qui compte, c'est le travail de proximité au quotidien, auprès des gens, ce que l'on appelle le travail de réseau. Ceci est vrai pour les politiques ; cette notion est aussi valable dans le domaine de l'action sociale et de l'action sanitaire. Ce travail de réseau est incontournable pour trouver des interlocuteurs afin de faire évoluer les quartiers, de la démerde vers la citoyenneté.

Coordonnées de l'association REA : 3 rue François 1^{er}, 84000 AVIGNON, téléphone : 04.90.89.66.15.

Montperrin, septembre 1996 : Aix-Tox

En juin 1996, une association a été créée, avec pour siège social le Centre Hospitalier de Montperrin, afin de formaliser un réseau Ville-Hôpital Toxicomanie dans le pays Aixois. Dénommée Aix-Tox, elle est composée de médecins, de pharmaciens, de travailleurs sociaux, de soignants libéraux, hospitaliers et associatifs. Elle se donne pour but la prise en charge des usagers de drogues, tant sur le plan des soins que des droits sociaux, la prévention, la substitution, l'accompagnement et la réinsertion. Ce travail doit s'effectuer en partenariat avec le réseau homologue Ville-Hôpital SIDA (Réseau Santé Provence), l'hôpital général, les associations type AIDES, et surtout le Centre Hospitalier de Montperrin.

En effet ce nouveau réseau s'appuie sur un pôle hospitalier : la toute nouvelle Fédération de Soins aux Toxicomanes, du Centre Hospitalier de Montperrin, avec sa consultation et prochainement son centre Méthadone, qui va proposer des pratiques innovantes et complémentaires dans le champ de la toxicomanie.

Au rythme d'une réunion par mois, Aix-Tox élabore une réflexion qui connaîtra des développements lors de son assemblée générale de début 1997.

Sur nos tablettes :

L'association CLEFS (Collectif de Liaison et d'Echanges sur les Familles et les Systèmes), organise deux journées d'étude les

- . vendredi 22 novembre 1996, de 9h à 17h
- . samedi 23 novembre 1996, de 9h à 13h

avec Guy AUSLOOS, Praticien, Théoricien, Formateur en institution psychiatrique à Montréal ; sur le thème :

"La Compétence des familles. Temps, chaos, processus"

Ces journées se dérouleront Salle Benoit XII, rue des Teinturiers, à Avignon. L'inscription est de 550F (300F pour les adhérents de CLEFS). S'adresser au Fil Social, Maison IV de Chiffre, 26 rue des Teinturiers, Avignon ; ou téléphoner à Philippe SABARY (Tél 04.90.67.22.16) ou à Didier BOURGEOIS (Tél 04.90.03.91.63).

SOCIETE
LES DIRECTEURS D'AGENCE
SONT NOMMES

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

Avec la nomination , en conseil des Ministres, des Directeurs des vingt quatre agences régionales , la réforme hospitalière se concrétise davantage.

Rappelons brièvement l'importance des pouvoirs de ces hauts fonctionnaires en matière de financement , de planification et d'organisation sanitaire.

L'agence régionale, sous la responsabilité de son Directeur, répartira le financement, à partir de l'objectif des dépenses de l'assurance maladie, voté par le parlement, entre les différents établissements de la région. Cette répartition des fonds tiendra compte de l'activité et des objectifs négociés dans un "*contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens*".

En matière de planification des structures et des établissements, le Directeur d'agence pourra imposer des fermetures ou des reconversions, des conventions de coopération, la création de syndicats interhôpitaux, la fusion des établissements. C'est lui qui arrêtera le schéma régional d'organisation sanitaire sur cinq ans.

En matière d'organisation sanitaire, le Directeur régional a le pouvoir de suspendre ou de retirer des autorisations d'activité ou de modifier leur contenu.

Les Directeurs, dont nous vous communiquerons la liste plus loin, devront avant le 1er juillet 1996, organiser leurs agences.

Parmi eux, on trouve six directeurs régionaux ou départementaux des Affaires Sanitaires et Sociales, cinq hauts fonctionnaires et deux représentants du corps préfectoral.

A noter la présence de deux médecins dont un en exercice : le Dr GARCIA, anesthésiste réanimateur à l'Hôpital BROUSSAIS et le Dr PETON-KLEIN , DRASS.

(1) Secteur 7 du Vaucluse, Centre Hospitalier 84143 Montfavet, Tél 04.90.03.92.01

- ALSACE : Philippe de MESTER

40 ans (ENA), Directeur de Cabinet du Préfet du Val-de-Marne

- AQUITAINE : Dominique DEROUBAIX

44 ans (Institut d'Etudes Politiques de Paris) , Directeur du groupe hospitalier Necker-Enfants-Malades et précédemment Directeur de la stratégie à l'Assistance Publique- Hôpitaux de Paris.

- AUVERGNE : Jean Yves JACOB

54 ans (Ecole Nationale de santé publique), Directeur de CHU de Grenoble.

- BOURGOGNE : Michel DROUET

49 ans (Institut d'Etudes politiques de Paris), Administrateur de l'INSEE, ancien PDG de Primordia.

- BRETAGNE : Yvette BERGER

59 ans (licenciée en droit public), Inspecteur Général des Affaires Sociales et précédemment Directeur Régional des Affaires sanitaires et sociales de Provence - Côte d'Azur.

- CENTRE : Bernard MARROT

52 ans (Docteur en Droit), Directeur des Affaires Sanitaires et Sociales du Pays de la Loire.

- CHAMPAGNE-ARDENNE : Alain CHEVROT

51 ans (Institut d'Etudes Politiques de Paris), ancien Directeur Général de la Chambre de Commerce de Toulouse et ancien Directeur de Yamaha Motor MBK Industries, ancien Directeur Commercial et Marketing de Rhône-Poulenc Prolabo.

- CORSE : Pierre CARDONA

56 ans (Ecole Nationale de la Santé Publique), Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales des Bouches-du-Rhône.

- FRANCHE-COMTE : Louis-René GEFROY

48 ans, (Ecole Nationale de la Santé Publique), ancien Directeur de Cabinet de Jean Claude Mallet, ancien Président de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés.

- ILE-DE-FRANCE : Dominique COUDREAU

54 ans (Institut d'Etudes Politiques de Paris, ENA), Directeur Général d'Hexagone Hospitalisation. Ancien membre des Cabinets de Raymond BARRE, de Robert Boulin et de Simone Veil.

Dominique COUDREAU a été Directeur de la Caisse Nationale d'Assurance-Maladie de 1979 à 1989 et Directeur de l'Agence de lutte contre le SIDA de 1989 à 1990.

- LANGUEDOC-ROUSSILLON : François GRATEAU

48 ans (Ecole Nationale de la Santé Publique), Directeur Général de CHRU de Lille.

- LIMOUSIN : Guy RICHIER

50 ans (Ecole Nationale de la Santé Publique) , Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales de Poitou-Charentes.



POUR SAUVER LA MÉDECINE
RIEN DE TEL QU'UNE BONNE ORDONNANCE !

- **LORRAINE : Mme Dominique PEYTON-KLEIN**
46 ans (Docteur en Médecine), Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales d'Alsace.
- **MIDI-PYRENEES : Xavier PATIER**
38 ans (ENA), chargé de mission à la Présidence de la République.
Xavier PATIER a été Conseiller Technique au Cabinet de Simone Veil de 1994 à 1995.
- **NORD-PAS-DE-CALAIS : Gérard DUMONT**
46 ans (ENA), Secrétaire Régional pour les Affaires Régionales à la Préfecture de Région Rhône-Alpes.
- **BASSE-NORMANDIE : Alain GARCIA**
50 ans (Docteur en Médecine, Maître de conférences des Universités), Anesthésiste-Réanimateur à l'Hôpital Broussais. Alain GARCIA est président du Syndicat National des hospitalo-universitaires depuis juin 1982.
- **HAUTE-NORMANDIE : Bernard GAISSET**
45 ans (HEC, IEP Paris), Directeur délégué du Groupe Clininvest, qui est un groupe de cliniques. Bernard GAISSET a été Directeur à la Générale de Santé de 1987 à 1991.
- **PAYS DE LOIRE : Benoit PERICARD**
42 ans (ENA), Directeur régional des Affaires Sanitaires et Sociales de Bourgogne.
- **PICARDIE : Antoine MASSON**
37 ans (X, Mines), Ingénieur en chef des Mines, Chef du Service des matières premières et du sous-sol à la Direction Générale de l'Energie et des matières premières au Ministère de l'Industrie. Antoine MASSON a été Conseiller Technique de 1991 à 1993 au Secrétariat d'Etat au Commerce extérieur, puis au Secrétariat d'Etat à l'Aménagement du territoire.
- **POITOU-CHARENTES : Jacques METAIS**
48 ans (Ecole Nationale de la Santé Publique), Directeur du Centre Hospitalier de Pontoise.
- **PROVENCE-ALPES-COTE-D'AZUR : Christian DUTREIL**
53 ans (ENA), Inspecteur Général des Affaires Sociales. Christian DUTREIL a été Directeur Général des Hospices Civils de Lyon, de 1984 à 1991.
- **RHONE-ALPES : Michel PELISSIER**
48 ans (ENA), Préfet du Tarn-et-Garonne, Michel PELISSIER a fait l'essentiel de sa carrière dans la préfectorale et a été Chef de Cabinet du Premier Ministre de Pierre Mauroy, de 1981 à 1983.
- **MARTINIQUE-GUADELOUPE-GUYANE : Pierre MARTIN**
44 ans (Ecole Nationale de la Santé Publique), Chef des Bureaux financement des Hôpitaux et comptabilité-gestion hospitalière à la direction des Hôpitaux.
- **REUNION : Robert HULIC**
53 ans, Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales de la Guyane.

RUBRIQUE CINEMA

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

Septembre 1996

LE FACTEUR (Il Postino)

de Michael RADFORD (Italie)

Avec Massimo Troisi (Mario), Philippe Noiret (Pablo Neruda), Maria Grazia Cucinotta (Béatrice)

Sortie : 24 avril 1996.

Scénario : Massimo Troisi, Michael Radford, Furio & Giacomo Scarpelli, Albert Passome, Anna Pavignano d' après le roman d' Antonio S Skarmeta "une ardente patience".
Photo : Franco Di Giacomo
Musique : Luis Enrique Bacalov
Production : Mario & Vittorio Cecchi Gori, Gaetano Daniele
Distribution : Gaumont Buena Vistre International
Durée : 1h40.

L' histoire : Pablo Neruda est réfugié politique dans une petite île en Italie. On met à sa disposition un facteur, Mario (Massimo Troisi) pour lui apporter son abondante correspondance.

La vie de Mario sera bouleversée de cette rencontre avec le poète.

Après avoir vu ce film, on reste sur l' impression d' avoir assisté à un spectacle rare. Rare devant la justesse du propos et de son interprétation, la poésie des images. Bien que le réalisateur Michael Radford soit britannique, le Facteur est un film italien qui s' inscrit dans la généalogie du cinéma italien des grandes années.

Massimo Troisi apporte sa marque au film, il en est le principal acteur, il a collaboré au scénario.

Son décès peu après le tournage montre combien ce film était central pour lui.

Noiret habitué des films italiens est impeccable en Neruda.

On remarquera la très séduisante Maria Grazia Cucinotta (Béatrice).

A aller voir de préférence en version originale.

(1) Pins B, Centre Hospitalier, 84143 Montfavet Cedex Tél 04.90.03.91.71

LES VOLEURS

D' André Téchiné (France)

Avec Catherine Deneuve (Marie), Daniel Auteuil (Alex), Laurence Côte (Juliette), Benoît Magimel (Jimmy), Fabienne Babe (Mireille), Didier Bezace (Ivan)...

Sortie : le 21 août 1996.

Scénario : André Téchiné et Gilles Taurand
Photo : Jeanne Lapoirie
Musique : Philippe Sarde
Production : Alain Sarde
Distribution : Bac films
Durée : 1h57

L' histoire : un enfant assiste à la mort de son père. Les premières images montrent le regard critique de cet enfant qui essaie de saisir les enjeux de cette famille. Le silence, le secret, les conflits, il se pose la question de sa place entre un grand-père et un père, voyous, et un oncle flic.

Le film semble être au départ un film policier : le flic, le voyou, ils sont frères mais de toute façon les flics et les voyous ne sont-ils pas de la même famille ?

Puis l' histoire se centre autour des personnages, de leurs rencontres parfois incongrues, de leur malaise.



Dans ce film toutes les générations sont représentées.

Juliette (Laure Côte) incarne le personnage de l'adolescente. Elle cherche son identité. Cette quête "suis-je un garçon ou une fille ?", s'exprime dans les relations amoureuses qu'elle noue avec Alex, flic désabusé (Daniel Auteuil) et Marie, prof de philo (Catherine Deneuve). Elle se cherche et ses partenaires sont dépassés alors qu'ils croyaient maîtriser la relation.

Mais la maîtrise est un leurre et Deneuve comme toujours parfaite ici en "femme de raison" est emportée par la passion.

Téchiné fait un cinéma qui questionne, un cinéma au plus près du quotidien.

Il y a des scènes fortes : la complicité, la tendresse entre les deux femmes nues dans le même bain, des scènes plus physiques et sexuelles entre Alex et Juliette.

Téchiné joue avec humour sur les rencontres improbables : Marie (Catherine Deneuve) accompagnée dans la "BM" par le jeune beur délinquant, rencontre du 3ème type.

L'interprétation est remarquable.

A ne pas manquer.

André Téchiné - Filmographie

1969 *Paulina s'en va*

Bulle Ogier, Pierre Clémenti, Jean Pierre Kalfan
1er film - au départ était un court métrage.

1975 *Souvenirs d'en France*

Marie France Pisier, Jeanne Moreau
François Truffaut avait soutenu ce film.

1976 *Barocco*

Isabelle Adjani, Gérard Depardieu
Polar sophistiqué

1979 *Les soeurs Bronte*

Marie France Pisier, Isabelle Huppert & Isabelle Adjani
Film austère
Plus mauvais souvenir de tournage d'André Téchiné

1981 *Hôtel des Amériques*

1er films avec Catherine Deneuve, Patrick Dewaere
Ce film est en rupture avec les précédents, romanesque et réaliste. Il connut un franc succès auprès du public.

1983 *La matiquette*

Un moyen métrage en noir et blanc sur l'amour caché.

1985 *Rendez-vous*

Téchiné découvre Juliette Binoche.
Prix de la mise en scène à Cannes.

1986 *Le lieu du crime*

Catherine Deneuve amoureuse avec passion d'un prisonnier évadé.

1987 *Les innocents*

Prestation remarquable de Sandrine Bonnaire
Peu de succès auprès du Public.

1991 *J'embrasse pas*

Manuel Blanc (en tapin), Emmanuelle Béart (en pute),
Philippe Noiret (en dragueur du Bois de Boulogne).

1993 *Ma saison préférée*

Daniel Auteuil, Catherine Deneuve (frère et soeur,
interprètent un drame familial).
Succès unanime.

1994 *Les Roseaux sauvages*

Film autobiographique sur l'adolescence.
Gros succès.

1996 *Les Voleurs*

Deneuve, Auteuil à nouveau réunis.
Ils sont ici rivaux.



HOMME - FEMME : mode d'emploi

De Claude Lelouch (France)

Avec Fabrice Lucchini, Bernard Tapie, Ophélie Winter, Caroline Cellier, Anouk Aimé

Musique : Francis Lai
Durée : 2h.

Lelouch nous a habitué à ses coups médiatiques à chacun de ses films. Là, il a fait fort en engageant Tapie.

Aussi, comme je suppose beaucoup de spectateurs, je suis allée voir le nouveau Lelouch avec la curiosité de savoir comment était Tapie.

Et bien, pour ceux qui aiment Lelouch ils ne seront pas déçus, et les autres seront agacés.

Car en effet, il s'agit toujours de la même chose, des mêmes obsessions de l'auteur, des mêmes acteurs fétiches (Anouk Aimé, Lucchini....). D'ailleurs lui-même le confirme "*j' ai passé ma vie à filmer les hommes et les femmes. C' est le spectacle qui me fascine le plus. Tous mes films auraient pu s' appeler Homme-Femme ou un Homme et une Femme, tous*".... Extrait d' interview Eric Libiot - Première - septembre 1996.

Quant à Tapie, aussi c'est toujours la même chose : un homme d' affaire pressé, au franc parler, intelligent et même cultivé (il connaît le Pari de Pascal) et un peu goujat sur les bords (après avoir séduit une femme il laisse traîner un billet de 500 Frs à la vue de la dame ...).

Heureusement, Lucchini est là toujours aussi génial.

MORALITE : même un Lelouch qui se répète est toujours plus agréable qu' un film américain à gros budget.

L'EFFACEUR

De Charles Russel

Avec Arnold Schwarzenegger, Vanessa Williams, James Caon.

Durée : 1h55

L'histoire : John Kruger (Arnold Schwarzenegger) est le meilleur agent de la protection des témoins.

Son travail est de faire passer pour décéder les témoins d'affaires dangereuses afin de les protéger et de leur donner une nouvelle identité.

Ici le scénario est classique, affaire de trafic d'armes, secret défense violé, ripoux ; Arnold incarnant le personnage intègre.

Malgré quelques belles scènes d'action, poussées un peu loin à mon sens, le script patauge, la mise en scène de Charles Russel (*The Mask*) est aussi nulle que celle d'un film de Jean Claude Vandamme.

Le sympathique Schwarzie n'arrive pas à faire passer la sauce.

Malgré les lourdeurs, les improbabilités du script ce film distraira essentiellement le jeune public.

LE PROFESSEUR FOLDINGUE (*The Nutty Professor*)

De Tom Shadyac

Avec Eddie Murphy, Jada Pinkett, James Coburn

Durée : 1h35

Après une série de ratage, Eddie Murphy revient à l'écran dans un "remake" de Docteur Jerry et Mister Love.

Le film est coproduit par Jerry Lewis.

Il reprend le thème du professeur complexé qui se transforme en séducteur après avoir avalé une potion magique de sa fabrication.

A l'époque, Jerry Lewis avait un comique surtout basé sur l'interprétation de personnage idiot ou complètement fou. L'intérêt du scénario de Dr Jerry et Mister Love permettait de casser cette image en le montrant jouant le rôle du séducteur.

Pour Murphy, on peut dire qu'ici c'est plutôt sur l'autre face du personnage qu'il veut casser son image.

En effet, on le connaît plutôt dans le jeu du beau séducteur provocateur. Ici, il essaie de montrer ses capacités de comédien en interprétant à lui tout seul 7 rôles et la personnalité du gros sympathique professeur.

Malheureusement, l'humour tourne autour "pipi, caca et la vue de cette famille de goinfre scatologique est à conseiller pour celui ou celle qui veut commencer un régime.

Vraiment, film affligeant.

On regrette le très sexy Murphy du flic de Beverly Hill.

POUR ADRESSER UN ARTICLE :

. Si vous êtes dans le Vaucluse, le Gard, la Drôme, entre Alpilles et Durance, le transmettre au Docteur BOSSUAT, Centre Hospitalier 84143 Montfavet Cedex , Téléphone 04.90.03.92.76.

. Si vous êtes à Aix, Digne ou Martigues : le transmettre au Docteur LAVERGNE, Centre Hospitalier, 13617 Aix en Provence Cedex 1 , Téléphone 04.42.16.16.75

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

COURRIER DES LECTEURS , OPINION :

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

RUBRIQUE D'ACTUALITE SCIENTIFIQUE LOCALE :

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

INFORMATION AUX LECTEURS :

L'équipe de Psy-Cause demande à ses lecteurs, de l'indulgence pour le retard dans la parution de ce numéro. Les mois d'été ne sont pas très favorables à l'élaboration d'une revue, et nous avons préféré privilégier la qualité sur le respect du calendrier.

Le numéro 6 sera le dernier de l'année 1996. A cette occasion Psy-Cause rédigera une retrospective des articles parus depuis le numéro 1. Il nous reste encore quelques exemplaires disponibles des numéros 3 et 4, que vous pouvez nous commander aux prix respectifs de 30 et 50 F. Nous pouvons également réaliser pour vous une copie d'un article des numéros 1 et 2 pour la somme de 25 F.

BULLETIN D'ABONNEMENT

Nom, prénom

Adresse professionnelle.....

S'abonne pour un an à la revue "**Psy-Cause**", à partir du N°..... (N°s 1 et 2 épuisés).

Joint un chèque de 130 F à l'ordre de l'association "**Psy-Cause en Vaucluse**", à l'adresse suivante : Secrétariat du Secteur 27, Centre Hospitalier, 84143 Montfave cedex

