

# Psy



*au sud, les psy causent*

# Cause

- Psychothérapies
- Horizons
- Opinion

Mario Mella  
EDITION

## Sommaire

---

### Editorial

Une revue pluriprofessionnelle pour une unique discipline ..... 2

**PsyCause I – Psychothérapies** ..... 3

Brèves de thérapie : la guérison

Youssef Mourtada ..... 4

La thérapie familiale systémique associée aux prises en charge  
séquentielles de l'enfant dans le cadre de l'hospitalisation  
de jour en pédo-psychiatrie : un exemple de thérapie brève ?

Karine et Thierry Albernhe ..... 7

Intérêt des thérapies cognitives et comportementales  
dans la pratique de secteur

Oana Boriceanu, Gérard Augier ..... 11

Présentation de la méthode EMDR

Bernard Gente ..... 16

Triptyque d'art-thérapie

Jean-Louis Aguilar ..... 23

De l'intérêt d'utiliser des signes pour améliorer  
la communication orale. Expérience de communication  
augmentée sur un groupe d'H.D.J.

Martine Vial ..... 26

**PsyCause II – HORIZONS**..... 29

«Pulsion scopique» et TOC : à propos d'un cas

Mejda Cheour, Faten Ellouze, N. Zayani, Sinda Drira, Afef Louati,  
Amel Hsairi, Moufida Khaloui, A. Bou Askar, Hedi Aboub ..... 30

Enfants et conflits conjugaux – Résultats d'une enquête  
en population générale à Tunis

Majda Cheour, Faten Ellouze, Amel Hsairi, Moufida Khaloui..... 33

**PsyCause III – OPINION**..... 39

« L'évaporation » de l'homme

Jean Gabard..... 40

Actualité scientifique méditerranéenne et occitane ..... 43

Colloques et Conférences ..... 53

L'équipe de PsyCause ..... 55

Abonnement et instructions aux auteurs ..... 56

Revue trimestrielle

Dr J.-P. Bossuat Centre hospitalier 84143

Montfavet cedex

site web <<http://psycouse.fr.st>>

Prix du numéro : 15 €

Prix du numéro double : 30 €

Infographie : NHA (Lyon)

Imprimeur : Ranchon (Saint-Priest – 69)

ISSN 1245-2394



## *Une revue pluriprofessionnelle pour une unique discipline*

Lorsque nous fûmes quelques-uns à fonder la revue *Psy-Cause* en 1995, c'était en réaction et en opposition à un phénomène que nous déplorions : le saucissonnage de la psychiatrie en plusieurs disciplines. Marqués par l'histoire de la psychothérapie institutionnelle, nous voulions combattre le repli des divers corps de métier sur eux-mêmes, et principalement la fracture occasionnée par la volonté du législateur de cliver les paramédicaux des médecins, en créant le Service de soins infirmiers dont le patron serait un infirmier relooké en « Directeur des Soins ». Cette réforme était présentée comme une revalorisation de la profession infirmière qui gagnait ainsi (à défaut d'une meilleure rémunération) une identité forte avec sa clinique (les diagnostics infirmiers), son organisation spécifique en un service, une hiérarchie soudée et prestigieuse (Cadres et Directeur), en attendant d'obtenir un ordre des infirmiers.

Or, il y a lieu à présent de considérer ceci comme une étape. Avec la Nouvelle Gouvernance, ce seront les médecins eux-mêmes qui mettront en musique la « normalisation » administrative et gestionnaire des institutions. C'est autrement plus efficace que de les laisser sur le banc de touche et d'utiliser les seuls cadres infirmiers comme courroie de transmission disciplinée, même si ces derniers se sont vus dernièrement préserver leur autonomie organisationnelle corporatiste. Nombre de médecins, comme moi-même, pensent que la mise en pôle peut être une opportunité de remettre un tant soit peu nos institutions psychiatriques dans la primauté du soin. Mais attention au risque majeur de se laisser formater dans un nouveau métier axé sur les problèmes de rentabilité économique. Nous ne parlons évidemment pas d'économie mentale, mais d'économie financière. Encore que, au bout du « compte », les économies d'argent sont au bout du soin si ce dernier s'inscrit dans l'économie du psychisme. Il y a certainement là un espace de rencontre entre deux champs sémantiques dont le moins que l'on puisse dire est qu'ils se méfient l'un de l'autre. Un malade bien soigné et bien amélioré, coûte moins cher à la société.

Mais ne nous berçons pas d'illusions, ce ne sera là qu'une seconde étape. La suivante sera une autre révolution dont on aperçoit discrètement de-ci, de-là, les germes avec les premières créations d'hôpitaux de jour privés. Le service public se repliera sur un noyau incompressible : le traitement des malades dangereux et sous contrainte. Nous verrons émerger une myriade de petites institutions souvent financées par de grands groupes cotés en bourse comme La Lyonnaise des eaux. La sectorisation, déjà fondue dans de vastes ensembles appelés territoires de santé lors de l'étape numéro deux, ne sera plus qu'un souvenir du passé. Les psychiatres dinosaures auront pris leur retraite. Quant aux jeunes, bénéficiant de leur rareté, ils sauront bien tirer leur épingle du jeu. Et puis, l'idéologie est déjà là : Basaglia, l'antipsychiatrie, la lutte contre la stigmatisation et j'en passe. La classe politique dite de gauche trouvera les cache-sexe nécessaires pour apporter sa contribution.

Sera-ce pire que ce l'on connaît aujourd'hui ? Disons que ce sera très différent, à la fois pire et mieux. Comme au temps de nos pères, ces médecins qui avaient le pouvoir dans les hôpitaux et que nous avons peut-être idéalisés voire sacralisés. Au glorieux temps de la psychothérapie institutionnelle, coexistaient dans les mêmes établissements les expériences thérapeutiques les plus novatrices et les pratiques les plus répressives. Aujourd'hui, la normalisation administrative a gommé les différences, mais ce n'est que pour un temps.

Autant dire qu'une revue de psychiatrie, si elle veut répondre aux attentes d'un lectorat parfois désorienté par l'évolution des conditions de nos pratiques, ne doit surtout pas se refermer sur un moment de l'histoire professionnelle, sur un seul corps de métier, sur un seul type d'exercice. Elle doit concerner tous ceux qui interviennent autour du malade, du patient qui fait que la psychiatrie est Une. Et comme nous regardons demain avec un espoir vigilant, que nous ne concentrons pas notre énergie sur un objet perdu dont nous n'avons pas fait le deuil, qu'en un mot nous ne sommes pas des mélancoliques, nous vous souhaitons une excellente année 2008.

Jean-Paul BOSSUAT

## Psychothérapies

Ce dossier a pour point de départ le congrès national de Psy Cause de juin 2007 sur les thérapies brèves. Youssef Mourtada, pédopsychiatre chef de pôle au Mans, introduit la question avec son propos sur la volonté du XXI<sup>e</sup> siècle de conclure en nous pressant vers la guérison après le temps de comprendre que fut le XX<sup>e</sup> siècle. En fait nous avons regroupé ici divers articles représentatifs de l'inventivité de notre époque dans le champ éclectique des psychothérapies. Thierry et Karine Albernhe, pédopsychiatres au Centre Hospitalier d'Antibes, présentent leur travail avec les thérapies systémiques ; Gérard Augier et Oana Boriceanu, psychiatres au Centre Hospitalier de Montfavet, évoquent leur pratique des thérapies cognitivo-comportementales (TCC) ; Bernard Gente, psychologue à Chambéry, nous initie à l'EDMR (Eye movement Desensitization and Reprocessing = mouvement des yeux, désensibilisation et reprogrammation) ; Jean-Louis Aguilar, infirmier art-thérapeute au Centre Hospitalier de Béziers, revisite la place de la création artistique dans le traitement des psychotiques ; Martine Vial, orthophoniste au Centre Hospitalier de Montfavet, nous parle de l'usage de la communication augmentée par le langage des signes dans un groupe d'enfants déficitaires sur le plan de la parole en Hôpital de Jour.

Notre congrès sur les thérapies brèves avait été piloté par Carole Mitaine, psychiatre chef de service au Centre Hospitalier d'Antibes. Elle avait accepté ce challenge bien que sa pratique ait pour référence la psychanalyse. En effet, les Cinq Psychanalyses de Freud étaient à l'époque considérées comme des

psychothérapies brèves enfin efficaces vis-à-vis des symptômes. Didier Bourgeois nous a proposé le dessin ci-dessous, comme métaphore du ratage qui bâtit le désir du névrosé sur le modèle du disque rayé, et comme provocation à imaginer une psychothérapie.





Youssef Mourtada

## Brèves de therapie : la guerison

**Résumé :** une des idées reçues concernant la psychiatrie est qu'il s'agit de maladies chroniques « qu'on ne peut pas guérir ». Si le 20<sup>ème</sup> siècle prenait le temps de comprendre le 21<sup>ème</sup> siècle, presserait le moment de conclure. Face à une souffrance psychique, quelles théories ? quelles pratiques ? mais surtout peut-on en psychiatrie guérir ? tel est le sens de ce travail.

**Mots clé :** chronicité – guérison – thérapie brève – souffrance psychique.

### Souffrance psy

La médecine, et de surcroît la psychiatrie, est un art, l'art d'écouter une souffrance, l'art de rencontrer l'innommable, l'art de réaliser un réel qui nous saigne.

Au-delà des organes et des organismes, la médecine est l'art d'un corps. Un corps se joue entre somatique et social et se nomme espace psychique, une somme de représentations de soi qui nous vient de l'autre et souvent l'absence de ces représentations qui nous laisse démunis face au réel et à sa fiction première, le temps. Un temps qui fuit dans l'angoisse, un temps d'arrêt et d'ennui dans la dépression, un temps qui fait mal en deçà de la douleur et un temps qui dévore au-delà de l'errance.

Ce qui précède, nous fait saisir qu'un corps est à la fois une question intime avec le rapport au temps, et publique avec le rapport à l'autre et c'est dans ce rapport à l'autre que le temps, ce réel qui coule, se réalise dans une temporalité, dans un espace, dans une réalité et on a pas tout le temps pour cette réalisation puisqu'on est mortel à chaque instant. D'ailleurs, ce tout ou rien, est la définition même du réel. La tragédie de l'humain, sa condition, c'est qu'il saigne à l'endroit de son corps, à l'endroit de l'autre, incapable de voir, de se voir, en quête incessante d'aliénation et de pouvoir. La souffrance de l'humain ce n'est pas tant une maladie physique ou une précarité sociale ou même une aliénation mentale mais surtout ce sentiment de solitude, de terrible solitude face au réel. La souffrance est par essence psy puisqu'elle est la dissolution de l'espace psychique, la dissolution de cette capacité de représentation.

C'est à cet être de néant qu'un soignant est censé s'adresser pour le tirer là où sa vie s'est arrêtée, lui permettant à nouveau de naître, d'être présent par une représentation, de vivre et de savoir mourir. La santé, ce n'est pas le refus de la mort, bien au contraire, c'est savoir mourir et pour cela, faut-il avoir vécu.

### Théorie et cause

Cet être de néant à qui l'on s'adresse est un être suspendu entre naissance et mort. Certes, le rapport à l'autre est ce qui réalise le réel, mais encore faut-il trouver cet autre qui réalise par une rencontre. À l'image du temps, l'autre est souvent dévorant et l'humain se retrouve suspendu entre un réel et un autre.

Que reste-t-il à l'humain ainsi cerné ? Tout simplement sa pensée. La pensée, c'est l'autre en soi, un espace d'altérité qui nous permet par une autre répétition, la représentation de ce qui se répète dans le réel, en somme cette altérité en soi nous permet un espace d'entendement, de raisonnement, de réflexion et de mentalisation.

Le bébé est le premier des penseurs : entre mythes et fictions il échafaude des théories, défile son être et entre en phase avec le réel, accédant ainsi à une réalité, une réalité qui n'est point finie mais ouverte à chaque instant à l'infini du réel, à l'infini de l'autre. En effet, le bébé ne fait pas semblant, ni avec le réel, ni avec l'autre. Souvent un bébé porte plus qu'il n'est porté. Il porte ce qui déborde ses parents. Enfant, il continue cette rigueur. Adolescent, il crie sa naissance dans le corps de l'adulte.

Nous l'avons déjà dit, la solitude est le lit de la souffrance et la maltraitance s'enracine dans l'infantile ; faute d'un autre, l'enfant apprend à refouler pour survivre. Il apprend à faire semblant et se normalise. Il cède sa singularité, ses mythes et ses fictions pour devenir un élément d'une mécanique parfaite, une forteresse vide, le commun.

Il en résulte que la maladie, qu'elle soit physique, mentale ou sociale, est une forme de résistance, de manifestation et c'est au soignant d'être doué d'une théorie, d'un sens, pour rencontrer et penser le néant de l'autre, lui permettant à nouveau d'accéder à une capacité de penser son corps ainsi cerné et suspendu.

La théorie n'est pas une simple myopie à corriger, autrement dit à normaliser, au contraire, sa singularité est la condition même de notre regard.

## Pratique et psy cause

Pratiquer la psychiatrie ou toute autre chose, c'est être capable de causer, c'est être capable de rencontrer le réel et non l'éviter et se préserver. La fiction est l'essence de la science comme représentation du réel de même que les mythes sont une métaphysique première, là où le réel et sa représentation ne font qu'un.

Quant à une pratique, c'est dans la complexité qu'elle retrouve un sens valable. En effet, notre médecine précisément scientifique, se nourrit de lois scientifiques, des conférences de consensus et de recommandations de la haute autorité de santé. Mais une pratique de la médecine n'est valable que dans le dépassement, la transgression, de ce qui nous préserve du réel, à savoir, la loi, le consensus et les recommandations. C'est par cette transgression qu'on progresse et qu'on rencontre l'autre dans son réel, sinon, on reste borné à notre réalité.

Il n'y a pas de pratique sans le risque d'une rencontre, de même que la loi est un support de dépassement et non une finalité en soi. L'histoire de la psychiatrie est tout à fait significative à cet égard. La transgression de l'aliénation mentale

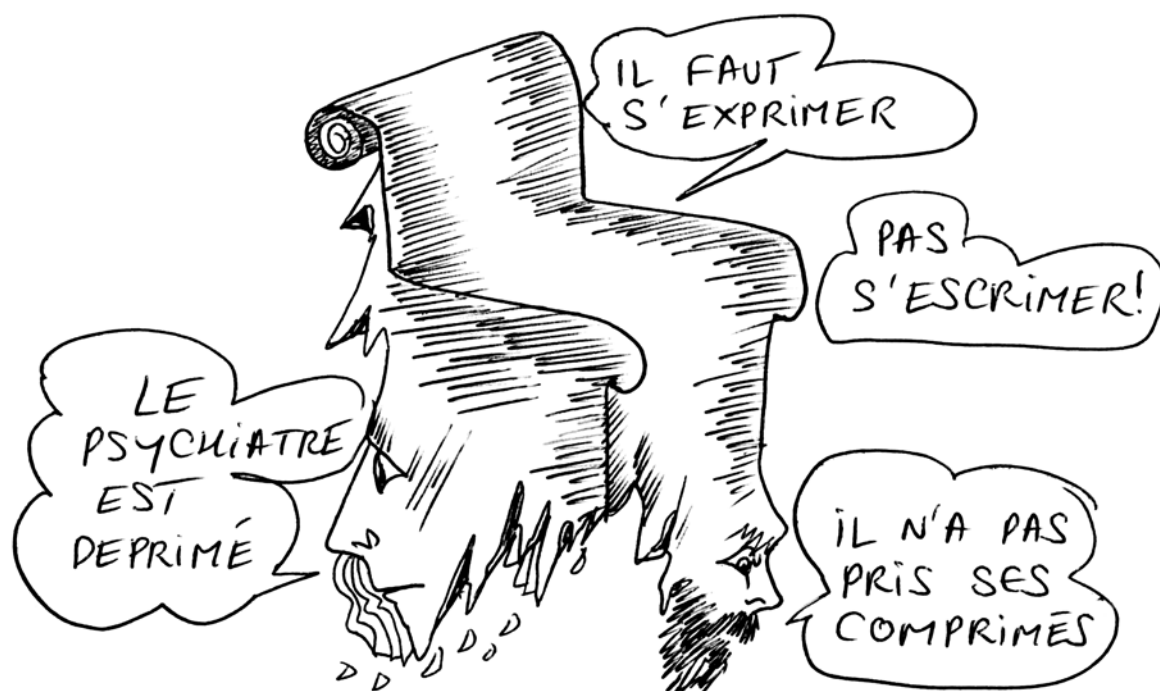
a donné naissance à la maladie mentale et la déconstruction des maladies avec leur déterminisme anatomo-clinique a ouvert la voie aux structures psychopathologiques et à leur fondement psycho-dynamique.

Actuellement, à l'image de notre époque post-moderne, la psychiatrie qu'on pratique n'a point le choix avec la complexité. En effet, la post-modernité confronte l'humain au réel, à l'accélération du temps par la contraction de l'espace. De même qu'elle le confronte à l'exigence d'une liberté individuelle, dans un monde post-matériel où il ne s'agit plus d'opposer réel et représentation mais d'être dans le réel de la représentation, dans la question du virtuel.

Le malaise de notre post-modernité se manifeste par un individualisme grandissant, par une raison plus instrumentale que mentale et un lien à la fois tribal et non social. La post-modernité remonte l'histoire ou plutôt c'est une chute, là où l'histoire s'est réellement arrêtée. De ce point de vue, l'âge des ordinateurs n'est pas si loin de l'âge de pierre.

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

Aujourd'hui, les psychiatres sont partout et nulle part, ils délivrent des labels de normalité, des conduites à tenir, ils interviennent en urgence, ils occupent le champ médiatique, ils deviennent des experts économiques et des conseillers politiques et surtout ils voient de moins en moins les patients. La psychiatrie post-moderne happée par le réel est souvent incapable de le représenter ni de se représenter.



Mais cette déstructuration actuelle de la psychiatrie est aussi une chance de renaissance si on ne cède pas la complexité de notre pratique à l'illusion d'une néo-modernité avec ses métastases en tout genre où chaque outil est incapable de penser et de s'articuler avec l'autre.

## La guérison : brève de thérapie

À notre époque post moderne, les thérapies sont devenues un produit de consommation courant qui obéit aux lois de la concurrence et du marché avec le souci de trouver le meilleur rapport qualité /prix.

Nous l'avons déjà dit, notre post modernité nous confronte au réel. La contraction de l'espace par la communication provoque une accélération du temps, ce qui nous amène à vivre de plus en plus dans l'urgence ; une urgence qui se conjugue avec une liberté océanique qui nous déborde : le virtuel. Cela nous amène à saisir que les thérapies en vogue ne peuvent qu'être brèves, performantes et rapides. Si le 20<sup>ème</sup> siècle prenait le temps de comprendre, le 21<sup>ème</sup> siècle presse le moment de conclure. Mais la conclusion n'est pas une question chronologique mais précisément logique, à savoir, la guérison.

En effet, la question n'est pas tellement celle des thérapies brèves ou à libération prolongée mais surtout celle de la guérison comme brève de thérapie ; car ce qu'on chasse par

la porte de la brièveté chronologique nous revient par la fenêtre d'une chronicité logique. Chronicité aux urgences, chronicité aux psy, chronicité aux psychotropes, chronicité aux thérapies brèves et malheureusement chronicité aux tentatives de suicide.

La finalité d'une thérapie, ce n'est pas le thérapeute mais la guérison de cet être à l'arrêt, le soigné. Savoir ne pas confondre la temporalité d'une thérapie avec la temporalité d'une vie, nous semble un impératif catégorique pour toute thérapie. Autrement dit, il est impératif de réaliser que la santé est primaire et non secondaire à l'absence d'une maladie, que la vie est une complexité qui dépasse de loin la simplicité de nos outils.

La temporalité d'une thérapie, c'est de permettre au soigné d'accéder à nouveau à sa temporalité propre. La santé mentale n'est pas un état avec zéro de problème ou de conduite autrement dit, un état cadavérique mais une capacité de représentation de notre condition, de ce réel qui nous agit et qui nous agite, de nos aliénations, de nos pulsions et de nos désirs.

L'humain n'a point le choix avec le réel, l'aliénation est son essence par un autre et pour un autre et la santé c'est une capacité de pensée, un sens qui nous engage et qui nous dégage de ce chaos originel du réel, de ce Chronos qui dévore vers un lien, une temporalité, une réalité, une histoire, en somme, une guérison.





Karine et Thierry Albernhé

## La thérapie familiale systémique associée aux prises en charge séquentielles de l'enfant dans le cadre de l'hospitalisation de jour en pédo-psychiatrie : un exemple de thérapie brève ?

Pour un systémicien, le concept de *thérapie brève* évoque la naissance même des applications thérapeutiques de la pensée systémique. En effet, c'est à partir des travaux princeps de *l'Ecole de Palo Alto* dans les années 1950 qu'ont diffusé de par le monde les principes de ce qui allait devenir très vite les *thérapies familiales systémiques*. Le contexte de l'époque explique l'intérêt porté à toute nouvelle approche : il fallait inventer des techniques thérapeutiques rapides, efficaces et durables pour soigner les nombreux soldats américains victimes de traumatismes psychiques, lors de la Seconde Guerre mondiale ; de plus, l'explosion des dépenses de santé publique préconisait des thérapies brèves, sans pour autant que ces dernières ne fussent de moindre qualité par rapport aux techniques anciennes, servant de référence (celles psychanalytiques en particulier). Ainsi, parmi les nouvelles techniques essayées, celles basées sur le *débriefing*, ou sur l'hypnose (notamment à la suite des travaux de Milton Erickson) connurent un franc succès. En parallèle à ces travaux, l'anthropologue Gregory Bateson insistait sur l'importance de la manière de communiquer, et sur celle du contexte, dans toute relation, quelle qu'elle soit (animale ou humaine). Ses recherches, très innovantes, étonnèrent la communauté scientifique ; elles suscitèrent l'intérêt de jeunes chercheurs, cliniciens, désireux de voir s'il était possible de les appliquer à des patients souffrant de troubles psychiques. C'est ainsi que Donald D. Jackson, William Fry, Jay Haley, John Weakland, Paul Watzlawick, et bien d'autres, développèrent ses idées. Beaucoup de ces « pères fondateurs » avaient reçu une formation psychanalytique. Lorsqu'ils se rendirent compte de la remarquable efficacité des nouvelles techniques psychothérapeutiques qu'ils venaient d'inventer, et surtout du caractère durable des résultats obtenus, ils abandonnèrent leur praxis psychanalytique initiale pour se concentrer exclusivement aux nouvelles thérapies, dites désormais systémiques.

L'objectif de cet article n'est pas de comparer ces différentes approches, historiquement indissociables et complémentaires dans l'intérêt des patients et de leurs familles, mais de montrer, à partir de notre pratique clinique quotidienne, que l'on peut très bien amener du changement durable et de qualité, c'est-à-dire en profondeur, en un laps de temps relativement court, compte tenu de la gravité de la pathologie présentée. En effet, la population ici traitée est celle d'enfants présentant des *troubles envahissants du développement*, soignés en hôpital de jour, donc relevant classiquement d'une prise en charge pluridisciplinaire au long cours. Plus qu'un paradoxe, mieux vaudrait y voir un challenge : en séance, le systémicien doit mettre en place, dans un contexte défini, avec des outils spécifiques utilisés à des fins précisément théorisées, les moyens devant produire le maximum d'effets en un minimum de temps. Dans un cadre soins rigoureux, devant tendre vers des objectifs aussi précis que possibles, il doit être capable d'improviser, de créer, de s'adapter aux informations qui surgissent dans les échanges pour faire vibrer les « cordes affectives » reliant, entre chaque membre du système, place, fonction, sens, pour leur permettre de faire des nuances, de découvrir d'autres constructions de réalité plus fonctionnelles, plus souples, afin d'en redécouvrir d'autres aspects, de s'intéresser aux « couleurs vécues », d'inventer... Bref, il s'agit de créer du « sur-mesure » pour surprendre, et faire se redonner, par le système lui-même, des informations sur lui-même ; ainsi, les patients s'ouvrent-ils leurs propres portes au fil des exercices les mettant en scène différemment de leurs habitudes : tel est le challenge. Quel en est le cadre ? Et pourquoi l'exemple des prises en charge des familles d'enfants hospitalisés en hôpital de jour de psychiatrie infanto-juvénile peut-il entrer dans le cadre des thérapies dites brèves ? Comment peut-on soigner des pathologies aussi « lourdes » peu de temps ? Pour cela, nous avons mis au point une technique originale de vidéo-systémie. Grâce au soutien d'un réseau associatif œuvrant pour aider la recherche en faveur des enfants présentant des troubles envahissants du développement, et grâce au dynamisme de quelques membres de l'équipe soignante, nous avons mis en place, au sein de l'unité d'hospitalisation de jour de notre Service de psychiatrie infanto-

### Praticiens hospitaliers

Service de psychiatrie infanto-juvénile 06 I 02, Centre Hospitalier d'Antibes Juan-les-Pins.

juvénile, un nouveau concept basé sur l'utilisation de l'image et du son comme support d'information systémique : nous avons ainsi créé un laboratoire de traitement de l'image par outil informatique, baptisé laboratoire de vidéo-systémie. Nous avons dénommé cette nouvelle technique *thérapie vidéo-systémique* parce qu'elle présente la spécificité de s'appuyer sur la restitution aux familles de leurs séances d'enregistrement<sup>1</sup>.

Ainsi, dans une salle classique de thérapies familiales avec glace sans tain et équipée de sources d'enregistrement des sons et des images produits en séance, sont ajoutés un véritable laboratoire de traitement d'images par informatique, un système mobile de prise d'images pour des séances réalisées dans d'autres contextes que la salle habituelle (salle d'activités, domicile, etc.), un grand écran mural et un vidéo-projecteur. Le film ainsi obtenu est utilisé comme support d'information renvoyé à la famille, sous forme de feed-back vidéo immédiat en fin de séance, puis de montage vidéo élaboré en équipe en fonction d'un raisonnement systémique.

Les montages vidéos peuvent d'ailleurs être réalisés avec la participation des membres de la famille. Ces derniers choisissent les images clefs qui, selon eux, traduisent la spécificité de leurs transactions relationnelles au sein du système thérapeutique formé avec les thérapeutes.

Au fil des séances, s'élabore un long cheminement co-construit entre la famille et ses thérapeutes ; ainsi, en fin de cycle (souvent une année de prise en charge de l'enfant et de sa famille proche), pouvons-nous élaborer l'équivalent d'un *conte systémique* en image du travail thérapeutique réalisé. Ce travail, « gravé dans les mémoires », est concrètement gravé sous forme d'un DVD contenant le film des moments forts des séances assortis de commentaires éclairant la famille sur ce qui s'est joué pendant ces rencontres ; pareil support permet aux membres de la famille de visionner à loisir tout ou partie du film, d'y réfléchir et de nous faire part de leurs commentaires.

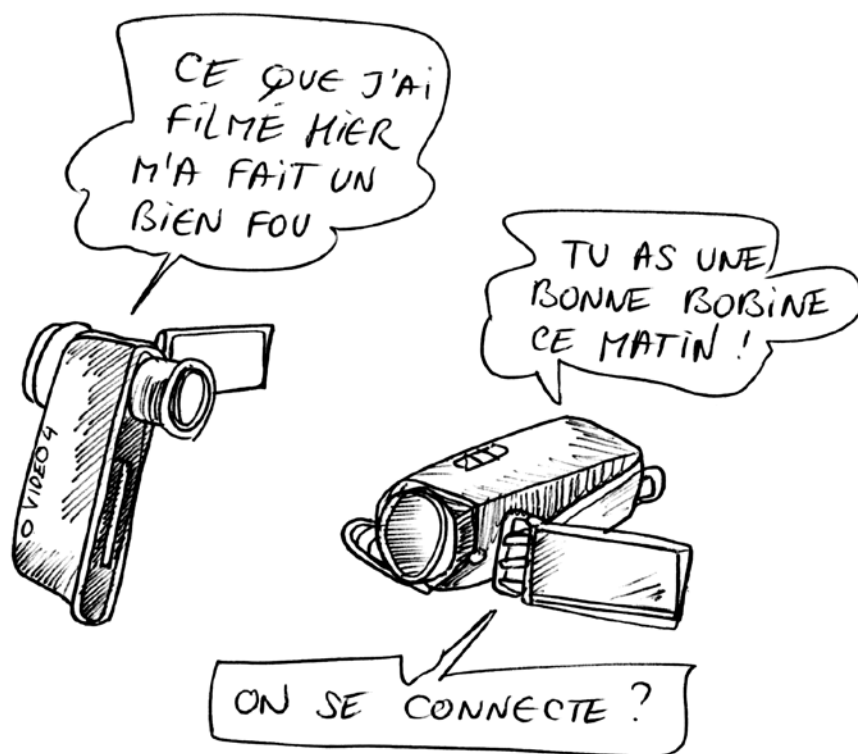
## Les résultats obtenus au niveau des familles

Par la restitution aux familles de tout ou partie des enjeux transactionnels vécus en séance ou filmés dans un autre contexte – et synthétisés sous forme d'un montage vidéo par des thérapeutes rompus à ce genre d'approche – se trouve ainsi donné aux familles un formidable outil de travail sur elles-mêmes, levier de leurs compétences auto-curatives. Visionner tranquillement, en famille, certaines séquences du film, à distance des événements qui se sont joués, facilite en effet une prise de recul nécessaire à une conscientisation de problèmes souvent occultés, et de ce fait facteurs de

dysfonctionnements intrafamiliaux.

Car ce nouvel outil de communication présente l'avantage d'être « parlant » par lui-même, sous forme d'une rétroaction immédiate et incontestable, qui ne peut que favoriser l'insight. L'habileté du vidéo-montage permet en effet de mettre à jour des schèmes répétitifs, de les souligner, voire de les amplifier, afin que des membres de la famille s'exclament : « Je fais comme ça, moi ! », et se modifient peu à peu d'eux-mêmes en conséquence<sup>2</sup>.

Cette technique met en évidence des schémas relationnels récurrents, permet de recadrer des échanges, parvient à donner du sens à des comportements inexplicables sans une prise de recul sur le contexte plus global de leur émergence. Car le film facilite une double mise à distance des événements : à la fois temporelle (fin de séance ou fin d'un cycle de séances, articulations entre séances,



1. Cette restitution aux familles de leurs séances d'enregistrement avec les thérapeutes se fait sous forme d'un petit film réalisé par montage sur support DVD. Les moyens informatiques actuels en matière d'images numériques permettent en effet un traitement rapide, précis et performant du support « image – son ».

2. Ailleurs, on a vu de nombreuses familles d'enfants qui présentaient des *troubles envahissants du développement* se rendre compte, grâce à cette technique originale, combien ces enfants captaient tout ce qui se disait ou se passait autour d'eux : là où ils étaient considérés, par leur entourage, comme passifs et dans leur « bulle », ces enfants étaient au contraire très interactifs – mais à leur façon – et se montraient capables de mémoriser des événements ou des situations parfois étonnamment complexes.

etc.) et spatiale (distance de l'écran, globalité de la double prise de vue avec une caméra fixe en champ large et une caméra mobile pour plans serrés). D'où l'émergence d'informations nouvelles et riches : vision neuve et surprenante d'une même situation que l'on croyait à jamais bloquée, réflexions constructives sur l'image que l'on renvoie aux autres et sur celle que l'on se forge sur les autres, tout cela aboutissant à des interrogations collectives sur des visions partagées de soi et d'autrui, des places et des fonctions de chacun, donc des possibilités évolutives réciproques de chaque protagoniste. Il s'en suit des va-et-vient récursifs et parfois très rapides – comme des « illuminations » ou des « fulgurances » – sur de nouvelles visions partagées de soi et des autres, ouvrant la voie à une dynamique de changement thérapeutique.

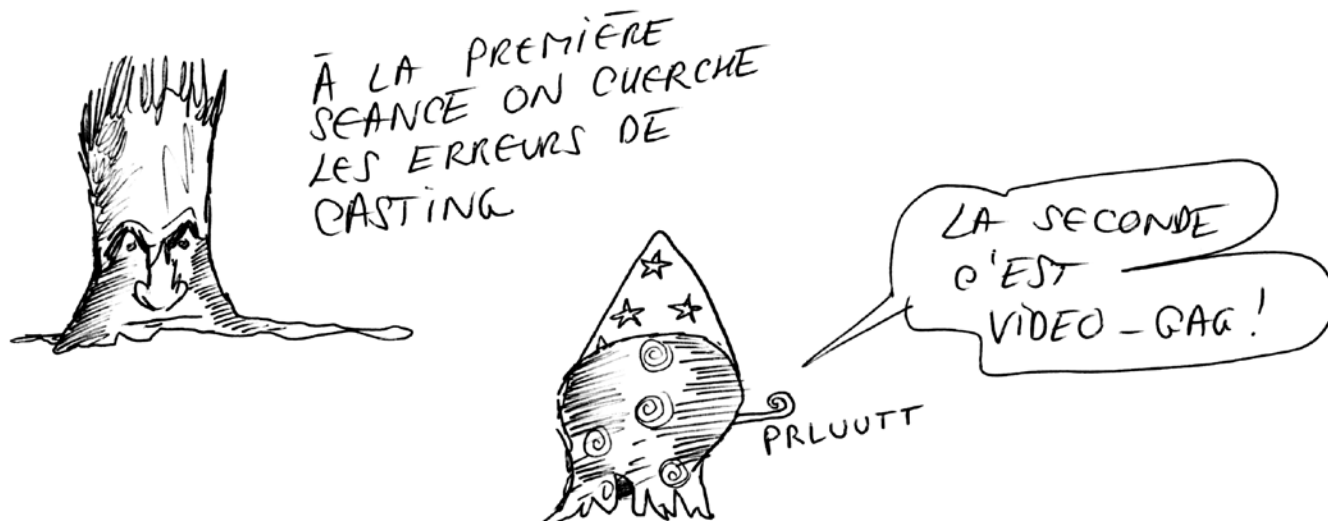
Ce changement du système {famille-thérapeutes} est permis grâce à la prise de conscience, par chacun des protagonistes, d'une vision partagée de soi-même et des autres. C'est cette vision partagée – mais pas nécessairement identique – qui ouvre des possibilités individuelles et collectives d'évolution interpersonnelle : le changement de la famille se trouve potentialisé par l'expérience vécue du décalage existant entre, d'un côté les visions internes construites et retenues par chacun sur ses relations aux autres, et de l'autre leur restitution globale, via les images du film, en tant que témoins virtuels d'une réalité qui s'est néanmoins passée le jour de ces séances et que l'on n'avait pas forcément vue sous cet angle... Car l'angle d'attaque d'un problème conditionne la manière de solutionner ce dernier. Ainsi, la perception réfléchie – et réfléchissante – des images fait découvrir aux membres de la famille l'existence de filtres perceptifs et interprétatifs propres à chacun : elle leur restitue l'effet de leurs modalités de communication personnelle sur les autres membres du système, et réciproquement, en permettant de voir ces derniers d'une position différente, relativement plus « extérieure » : la circularité des réactions en chaîne devient alors souvent évidente, et suffit à déconstruire naturellement les lectures dysfonctionnelles pour en co-construire d'autres avec de nouveaux sens, beaucoup plus fonctionnels pour l'ensemble du système.

## Les résultats obtenus au niveau des soignants

Les résultats obtenus au niveau de l'équipe sont également fort intéressants : le dynamisme ainsi créé par une technique innovante stimule certains membres de l'équipe, lesquels peuvent se spécialiser dans cette nouvelle approche. La créativité des soignants est ici indispensable : à chaque nouvelle séance, l'équipe thérapeutique doit proposer des mises en situation spécifiquement choisies pour la famille, élaborées en fonction des hypothèses formulées par l'analyse systémique de la séance précédente, c'est-à-dire en suivant un raisonnement systémique conçu à cet effet. Car il s'agit ici de « sur mesure » : chaque mise en situation est singulière ; elle constitue une sorte d'« exercice surprise » pour la famille (c'est l'aspect surprenant de chaque séance qui permet à la fois de faire surgir de l'information en direct utile au système et de lui faire souhaiter la possibilité de revoir l'ensemble, et de se rendre compte des résultats obtenus en bénéficiant de la production du montage avec les soignants).

Des séances spécifiques, thématiques, peuvent être réalisées grâce à ce support d'images vidéo, sous forme :

- De séances confiées à la famille (c'est-à-dire à réaliser par les membres de la famille eux-mêmes, ensemble et à leur domicile) : les parents par exemple peuvent ramener aux thérapeutes un train d'images qu'ils estiment significatives et dont ils souhaitent débattre lors d'une séance de thérapie ; ailleurs, ces images serviront, après montage, à mettre en valeur le résultat du travail sur elle-même de la famille, gravé sur DVD et témoin du chemin parcouru.
- De reconstruction de l'histoire d'un enfant, ou de tout ou partie de la famille, par l'intermédiaire d'images spécialement ressorties d'archives de la vidéothèque familiale (pouvant ainsi compléter un travail sur l'historiogramme).
- De séances intitulées « Point de vue », au cours desquelles le caméscope servant à filmer un exercice en séance peut être confié à tour de rôle à l'un ou l'autre membre de la famille, ou des soignants, dans le but explicite de



s'intéresser au point de vue spécifique de ce membre, et d'en informer ainsi les autres membres du système, en projetant sur écran l'angle d'attaque qui a servi à visionner, et la manière dont a été utilisée la caméra.

Souvent même, l'équipe est étonnée par la pertinence de certaines réflexions des membres de la famille, lorsqu'ils visionnent le film : chacun se surprend à découvrir l'autre sous un nouvel angle. Chaque nouvelle mise en situation est un enrichissement mutuel des thérapeutes et des familles.

Ainsi, grâce à un travail essentiellement centré sur la place et sur la relation, l'équipe de thérapeutes systémiciens peut arriver à un remaniement remarquablement fort et complet de la dynamique familiale, en quelques séances particulière-

ment riches. Dans un tout autre domaine, celui de la prise en charge de troubles du comportement alimentaire, une seule séance bien ciblée peut suffire pour changer la face des places, des relations et des enjeux que se disputaient la famille : l'audio-visuel a une puissance étonnante pour mobiliser le potentiel de remaniement avec d'excellents résultats sur les présents, mais aussi les absents des membres de la famille.

## Bibliographie

ALBERNHE K., ALBERNHE T. : *Les thérapies familiales systémiques*, Masson éd., 3<sup>e</sup> éd., Paris, 2008.





Oana Boriceanu



Gérard Augier

## Intérêt des thérapies cognitives et comportementales dans la pratique de secteur

Les méthodes comportementales et cognitives ont été utilisées de tout temps et furent décrites par de nombreux auteurs. Dès l'Antiquité, Hippocrate a utilisé le premier des méthodes d'exposition pour traiter les phobies. Au début du 20<sup>ième</sup> siècle Pavlov Médecin Russe, étudie les comportements et présente en 1904 une expérience de conditionnement d'un chien au bruit d'une cloche. En 1913 Watson observe méthodiquement et expérimente les comportements. Il effectue un conditionnement et déconditionnement de phobie chez le petit Albert, emploie pour la première fois le terme de comportementalisme. En 1937 Skinner, psychologue américain, développe l'étude du conditionnement opérant: Il s'agit de l'apprentissage d'un comportement en fonction des conséquences. En 1952 Wolpe, après une série d'expériences, élabore une thérapie des phobies appelée désensibilisation systématique, premier traitement véritablement efficace des phobies, avec des données scientifiques et statistiques pour étayer ses vues. Marks en 1967 développe les traitements par exposition prolongée en imagination et en réalité. Bandura en 1977 décrit l'apprentissage social par imitation de modèle comme étant un processus fondamental.

L'ère du cognitivisme débute en 1959 à partir des travaux de Beck sur le rôle des cognitions conscientes puis préconscientes de la dépression. Il fondera en 1970 la thérapie cognitive. Et dernièrement Young développe la thérapie centrée sur les schémas avec la prise en charge des troubles de la personnalité.

De façon générale les TCC sont des thérapies d'apparition récente qui commencent à se développer dans les années 60 dans le monde anglo saxon et débutent en France vers 1971. Elles sont issues de l'application de la psychologie scientifique, et centrées sur l'ici et maintenant. Leurs objectifs sont de modifier les comportements problèmes en agissant sur les facteurs de déclenchement et de maintien du comportement perturbé, en assouplissant les schémas de pensées rigides, en augmentant les capacités d'autogestion du patient.

Pour modifier les comportements problèmes il faut étudier les pensées et les émotions qui les déclenchent selon le modèle mis au point par le professeur Beck dans les années 70 et qui part du principe qu'il existe un lien entre les émotions, les pensées, les comportements. Les patients perçoivent leurs émotions, mais de façon moins évidente le fait qu'elles sont reliées à des pensées, le plus souvent automatiques et qui reflètent leur vision de la réalité. Ces pensées vont induire leurs comportements. Il existe un lien étroit entre toutes ces composantes et l'environnement.

Sur le plan théorique, les TCC issues de l'application de la psychologie scientifique reposent essentiellement sur le modèle des **théories de l'apprentissage**. Les difficultés présentées par les patients ont été apprises et il est possible ensuite de les désapprendre. Les symptômes présents dans les troubles psychologiques peuvent être causés ou maintenus par 3 grandes familles de conditionnement.

**Le conditionnement classique ou Pavlovien** : l'exemple clinique est la phobie simple. Un enfant mordu par un chien fera une crise d'angoisse à la simple vue d'autres chiens. La technique de déconditionnement est l'exposition graduée en imagination et en réalité, c'est-à-dire la présentation répétée et prolongée des stimuli qui aboutira par le phénomène de l'habituation à la diminution de la force des réponses inconditionnelles.

**Le conditionnement opérant** : les comportements sont renforcés par leurs conséquences. C'est l'exemple de l'agoraphobie. Plus le patient fuit la situation angoissante, moins il est capable de l'affronter et plus son anxiété vis-à-vis de la situation augmente. L'application en thérapie de cette théorie est l'exposition progressive et le renforcement positif qui en découle.

**3<sup>e</sup> type de conditionnement, l'apprentissage social par imitation ou théorie de Bandura**, basée sur le principe qu'il est possible d'apprendre un comportement sans forcément l'avoir expérimenté par soi-même mais par la simple observation d'une personne, par mimétisme. L'application en thérapie est représentée par les jeux de rôle où le thérapeute montre au patient le comportement adapté.

Epictète disait : ce ne sont pas les choses elles-mêmes qui nous touchent mais l'idée que l'on s'en fait.

Les théories cognitives reposent sur la notion de **traitement de l'information**. Lorsqu'un sujet reçoit une information, il ne la reçoit pas de manière passive mais l'interprète en fonction de son système de croyances, l'évalue, et la distord. La réponse du sujet dépend autant de la manière dont il interprète la situation que de la situation elle-même.

Par exemple, le sujet dont l'ami ne rappelle pas alors qu'il lui a laissé un message, si son système de croyance est je dois être aimé par tout le monde, il aura les pensées automatiques suivantes : je l'ennuie, il ne m'aime pas, un véritable ami rappelle toujours. La réponse comportementale sera l'évitement.

L'hypothèse centrale est que les sujets dépressifs présentent des schémas cognitifs inconscients situés dans la mémoire à long terme qui filtrent l'information en ne retenant que les aspects négatifs de l'expérience vécue. Les schémas contiennent un ensemble de règles inflexibles ou postulats silencieux qui se présentent sous une forme impérative et guident les jugements que le sujet porte sur lui-même. La perte de l'estime de soi, l'indécision, le pessimisme, le désespoir irréaliste ne sont que la traduction clinique de la perturbation du traitement de l'information par les schémas. Nous allons aborder maintenant quelques techniques en TCC, notamment l'**exposition in vivo**. Le sujet va s'exposer en réalité aux situations redoutées et va tester le phénomène d'habituation en constatant la diminution de la réponse anxieuse au fur et à mesure de l'exposition. Cette technique est utilisée pour les phobies simples, l'agoraphobie, la phobie sociale. Le principe est de se confronter aux stimuli anxiogènes de façon : progressive, répétée, (plusieurs fois par semaine) prolongée (au moins 30mm), et complètement. Alors que le patient anticipe une montée sans limite de l'angoisse, il va pouvoir tester sa stabilisation et sa décrûte. La répétition des exercices d'exposition va lui permettre d'expérimenter la décroissance de l'anxiété et de constater lui-même la diminution de la réponse anxieuse. Plus il s'expose, moins le niveau d'angoisse est important et plus la durée diminue. Le but final étant l'extinction de cette réponse anxieuse.

Passons à une autre technique : l'**affirmation de soi ou entraînement aux compétences sociales**. Les comportements relationnels ont un rôle important dans la société actuelle et sont perturbés dans de nombreuses pathologies. L'entraînement à l'affirmation de soi est basé sur le travail de situations précises en jeux de rôle puis mise en application en situation réelle. Le patient va pouvoir apprendre à refuser, faire des demandes, des critiques, des compliments, mais aussi faire face aux reproches, accepter les compliments, relancer une conversation. Cette technique est utile pour des sujets inhibés, anxieux par rapport au regard de l'autre, ayant un déficit d'image et d'estime de soi.

Les techniques de **relaxation** ont une place de choix dans les troubles paniques et la gestion du stress.

*Le training autogène de Schultz* dérive de l'hypnose. Concentré sur son corps, le patient se maintient entre l'état de veille et celui de l'assoupissement. Il se trouve dans cet état de conscience intermédiaire, en acceptation passive de tout ce qui, dans son expérience sensible, vient à lui. Cette forme de relaxation aboutit aux contrôles des manifestations somatiques neurovégétatives et ensuite à leur interprétation dans les situations quotidiennes, jugées potentiellement anxiogènes par le sujet.

*La méthode de Jacobson* est une méthode plus active, particulièrement indiquée pour des sujets ayant des difficultés à s'abandonner passivement à la relaxation type Schultz. Les exercices consistent à alterner la contraction et la décontraction de 13 groupes musculaires et faire l'expérience de la relaxation musculaire et du contrôle respiratoire.

La dernière technique que nous allons aborder est la **thérapie cognitive ou restructuration cognitive**. Le principe est d'aider le patient à prendre conscience de son discours intérieur. Pour diminuer sa souffrance, il va apprendre à repérer les pensées automatiques dysfonctionnelles, les discuter puis identifier pour mieux les combattre les distorsions cognitives, ses erreurs d'interprétation, de logique qui sont responsables de ses pensées irrationnelles. Citons comme exemple la généralisation (j'échoue tout ce que je fais), la minimisation (je ne fais pas le poids), la personnalisation (c'est ma faute), l'inférence arbitraire (tirer des conclusions sans preuve), l'abstraction sélective (se fixer sur un détail sorti de son contexte). L'ensemble de ces erreurs de logique est constitué par le système de croyances, les schémas rigides, inflexibles, exigeants. Après les avoir mis en évidence, le patient va essayer de les assouplir, évaluer les avantages et inconvénients et les conséquences de son mode de pensée, de fonctionnement, responsable de la répétition des scénarios de vie.

Pour cela le patient est encouragé à faire de l'auto observation, établir des relevés de ses émotions et pensées selon le modèle des 3 colonnes de Beck. Par exemple, un patient à qui les amis n'ont pas rendu une invitation sera triste et déçu, se dira qu'il ne les intéresse pas. S'il adhère à ces pensées, la réponse comportementale sera l'évitement et un sentiment d'abandon. En thérapie, il va apprendre à discuter ses pensées, à mettre en place des pensées alternatives (une autre façon de voir les choses) et aboutira à la conclusion qu'il y a peut-être d'autres hypothèses, ce qui entraînera un soulagement et l'envie de recontacter ses amis.

Il faut surtout retenir l'esprit de la thérapie qui est de ne pas confronter le patient à des erreurs de jugement mais par un jeu progressif de questions et réponses de lui faire prendre conscience du caractère dysfonctionnel, illogique et déficitaire des principes cachés qui régissent son comportement. À travers ce dialogue socratique, le thérapeute développera la capacité d'effectuer des raisonnements alternatifs par rapport aux postulats de manière à remplacer les distorsions de logique par des réponses plus en rapport avec la réalité.

Nous allons maintenant aborder la **relation thérapeutique en TCC**, les étapes dans le déroulement de la thérapie, les indications et les contre-indications, les applications dans la pratique psychiatrique de secteur et nous allons ouvrir la perspective des questionnements concernant la notion de brièveté en TCC, les approches intégratives en TCC, l'évaluation de la thérapie....

La métaphore la plus souvent utilisée pour décrire la relation thérapeutique en TCC est celle de « deux scientifiques qui travaillent en commun sur le même problème », la relation étant basée sur une collaboration active, un dialogue permanent et une confiance mutuelle. L'approche réaliste, centrée sur l'ici et maintenant, la brièveté et le caractère structuré de la thérapie, la situation de face à face ne favorisent pas le transfert. Les émotions, la prise de conscience et le problème des structures mentales inconscientes sont abordés par d'autres moyens.

Dans ce contexte, la patient joue un rôle actif tout au long de la thérapie, il est considéré comme étant expert dans son problème et détermine lui-même ses objectifs de changement. Ainsi, le patient participe activement à la constitution de l'alliance thérapeutique. Vu sa motivation pour le changement, présente dès le début de la thérapie ou travaillée et augmentée par les entretiens motivationnels mis en place, le patient va s'exercer entre les séances en réalisant des tâches d'auto-observation, de relaxation, d'exposition.

Le thérapeute qui pratique des TCC est actif, fournit des informations et des explications au patient, en relation avec

une conceptualisation en termes d'apprentissage cognitif et comportemental et d'ordre biologique des problèmes. Il joue le rôle d'un expert qui permet de repenser les problèmes autrement, de se décentrer et de choisir les moyens de changement.

Le thérapeute est directif ou semi-directif et incitatif, il instaure un dialogue de type socratique avec le patient, propose des tâches et des exercices pratiques. Il travaille la relation égalitaire, encourage l'indépendance et l'autonomie de celui-ci.

Réformuler, récontextualiser, résumer sont des stratégies que le thérapeute utilise pour mettre l'accent sur une relation de collaboration avec le patient.

Dans le rapport collaboratif qui s'instaure entre les deux protagonistes, le thérapeute doit faire preuve d'empathie, de chaleur, d'authenticité et de congruence.

Les TCC sont des thérapies structurées, dont le déroulement respecte **plusieurs étapes**, bien définies. **L'analyse fonctionnelle ou cognitivo-comportementale** est la première de ces étapes et son but est de permettre une conceptualisation du problème, et de préciser, pour une séquence comportementale, les facteurs de maintien et les conditions de déclenchement. La grille que je vais vous présenter donne une représentation pratique du comportement problème et permet d'analyser la séquence comportementale : stimulus – émotion – cognition – comportement - anticipation et les relations avec l'environnement social du patient. Il



UNE DES CLEFS DES THÉRAPIES CC.  
C'EST LA MOTIVATION DU THÉRAPEUTE

s'agit de *la partie synchronique*, actuelle, du problème. Par exemple, une patiente dépressive qui, le matin au réveil, éprouve une tristesse et un sentiment de colère, va avoir un monologue intérieur (pensée automatique) négatif « Ma vie manque d'intérêt, je suis nulle », en lien avec un schéma inconditionnel de perfection développé dans l'enfance « Il faut toujours être le meilleur », et accompagné d'une image mentale péjorative « Les miens seraient heureux si je disparaissais ». Cela va conduire à un comportement passif « rester eu lit » vis-à-vis duquel l'entourage de la patiente va avoir une réaction négative (reproches) et qui va contribuer au développement d'une anticipation négative de la patiente « Encore une journée vide », anticipation qui, à son tour, va re déclencher le cercle vicieux de la séquence comportementale.

L'analyse synchronique s'accompagne d'une *analyse diachronique ou historique* du problème qui correspond aux :

- données structurales, antécédents familiaux et traits de personnalité,
- facteurs de maintiens (événements de vie négatifs),
- facteurs déclenchant (traumatisme ou changement existentiel),
- événements récents précipitant le trouble,
- antécédents personnels somatiques et traitements en cours.

L'analyse fonctionnelle est accompagnée d'une mesure des comportements problèmes, soit par observation directe du thérapeute ou de l'entourage, soit par auto-observation par le patient lui même à l'aide des fiches d'auto- enregistrement, soit par des enregistrements neuro-psychologiques ou psycho- physiologiques, soit avec des questionnaires et échelles d'évaluation validées. Cela permet d'établir une ligne de base du comportement problème.

L'étape suivante est la **définition des objectifs de la thérapie et l'élaboration du contrat thérapeutique**, qui porte sur les buts du traitement, mais aussi sur les moyens de changement et sur le cadre thérapeutique.

Il s'ensuit la **mise en œuvre du programme de traitement**, avec l'application des techniques comportementales et cognitives, explicitées précédemment.

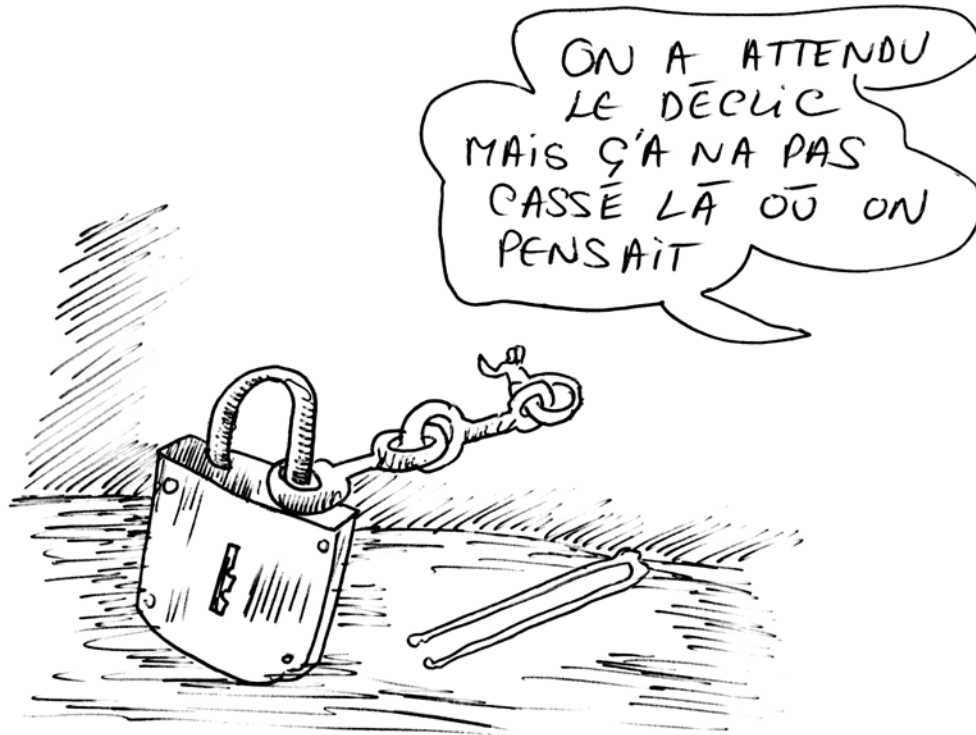
En fin de thérapie nous procédons à une évaluation des résultats, en comparant les mesures qui sont effectuées avant, pendant et après la thérapie.

Un programme de suivi et de maintenance des résultats est proposé, avec des séances à 1, 3, 6 mois et un an.

Si la thérapie dans sa globalité est structurée, chaque séance ne l'est pas moins et sa progression se fait en plusieurs temps : accueil du patient, rappel de la séance précédente (pour favoriser le lien entre les séances), la revue des tâches et le bilan de la semaine (permet de vérifier et d'augmenter les capacités d'auto-observation du patient, sa motivation et de mesurer le comportement cible), l'agenda de la séance et l'application des techniques comportementales et cognitives, la proposition de tâches à réaliser jusqu'à la séance suivante (le travail continue entre les séances), le feedback et le résumé de la séance (qu'est-ce que le patient a retenu de la séance, sur quoi on a travaillé, qu'est-ce qui a été oublié, lui a déplu...)

Si les phobies simples ont été l'indication de prédilection au début des thérapies comportementales, le développement de l'approche cognitive a permis une extension de l'utilisation des TCC, dont l'efficacité est reconnue par des conférences de consensus. **Les indications** sont élargies à tous les troubles anxieux, la dépression, le stress post traumatique, les troubles du comportement alimentaire, le traitement des hallucinations psychotiques ainsi qu'à la réhabilitation





des psychotiques chroniques, aux troubles sexuels, troubles de la personnalité, dépendances comportementales et toxicomanies, problèmes psychologiques de l'enfant et de l'adolescent et plus récemment le trouble bipolaire. Il existe quelques contre-indications comme les psychoses en phase de décompensation, la dépression mélancolique ou l'impossibilité de définir clairement les buts de la thérapie avec le patient.

Les TCC font incontestablement partie du paysage des psychothérapies. À travers une approche structurée, semi-directive, basée sur le rapport collaboratif patient-thérapeute, la TCC est centrée sur les comportements cibles et les problèmes quotidiens. Son but est de promouvoir des changements et de développer chez le patient les capacités d'auto-gestion, d'auto-régulation de ses comportements. La généralisation des stratégies de changement apprises en thérapie, à des situations extérieures à la thérapie et la mise en place des stratégies de maintien et de prévention de la rechute explique l'absence de 'substitution de symptômes', dans la mesure où un comportement plus satisfaisant se développe et le système dysfonctionnel de schémas de pensée se trouve assoupli, modifié.

**TCC thérapies brève ?** Nous pouvons parler d'une brièveté relative, car, si pour certaines indications comme les phobies, la dépression, les troubles sexuels, la thérapie se déroule sur dix à vingt séances, dans des indications comme la réhabilitation des psychotiques et les troubles de la personnalité, la thérapie peut durer plusieurs années. De plus, dans l'approche de ces derniers, des méthodes intégratives se développent : la thérapie cognitive centrée sur les schémas

de Young, la thérapie comportementale dialectique pour les patients état-limite, développée par Linehan qui associe des techniques comportementales, cognitives, psychanalytiques, humanistes.

**Quelle place donner aux TCC dans la pratique clinique d'un psychiatre de secteur ?** Au niveau des consultations *en CMP*, elle est dans la prise en charge de certains patients souffrant de troubles anxieux, dépression, stress post-traumatique, TCA. Dans *les hôpitaux de jour et les CATTP*, elle est avec la participation de l'équipe infirmière (d'où l'intérêt de la formation des infirmiers aux TCC), dans les prises en charge en groupe d'affirmation de soi, de relaxation, des programmes psycho-éducatifs et de réhabilitation pour les patients souffrant de schizophrénie et de troubles bipolaires ou encore les entretiens motivationnels en individuel ou en groupe en addictologie. L'application des TCC dans les *consultations de liaison en hôpital général* pourrait trouver une indication dans la gestion de l'anxiété préopératoire, la modification des attitudes devant la douleur aiguë ou chronique, devant la mort. Une approche cognitivo-comportementale s'avère utile dans les consultations de psychiatrie aux *urgences de l'hôpital général*, par exemple pour la gestion de la crise suicidaire ou du stress aigu.

Mais les méthodes de gestion de stress pourraient avoir une application dans la psychologie du travail *au niveau des équipes soignantes* (amélioration des techniques de communication, résolution de problèmes, mise en place des renforcements positifs des tâches...).



Bernard Gente

## Présentation de la méthode EMDR

### A. La découverte de l'EMDR

- Par Francine SHAPIRO, psychologue clinicienne américaine, membre du MRI, le « Mental Research Institute » de Palo Alto, il y a 20 ans.
- Au « Golden Gate Park », à San Francisco.

### B. Sigles

- EDMR : Eye Movement Desensitization & Reprocessing (mouvement des yeux, désensibilisation et reprogrammation).
- SBA (Sollicitations Bilatérales Alternées gauche-droite) visuelles, auditives ou tactiles.

### C. Le modèle du traitement adaptatif de l'information – Shapiro

- Système physiologique de traitement de l'information dans lequel les nouvelles informations entrantes sont prises en compte et intégrées dans le stock des souvenirs pré-existants, avec leurs composantes perceptives, émotionnelles et mentales, en lien avec les différents réseaux de mémoire, et avec disparition (ou diminution) de l'éventuelle dimension de détresse émotionnelle vécue pendant certains événements de la journée. Ceci a lieu automatiquement la nuit, pendant le sommeil paradoxal.
- Les réseaux sont organisés à partir de l'évènement le plus ancien pour chaque catégorie d'évènements. Les souvenirs relatifs à un incident récent peuvent contenir des éléments relatifs aux événements antérieurs de la même catégorie.

- Si des souvenirs douloureux restent non complètement intégrés, ils deviennent la source de symptômes dérangeants, pouvant relever de l'ESPT (Etat de Stress Post Traumatique), en anglais PTSD (Post Traumatic Stress Disorder). Dans ce cas, l'information est dite dysfonctionnelle.
- Le mouvement des yeux (et autres SBA) favorisent l'intégration.

### D. Indications

- Les traumatismes psychiques simples (voir annexes).
- Tous symptômes ayant une origine traumatique.
- Les empoisonnements psychiques (voir annexes) peuvent causer différentes pathologies : phobies, attaques de panique, TOC, dépressions, psychoses, maladies psychosomatiques. Le processus est alors plus long.

### E. Contre indications nécessitant une préparation préalable ou un refus de traitement

- Dissociation (dépersonnalisation, déréalisation, symptômes psychosomatiques multiples, dépression récurrente).
- Impossibilité à s'approcher des souvenirs traumatiques, Inhibition émotionnelle, Un moi insuffisamment fort.
- Risque (cardiaque,...) à revivre une émotion forte. (OK si OK pour voir un film à suspense).
- On doute de l'authenticité du discours du client.
- Utilisation d'opiacés ou de benzodiazépines. (Pas de problème avec les antidépresseurs et le lithium. C'est même souvent nécessaire et facilitant).
- Sevrage récent pour un ex-toxicomane (Risque de rechute).
- On sait qu'on ne va pas voir le client pendant plusieurs semaines.

Souvent, l'EMDR peut apporter un plus. Son utilisation est délicate et peut demander des préparatifs longs. Mal utilisé, il peut être néfaste pour le client (décompensation,...). L'effet est souvent puissant. Il vaut mieux s'entourer de précautions afin qu'il soit positif.

#### Psychothérapeute

Psychothérapeute en libéral à Chambéry, psychologue clinicien (Université Paris V, cursus groupe, famille, institution), Analyste des pratiques professionnelles, Ingénieur Arts & Métiers.

## F. Les étapes du processus thérapeutique en EMDR

Il y a 3 grandes étapes, la préparation initiale, et puis, pour chaque souvenir difficile travaillé, le protocole EMDR de travail, suivi de la vérification du maintien du résultat dans le temps. Cela peut se décomposer ainsi :

1. La préparation.
2. Le travail sur un souvenir difficile
  - 2.1. Une évaluation structurée des composantes
  - 2.2. Désensibilisation
  - 2.3. Installation
  - 2.4. « Scanner », passage en revue de tout le corps
  - 2.5. « lieu sûr »
3. Re-évaluation

## G. Illustration de ces étapes par un cas clinique

La cliente est dans la trentaine. Elle a déjà fait un travail personnel conséquent. D'autres circonstances favorisent un démarrage rapide de l'utilisation de la technique EMDR.

**La phase dite de préparation**, qui peut quelquefois durer plusieurs mois, notamment quand la personne s'est construite en se clivant de ses émotions, a duré ici 45 minutes, au début de la 1<sup>ère</sup> séance. Elle s'est déroulée ainsi :

- « Pour une fois, j'étais prête à m'engager. Mais lui non. L'horloge biologique tourne. L'idée de risquer de ne pas avoir d'enfant me fait souffrir ».
- « Je suis très en colère contre ma mère. Elle n'est pas autonome ».
- Ses parents ont divorcé quand elle était adolescente. Elle a des frères et sœurs plus âgés : « Ils sont un peu mes piliers, plus que ne le sont mes parents ».
- « Mon estime de moi n'est pas encore très bonne. Ces derniers temps, j'ai beaucoup grossi. J'ai de la culpabilité et de la colère dans le ventre. J'ai mal aux épaules depuis décembre. C'est le moment où cela commencé à aller mal entre nous ».
- Je vérifie qu'elle a un « lieu sûr ». « Oui ». Le « lieu sûr » est un lieu où le client se sent détendu et en sécurité. Il fait l'objet d'un travail spécifique, non détaillé ici.

Je vais maintenant résumer le reste du travail EMDR fait pendant cette 1<sup>ère</sup> séance, au risque d'utiliser un vocabulaire spécialisé avant même de vous l'expliquer. Je reviendrai ensuite à la description des étapes du processus, avec explication et illustration, à chaque étape, par le détail du contenu de la 2<sup>ème</sup> séance. Voici donc le résumé de la fin de la 1<sup>ère</sup> séance, avec un premier souvenir difficile, très récent, une rupture amoureuse :

1<sup>ère</sup> séance de travail EMDR sur une « cible » : (La « cible » est l'association simultanée de l'évocation du moment le plus difficile du souvenir travaillé, l'émotion, le ressenti corporel et la « Cognition Négative », un jugement négatif porté sur soi-même).

- « On avait passé plusieurs heures au téléphone. Ça couvait depuis quelques temps. Il me dit : « Alors, on arrête là ! ». Et là, quelque chose s'est arrêté ».
- La « Cognition Négative » est : « Je ne sais pas retenir l'homme que j'aime ».
- La « Cognition Positive » est : « Je suis capable d'être en couple ».
- Conditions de début : Degré de « vérité » de la CP : 2 sur 7, Niveau de détresse : 8 sur 10.
- L'émotion est la tristesse : « Je me sens perdue, abandonnée ».
- Elle ressent cette tristesse au niveau du plexus : « Ça me coupe la respiration. J'ai la tête cotonneuse ».

**Pendant la phase de désensibilisation**, elle passe par les états et les associations suivantes : (Cette phase est ponctuée de séries de SBA, en général des mouvements oculaires, chaque série étant invariablement suivie de la même question : « qu'est-ce qui est là pour vous, maintenant ? ». Dans ce qui suit, un tiret représente une série de mouvements oculaires).

- la colère
- la haine contre ma mère
- « J'ai envie de m'occuper de moi mais je n'ai pas envie que ma mère, qui est à l'intérieur de moi, en profite ».
- « J'ai envie d'expulser ma mère de mon corps ».
- « Je suis en colère contre moi-même. Je n'en ai pas assez fait pour que ça marche, avec mon ami ».
- « C'est de la honte qui arrive maintenant. Car des hommes m'ont trouvée trop entreprenante, au niveau sexuel. Je ne suis pas normale ».
- Je décide d'intervenir. « Ah bon, vous trouvez ça anormal. Moi, je trouve ça plutôt normal, quand on est amoureux. C'est le contraire qui serait étonnant ». Je fais donc une sorte de « recadrage ».
- « C'était la 1<sup>ère</sup> fois que je désirais et que j'aimais tendrement en même temps un homme ».
- « Je suis trop contente d'être aimée ou désirée. Dans ce cas, j'ai tendance à aimer automatiquement l'homme en question ».
- « J'ai envie d'être seule cet été ».
- « J'ai envie d'apprendre à m'aimer moi-même ».
- Je sens que la détresse a baissé. Je lui demande quel est maintenant ce niveau : « 3 sur 10 ».
- Je lui fais faire un « retour sur cible » et je continue la désensibilisation ;
- Elle prend acte de la séparation.
- Conditions de fin : Niveau de détresse : 0 sur 10.
- La désensibilisation a duré 30 minutes.
- Je lui rappelle que la CP (**Cognition Positive**) était : « Je suis capable d'être en couple » et lui demande si elle souhaite la modifier.
- Elle modifie un peu cette croyance positive : « Oui, je suis capable d'être en couple, mais j'ai pas envie tout de suite ».
- Degré de vérité de la CP : 7 sur 7.

- Je lui fais faire le « passage en revue de son corps », du haut en bas, les yeux fermés, et lui demande ce qu'elle ressent.
- « *Je suis ankylosée. Je me sens grosse au niveau des cuisses. J'ai toujours cette sorte de corset dans le dos. J'ai les épaules encore tendues et j'ai encore du mal à respirer. Mais, au niveau du ventre, ça va, et dans la tête, ça va aussi* ».
- Elle se sent un peu flageolante en se levant.
- Je lui recommande de se tenir à la rampe en descendant et de prendre le temps de marcher un peu avant de conduire.
- Cette 1<sup>ère</sup> séance a duré 1h40, dont 55 minutes de travail sur un 1<sup>er</sup> souvenir difficile.

## 1. La préparation

Elle est de durée très variable en fonction : de l'état du patient, du type de traumatisme psychique qu'il a subi.

Elle comprend :

- Une mini formation à ce qu'est l'EMDR et aux effets à attendre,
- l'élaboration de la liste des symptômes actuels,
- l'élaboration de la liste des événements importants de la vie du patient (notamment de ceux qui pourraient avoir été traumatisants, mais aussi des événements heureux),
- l'évaluation de l'état de préparation du patient pour un traitement EMDR,
- l'instauration de l'alliance thérapeutique,
- Une éventuelle éducation du client par rapport à ses symptômes,
- Un éventuel développement (ou création) de ressources (la confiance en soi, l'estime de soi, la sécurité, la gestion des émotions,
- quelquefois faire régresser les stratégies d'évitement mise en place par le client,
- La visualisation du « lieu sûr » (pour clôturer les séances incomplètes et aider le client entre 2 séances).

Je reviens au cas clinique et à la 2<sup>ème</sup> séance :

— Elle est en colère :

- « J'éprouve de la rage par rapport à ma mère ».
- « Je suis étonnée. Je ne sais pas quoi faire avec ça ».
- « Je suis en conflit avec le directeur du lieu où je travaille ».
- « J'ai l'impression d'en vouloir à toutes les figures d'autorité ! ».
- « En ce qui concerne la rupture avec mon ami, ça va, je ne suis pas effondrée ».
- « Je culpabiliserais presque de ne pas être triste ».
- « J'ai l'impression de faire une crise d'adolescence, de séparation, d'affirmation de moi ».
- « Je me sens engluée ».
- « J'ai l'impression que toutes les colères que je n'ai pas eues remontent maintenant ».
- « J'ai l'impression que je me révolte, que je rejette la moindre contrainte, la moindre emprise ».
- « J'ai peur des passages à l'acte. Par exemple, hier, je

suis sortie brusquement d'une réunion car, sinon, j'allais m'énervier vraiment ».

- Je me dis que j'ai démarré le processus EMDR un peu vite lors de la 1<sup>ère</sup> séance. Cela a des effets dans sa vie sociale. Je me dis aussi qu'elle aurait besoin de faire un travail EMDR sur une cible impliquant sa mère.
- « *Etes-vous prête à accepter l'idée de changer, y compris aux yeux des autres ?* »
- Elle prend son temps avant de répondre. Je sens que ma question lui fait de l'effet.
- « *Votre question me touche ... Oui, je suis prête* ».
- « *Il y a des gens dans vos proches qui ne vont pas forcément apprécier le changement* ».
- « *Oui, c'est OK* ».
- « Je vous propose de travailler sur un autre souvenir difficile aujourd'hui, sur un souvenir difficile avec votre mère ».
- « *D'accord* ».

La préparation a été plus courte, 15 minutes, dans cette 2<sup>ème</sup> séance.

## 2. Le travail sur un souvenir difficile

**2.1. Une évaluation structurée des composantes cognitive, quantitative, émotionnelle & de ressenti corporel** (partie apparemment complexe, quantifiée, et donc anti-thérapeutique, mais souvent rapide et bien acceptée).

- Le client décrit l'image la plus dérangeante associée à la situation.
- CN : Il identifie la Croyance irrationnelle Négative sur soi-même associée à l'image [par exemple « *Je suis coupable* » ou « *Je ne mérite pas d'être aimé* »].
- CP : Il choisit la Croyance Positive désirée [ « *J'ai fait ce que j'ai pu* » ou « *Je mérite d'être aimé* »].
- Il évalue à quel point, en pensant à l'image difficile, cette cognition positive est vraie, sur une échelle allant de 1 à 7 (où 1 signifie « *C'est complètement faux* » et où 7 signifie « *C'est complètement vrai* »). En début de traitement, l'évaluation est souvent très proche de 1. À la fin d'une séance réussie, l'évaluation est à 6 ou 7 (En plus de créer une base qui permettra au clinicien de vérifier que le traitement est terminé, cette mesure permet de favoriser la rapidité de traitement en forgeant ou en amplifiant le lien entre le souvenir actuellement traumatique et l'information émotionnelle visée, opposée à l'information émotionnelle actuelle).
- Le client combine l'image visuelle et la CN. Ceci active les réseaux de mémoire et active souvent une émotion forte. Il identifie cette émotion, (Mettre une étiquette sur cette émotion permet au client de verbaliser une émotion, ce qu'il peut ne jamais avoir fait auparavant. Ceci facilite aussi le traitement préliminaire de l'information. De plus, cette information va permettre au client et au psy de constater comment l'état émotionnel va évoluer pendant la séance. Il évolue en général rapidement et énormément).

- Il évalue son niveau de détresse sur une échelle allant de 0 à 10, (où 0 signifie « Il n'y a pas de détresse » et 10 signifie « C'est la détresse maximum »).
- Le client identifie et localise le ressenti corporel évoqué par l'image traumatique, (Ceci va lui permettre d'identifier et d'étiqueter le ressenti corporel en temps que tel (par exemple « la gorge serrée ») et de distinguer celui-ci de l'interprétation cognitive qui l'accompagne (par exemple « Je suis nul »)).

Je reviens au cas clinique pour cette évaluation structurée de l'état de la cliente.

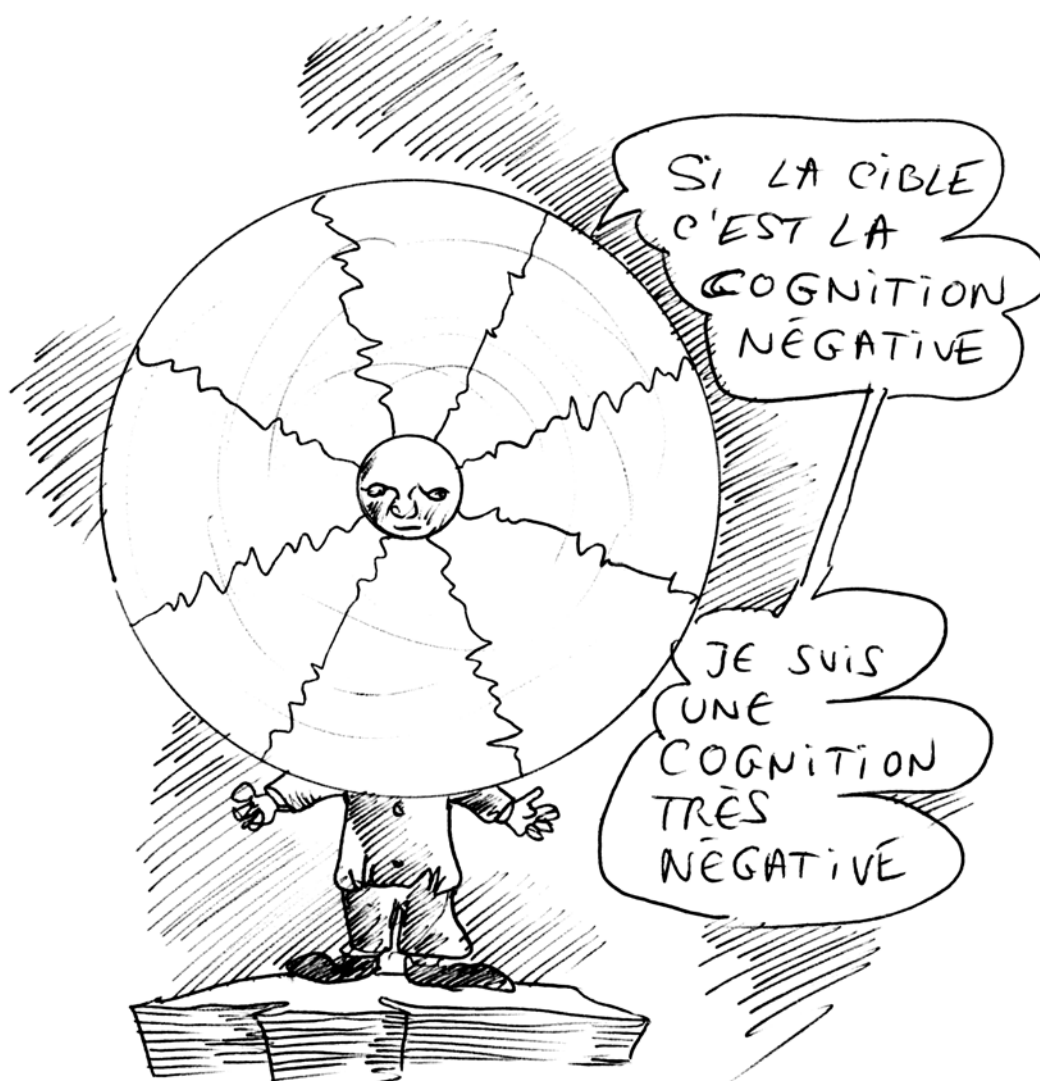
2<sup>ème</sup> séance de travail EMDR sur une 2<sup>ème</sup> « cible » :

- Situation - Image : « C'était chez ma mère, il y a un mois. Il y avait aussi mon beau-père. Je l'aime bien. A un moment, ma mère lui a dit, en parlant de moi : « Oh, je ne m'en fais pas pour elle. Elle s'en sortira bien, comme d'habitude ». Et j'ai senti qu'elle disait ça avec jalousie, pas avec fierté. Je n'ai rien répondu. Je m'en veux ».
- Dans la recherche de la CN, elle passe par : « Je resterai toujours sous son emprise ; Je ne suis pas capable de lui répondre » et choisit : « Je n'arrive pas à affronter ma mère ».

- Après avoir évoqué : « Je suis adulte », « Je peux lui répondre », La CP retenue est : « Je peux affronter ma mère ».
- Conditions de début : Degré de vérité de la CP : 2 sur 7, Niveau de détresse : 8 sur 10.
- L'émotion est l'humiliation : « Je me sens nulle, seule. J'ai l'impression de retourner à l'âge de 18 ans, de me sentir inexistante ».
- Le ressenti corporel est au niveau du plexus : « Je suis oppressée. J'ai de la difficulté à respirer. J'ai les épaules tendues ».

**2.2. Désensibilisation :** (phase répétitive, qui prend du temps, « cœur » de l'EMDR).

- On demande au client de se concentrer sur l'image, la CN & le ressenti corporel, puis de laisser simplement advenir ce qu'il advient.
- En même temps, le clinicien « donne » des SBA au client.
- Après chaque groupe de SBA, le psy demande au client ce qui s'est passé de nouveau pour lui, à quelque niveau que ce soit, image, ressenti corporel, émotion, idée (si nécessaire, il lui demande aussi, ou il lui suggère par sa propre action, de prendre une bonne respiration).



- Ceci est répété de nombreuses fois, tant qu'il y a évolution, et jusqu'à ce qu'un état détendu soit atteint et que le niveau de détresse émotionnelle soit égal à 0.
- Pendant la phase de désensibilisation, la cliente passe par les états et les associations suivantes ; (Je prends, ici, le parti-pris de la quasi exhaustivité, afin d'essayer de vous faire saisir la densité du travail psychique effectué. J'ai parsemé le discours de quelques éléments de réflexion et de contre-transfert. Je prends note des séries de mouvements oculaires).
- « Je suis dans le froid ».
- « Je me sens toute petite, les épaules rentrées ».
- Je pense à la position du fœtus.
- « Ma mère est grande, à côté de moi. On ne se regarde pas ».
- « C'est difficile d'aller vers la colère ».
- « J'éprouve les sensations d'avant. Je ne suis pas bien du tout. Je me sens agressive ».
- « J'ai une sensation de froid, sur ma gauche ».
- C'est le côté où je ne suis pas. En EMDR, on a un pied dans le passé et un pied dans le présent. La sécurité ressentie dans le présent, à côté du psy en lequel on a confiance, aide à revivre l'expérience difficile passée.
- « Ma mère est une étrangère pour moi ».
- « Je sens une boule noire au niveau du plexus ».
- « J'aurais aimé casser des assiettes ».
- Elle tousse à plusieurs reprises.
- « J'en ai marre d'être celle qui reçoit et qui garde ».
- « J'ai peur. J'ai peur d'elle. J'ai peur de sa méchanceté ».
- « J'ai peur pour elle. J'ai peur qu'elle soit abandonnée ».
- « Une image ancienne me vient. Je sais qu'elle n'est pas vraie. Je suis par terre. Ma mère me donne des coups de pied. J'ai mal derrière la tête ».
- « Si je suis en colère, je suis comme elle ».
- « Je suis coincée ».
- « Je vais devenir agressive si je ne sors pas ma colère ».
- « J'en ai marre de la protéger à mon détriment ».
- « Je m'en veux de ne pas sortir ça ».
- J'interviens : « Laisser venir ce qui vient et laissez ne pas venir ce qui ne vient pas ».
- Je vois qu'elle est touchée. Elle se met à pleurer.
- « C'est que vous êtes gentil avec moi. Je sens le décalage entre ça et la relation avec ma mère ».
- « J'ai l'image (c'est elle qui parle) de la fleur qui veut pousser et qu'on empêche de pousser »
- « Les hommes m'ont mis tous leurs trucs à porter, comme ma mère. Ils m'écrasaient. Je me sentais nulle ».
- « J'ai des envies de meurtre ».
- « J'ai toujours essayé de lui dire « Je t'aime » mais je ne le ressens pas ».
- Je vérifie qu'elle parle de sa mère. « Oui ».
- « Au lycée, quand j'étais ado, j'avais un problème de poids, j'avais un gros pull tricoté par elle, très laid, c'est un poids à porter ».
- « J'ai mal au dos ».
- « C'est horrible de grandir dans cette famille »
- « J'entends ma mère me dire : « T'as pas le droit de changer et de me lâcher ».
- Je mesure le niveau de détresse. « 7 ou 8 ». Je fais un « retour sur cible ».
- « Je ne peux pas l'affronter. Elle ne s'adresse pas à moi. Elle s'adresse à lui, à mon beau-père. Je n'existe pas ».
- On voit ici comment le retour sur cible permet d'amorcer une exploration d'un autre registre, en quelque sorte d'un autre canal neuronal.
- « Me mettre en colère, c'est exister ».
- « Il faut que j'accouche de moi-même ».
- Je suis touché et impressionné par son travail.
- « Il y a de la violence ».
- « Elle nous a toujours mis là-dedans, être victime ou être agresseur ».
- « Je me sens cotonneuse, chargée ».
- Son péristaltisme s'ouvre. J'entends son ventre gargouiller avec fluidité.
- « Je ne sais pas quoi faire de cette mère ! ».
- Je ris. Elle rit. Nous rions ensemble. Cela crée de la complicité entre nous
- « Si je rentre en conflit, c'est comme si je l'abandonnais ».
- « Elle nous a demandé d'être ses parents ».
- « Ma sœur est quelquefois agressive ».
- Je mesure son niveau de détresse. « 5 sur 10 ». Ça a baissé mais nous sommes encore loin du compte. Je fais encore un « retour sur cible ».
- « Qu'elle prenne ses responsabilités ! ».
- « Qu'elle s'adresse à moi ! ».
- « Ma mère est une gamine. J'en ai marre ! ».
- « On n'a pas le droit d'être en colère contre sa mère ».
- « Ma mère m'envoyait tout le négatif. Je ne suis pas une poubelle ! ».
- Je pense à l'effet d'une identification projective massive de la part de sa mère. Je ne dis rien.
- « Juste avant ma naissance, je me suis retournée, et je suis sortie par les pieds »
- « La boule noire est en train de sortir de moi ! »
- « J'ai l'impression que je revis ».
- Je suis très touché. Mes yeux s'humidifient.
- Elle pleure.
- Je fais du « tapping » (je tapote alternativement ses genoux droit et gauche).
- Je mesure le niveau de détresse : « 0 sur 10 ».
- La désensibilisation a duré 37'.



### 2.3. Installation :

- SBA avec des paramètres de vitesse et de durée différents. (Favorise l'expression et la consolidation des nouvelles pensées du client à propos de lui-même. Souvent l'acceptation de soi-même et des perceptions positives caractérisent ces pensées).
- Le clinicien renforce les croyances positives grâce aux SBA jusqu'à ce que la confiance dans cette croyance atteigne 6 ou 7.
- Je commence l'installation. Les associations suivantes arrivent :
  - « Il reste de la peur ».
  - « La peur du changement, la peur de décevoir mon beau-père ».
  - « Je les vois plus petits ».
  - « J'ai la tête qui tourne ».
  - « C'est comme si on me redonnait la vie ! ».
  - « Le corset métallique éclate ! ».
  - « J'ai envie de ça depuis des années ».
  - « Là, je le ressens ».
  - « J'ai envie de recevoir du bon ».
  - « J'ai envie d'en donner aussi ».
  - « Je ne suis plus en colère ».
  - « J'ai envie ».
  - « Je suis triste pour elle ».
  - « Je ne peux pas être sa mère ».
  - « J'ai le droit d'être en colère contre elle ».
  - « Je me vois aller la prendre dans mes bras et lui dire : « Je t'aime » ».

- « C'est elle qui ne va pas bien ».
- Elle pleure un moment.
- Je fais du « tapping ».
- « La boule noire est devenu une boule de chaleur et de lumière ».
- « J'ai envie d'être enceinte ».
- « Je suis capable de prendre soin de moi ».
- « Je me sens vivante, rassurée ».

### 2.4. « Scanner »

Passage en revue de tout son corps par le client, pendant qu'il évoque simultanément la situation initiale et la CP, à l'écoute des ressentis corporels. (Vérification que la détente est totale, qu'il n'y a pas de tension. S'il y en a, continuation du traitement SBA).

Je lui fais passer tout son corps en revue, en associant avec la CP.

- « Je me sens apaisée, présente à moi-même ».
- « L'épaule gauche est encore douloureuse ».
- « Je me sens plus grande, plus légère ».
- Je souris.

### 2.5. Si nécessaire, faire recontacter par le client son « lieu sûr »

- Il est possible que le traitement continue de façon autonome après la séance.
- Noter le matériel nouveau qui pourrait arriver (rêves, intrusions, pensées, souvenirs, émotions). (Ceci permet

- d'en parler à la séance suivante et incite le client à être à l'écoute de ce qui se passe en lui-même).
- En partant elle me serre la main avec chaleur, en faisant durer un peu ce moment.
- Cette 2<sup>ème</sup> séance a duré 1h15, dont 15 minutes de ré-évaluation (suite au 1<sup>er</sup> travail EMDR) incomplète, et 1h de travail sur un 2<sup>ème</sup> souvenir difficile.
- C'est une séance qui m'a enthousiasmé et qui m'a donné de l'énergie.
- C'est la 1<sup>ère</sup> fois que je procède aussi rapidement. Apparemment j'ai bien fait. Les conditions étaient très favorables.
- J'ai hâte d'être dans la 3<sup>ème</sup> séance avec elle et de savoir ce qu'elle va dire en début de séance.

### 3- Ré-évaluation

- A la séance suivante, vérifier que :
- l'effet du travail s'est bien maintenu,
- la vie sociale du client n'est pas affecté par le traitement.

- Détecter :
- un éventuel autre souvenir difficile à travailler,
- une autre ressource personnelle à développer.

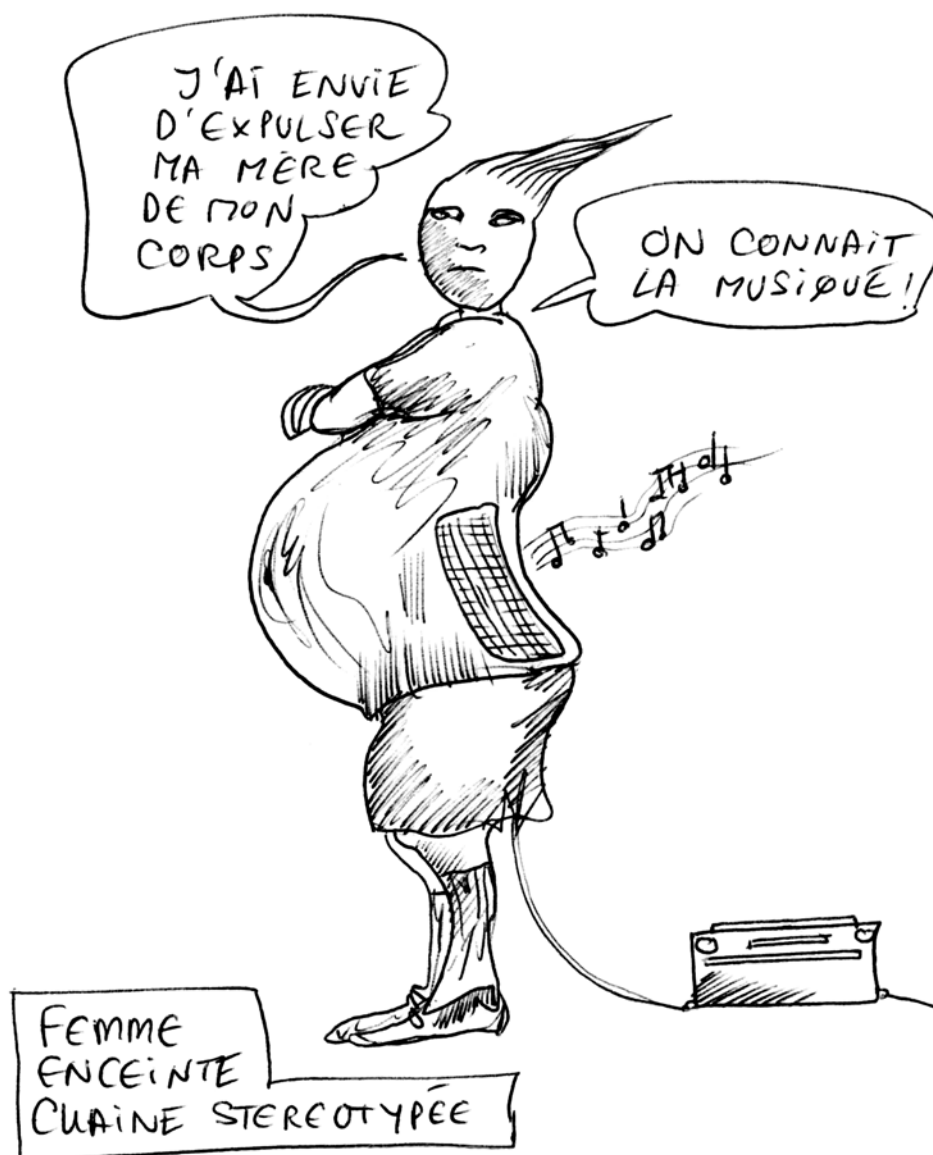
(processus itératif).

### Annexes :

LES 3 CATEGORIES DE TRAUMATISMES PSYCHIQUES, selon Jacques ROQUES, praticien EMDR, médecin et psychanalyste à Montpellier, dans : « *Guérir avec l'EMDR ; traitement, théorie, témoignages* » SEUIL, 2007.

1. Les traumatismes psychiques simples (p24)
2. Les traumatismes psychiques complexes (p187)
3. L'empoisonnement psychique (p117)

UNE IDEE DE CE QUI SE PASSE AU MOMENT DES SBA :  
Comment fonctionne la thérapie EMDR ? dans Jacques ROQUES, « *Guérir avec l'EMDR* », (p57 à 83).





Jean-Louis Aguilar

## Triptyque d'art-thérapie

### Avant-propos

J'exerce la profession d'infirmier depuis 1986 et je suis infirmier Art-Thérapeute depuis 1996. La mise en place d'ateliers d'art-thérapie au sein du Centre de Psychothérapie du Centre Hospitalier de Béziers m'a mis face à une triple contrainte. Une première contrainte était administrative, c'est-à-dire qu'il m'a fallu obtenir outre la reconnaissance de ce travail d'Art-Thérapeute, également une salle et du matériel pour accueillir les patients. La deuxième contrainte est médicale, le médecin étant le prescripteur d'ateliers thérapeutiques. La troisième contrainte est dans la prise en charge de la population qui est reçue en psychiatrie publique, c'est-à-dire en majorité des psychotiques et une affluence de personnes démunies et dans la précarité. À partir de ce constat, j'ai élaboré un triptyque d'art-thérapie, que je décline en trois volets : premier volet = recherche d'identité, second volet = adaptation à sa réalité et réadaptation à la réalité, troisième volet = resocialisation. Ce triptyque d'art-thérapie peut permettre une prise en charge globale du patient psychiatrique.

### Introduction

#### Définition de l'Art-Thérapie par J.P. Klein\*

Le seul fait que la production qui ne figure pas la personne de façon explicite, se déploie dans un espace-temps psychothérapique, suffit pour que forcément la production soit imprégnée dans des problématiques mêmes du sujet qui sait qu'il vient pour les résoudre. Il s'agit de ce que j'ai appelé une « stratégie du détour », pour que le malade se dise d'autant plus profondément que de façon travestie. Le traitement de cette production synchrétique en thérapie varie alors selon *deux options* :

1. **L'Art-Thérapie expressive** : elle procède à une analyse des productions ainsi fournies de la même façon qu'une psychothérapie traditionnelle à quoi elle a ajouté un temps supplémentaire de la production présente.
2. **L'Art-Thérapie créative** : la création de production en thérapie importe en soi et il ne s'agit pas avant tout de se précipiter dessus pour en extraire de la signification.

L'Art-Thérapie repose sur *trois conditions* :

- La première condition est le projet global de la rencontre : la transformation positive de la personne (en soin) par elle-même.
- La deuxième condition est la proposition par le soignant du cadre de la représentation thérapeutique.
- La troisième condition est qu'il n'y ait pas de programmation du contenu.

En conclusion : Il ne s'agit pas en effet de faire ingurgiter à l'autre un symbolisme préalable, sur l'antique modèle de la mission religieuse, de l'enseignement (laïc ou non), de la conversion idéologique, ce qui maintient l'homme en aliénation (avec la version perverse qu'il parvient même à croire qu'il a trouvé par lui-même ce que l'autre voulait qu'il trouve...). En thérapie, la liberté peut advenir à partir de notre proposition à la personne en soin d'un autre théâtre, un cadre où elle sera « libre » de répéter d'abord cette figure d'aliénation, figure que l'on tentera de faire évoluer.

« L'art en thérapie » – J.P. Klein

### Le triptyque art-thérapeutique

Il s'agit d'un outil tridimensionnel pour une prise en charge globale du patient psychiatrique.

#### A. Volet 1 : Identité

##### 1. Atelier Création : Art-Thérapie expressive

- **Hypothèse de travail** : chez le psychotique, la forclusion du nom du père (Lacan) amène le sujet dans une recherche permanente d'identité. Dans procréation il y a création ; il s'agit ici d'une renaissance du sujet. L'Atelier Création donne la possibilité au sujet de trouver une identité à travers la médiation artistique.

Infirmier art-thérapeute

Centre de Psychothérapie Camille Claudel du Centre Hospitalier de Béziers.

- **Objectif** : pour le psychotique, la problématique de l'être au monde peut être momentanément oblitérée par l'entremise de l'art. Cette possibilité d'identité va permettre une renarcissisation et plus tard une resocialisation.

Cet atelier s'inscrit dans un cadre de psychothérapie médiatisée pour la peinture, il fonctionne avec un groupe ouvert. Ce qui est exprimé par le patient peut être repris par un psychologue ou un médecin psychiatre.

Chaque patient laisse ses productions (dessins et peintures) qui sont archivées et garanties par le secret professionnel. Les observations notées au cours de l'atelier sont redonnées au cours de la réunion (staff) hebdomadaire dans chaque unité.

## 2. Déroulement d'une séance médiatisée par la peinture

- Dans un **premier temps**, le matériel est disposé sur la table (peintures, pinceaux, brosses, etc.), les feuilles de dessin (65 x 50 cm) sont punaisées aux murs ; les patients peignent debout. Cette obligation de peindre debout amène la participation du corps et de la gestuelle. Les patients bougent devant la feuille, autour de la table. Les stimulations sensorielles permettent la restauration des fonctions opératrices et sensitives. La musique dite figurative est utilisée comme fond sonore et elle doit permettre la production d'images (visualisation).
- **Deuxième temps** : la séance dure entre 45 minutes et une heure. Les soignants participent à l'activité de façon non persécutrice, mais plutôt adoptent une attitude visant à stimuler le patient pour lui permettre de s'exprimer.

« L'atelier de psychothérapie médiatisée propose un cadre psychothérapeutique spatio-temporel rigoureux qui permet aux patients de traduire des conflits sur un autre terrain que celui du langage. Deux médiations complémentaires sont utilisées : la peinture (thème libre) et la musique. L'idée de base est que la capacité créative est inhérente à la condition humaine et qu'elle peut être retravaillée en atelier : le patient peint quelque chose de personnel et introduit sa subjectivité et son ressenti de nouveau dans le champ relationnel.

Ainsi le(s) thème(s) peint(s) est/sont repris par la suite en entretien individuel ou même en cours de séance si le patient en manifeste le désir. Une expérience personnelle, une action sur le Monde, nouvelle et créatrice permet d'échanger à partir du matériel ou vécu intérieur grâce au support pictural.

Si le patient, en prise à un Monde envahissant (hallucinations, délire, vol de la pensée) ou tout puissant par rapport au Monde (mégalo manie), peint quelque chose de personnel il peut retrouver un Moi ici-maintenant affirmant la bonne distance par rapport au devenir ambiant. » (E. Minkowski)

La musique « d'ambiance » et figurative, vient simplement en appui pour rythmer la séance. Le patient reçoit le rythme avant de l'investir pour véhiculer des émotions, supports de langages et d'expression non-verbale.

Au total, « le but de cet atelier est de tenter (au sein des autres soins, chimiothérapiques ou non) de permettre aux patients de retrouver une subjectivité et de partager avec un autrui non persécuteur et différent de soi ».

- **Troisième temps** : il permet au patient de s'exprimer sur le contenu de son œuvre. Il évoque ses souvenirs, son vécu, son imaginaire, ses émotions, sa symbolique...
- **Quatrième temps** : fin de la séance. Le nettoyage et le rangement du matériel mettent un point final à la séance.
- **Cinquième temps** : l'art-thérapeute reporte ses observations cliniques sur la fiche d'Art-Thérapie.
- **Sixième temps** : la double-thérapie. Le travail effectué par l'infirmier art-thérapeute est repris soit par le médecin psychiatre, soit par le psychologue au cours d'un entretien individuel.

## 3. Indications et pathologie mentale

- **Indications** : le travail de l'art-thérapeute sera la gestion de cette relation psychothérapique ; il est le garant du cadre. Il est porteur de confiance et susceptible d'apporter une aide technique. Sans lui, il ne peut y avoir d'Art-Thérapie. Les indications de ces techniques de soins sont vastes, puisque peu importe le talent des patients.
- **Pathologie mentale** : elles s'adressent à tous porteurs de maladies mentales. Dans les **névroses**, elles sont l'équivalent des techniques psychothérapiques plus classiques. Pour le thérapeute, elles se gèrent de la même façon. Elles permettent un déblocage de l'action et de l'expression. En ce qui concerne les **psychoses**, elles peuvent être utilisées alors que d'autres techniques psychothérapiques seraient vouées à l'échec.

## 4. Atelier Collages

- **Hypothèse de travail** : du morcellement à l'unifié, comment se reconstruire à travers le collage, rassembler les morceaux, créer une image faite d'éléments dissociés.
- **Objectif** : c'est une tentative de réparation par la création et d'une rencontre avec soi-même. Cet atelier fonctionne sur le même mode que l'Atelier Création.

## B-Volet 2 : Adaptation à sa réalité et réadaptation à la réalité

### 1. Atelier Arts Plastiques : Art-Thérapie créative

- **Première hypothèse de travail** : c'est un atelier basé sur les techniques mixtes et la récupération (gouache, peinture, dessin, aquarelle, pastel, fusain, collage, bois, terre, assemblage, ...). Il permet au patient de s'exprimer librement. Une aide pédagogique et éducative peut lui être apportée. Le patient peut laisser ou prendre ses œuvres. Cet atelier fonctionne avec un groupe ouvert. Objectif : renarcissisation, revalorisation du sujet et estime de soi.
- **Deuxième hypothèse de travail** : pour les patients en difficulté sur le plan de l'imaginaire et de l'autonomie, il leur sera proposé la technique dite du « mandala » avec

ou sans modèle suivant le cas.

Objectif : du morcellement à l'unifié.

## 2. Préparation d'expositions à l'Espace Cafétéria

- **Hypothèse de travail** : pour les patients qui souhaitent exposer, l'Espace Cafétéria leur offre un lieu d'accrochage d'une durée d'un mois environ. Ce travail se fera à la fin de l'Atelier Arts Plastiques.

Objectif : exposer, s'exposer au regard de l'autre, c'est l'aboutissement d'un travail de constructions psychique, de réparation, qui amène le sujet à aller vers l'autre.

## C-Volet 3 - Resocialisation

### 1. Atelier Marche et Culture

- Tous les vendredis après-midi de 14 :00 à 17 :00 heures il est programmée une sortie en ville (à pied) et la visite de musées et galeries.

Objectifs :

- La marche : elle est mise en mouvement du corps et mise en mouvement des idées (Socrate, Platon). Elle est aussi lutter contre l'inertie, l'aboulie, l'apragmatisme : « La marche comme processus de prise de risque pour aller de l'avant ». (BHL)

- La culture : dans le cadre du partenariat du Ministère de la Santé et du Ministère de la Culture. La visite des galeries, des lieux d'exposition, des musées, des monuments et des curiosités de la ville, permet au patient d'être en contact avec la réalité, la société, le monde. Ces allers-retours (cf. Freud – le jeu de la bobine) vont tisser un réseau de repères pour le patient, faciliter sa resocialisation.

Cet atelier tente de lutter contre le syndrome d'irréalité.

### 2. Préalable à l'inscription à cet atelier

Le patient doit participer à l'un des ateliers cités auparavant car l'Atelier Marche et Culture est la suite logique des volets 1 et 2.

## Conclusion

Cet outil art-thérapeutique peut être utilisé dans sa globalité ou peut être utilisé partiellement suivant le cas. C'est la pathologie du sujet qui amènera l'indication.

L'évolution de la pathologie du sujet amène dans le temps à faire une évaluation et donne une cohérence à notre prise en charge en modulant le nombre d'ateliers.

Je propose de faire un bilan toutes les dix séances afin de tenir informé le médecin prescripteur, de l'évolution de son patient. En cas d'expression pathologique extrême, le médecin et le patient sont informés.



Le Centre Hospitalier de Montfavet (Vaucluse) recherche des praticiens hospitaliers, médecins assistants ou médecins attachés pour postes à pourvoir :

- en secteur de psychiatrie générale
- aux Urgences en service de psychiatrie à l'Hôpital Général
- en secteur de pédopsychiatrie.

Merci de bien vouloir adresser votre candidature à Mme le Dr Marie-Noëlle PETIT, Présidente de la CME, Centre Hospitalier, 2 avenue de la Pinède, 84140 MONTFAVET.



Martine Vial

## De l'intérêt d'utiliser des signes pour améliorer la communication orale Expérience de communication augmentée sur un groupe d'H.D.J.

Sami est un enfant agité ayant des troubles de développement d'origine génétique, qui communique sommairement par le regard en utilisant quelques gestes qu'il a élaborés lui-même. Il ne parvient à verbaliser que quelques sons malgré des séances de rééducation orthophonique centrées sur l'acquisition du langage oral. Face à ce constat, l'équipe soignante a été amenée à réfléchir à un autre moyen de communication pour cet enfant qui n'est ni sourd, ni autiste mais extrêmement entravé dans sa parole. L'idée de communiquer autrement par le biais d'autres outils pourrait être quelque chose d'intéressant pour lui.

Des contacts ont été pris avec l'Hôpital De Jour de PIOLENC et avec l'orthophoniste qui y travaille. En effet, cette équipe avait l'expérience de mise en place de communication augmentée auprès d'enfants en grandes difficultés de communication. Peu à peu, l'idée d'utiliser une communication augmentée en L.S.F (Langue des Signes Française) a fait son chemin. Il s'agirait d'utiliser des moyens augmentatifs de communication : des signes de L.S.F. associés au discours oralisé. Il faudrait donc apprendre ensemble des signes pour permettre à cet enfant de communiquer.

Nous avons mis en place fin janvier 2006 un apprentissage, le plus possible par imprégnation, c'est-à-dire en essayant d'utiliser ce mode d'échange naturellement au quotidien à travers la répétition d'actions réelles. La communication augmentée a été utilisée par l'équipe quotidiennement sans être enseignée de façon systématique aux enfants. En effet, pour communiquer avec Sami, les adultes comme les autres enfants du groupe devaient y être sensibilisés afin qu'ils puissent le comprendre.

Pour ce faire, nous avons retenu les modalités suivantes :

- un groupe de langage hebdomadaire pour tous les enfants et les adultes du groupe H.D.J. animé par moi-même, orthophoniste, où étaient proposés des jeux d'échanges, de mémorisation avec utilisation de pictogrammes, photos, images où nous apprenions par situations-jeux des mots gestes,

- une reprise au quotidien par l'équipe infirmière / éducateurs des notions vues ensemble : ( exemple :
  - utilisation au cours du repas
  - nommer les autres
  - exprimer des sentiments-émotions),
- en parallèle, l'orthophoniste qui s'occupait de Sami en individuel utilisait avec lui les signes au cours des séances de rééducation en appui du travail d'oralisation.
- Par ailleurs, j'ai reçu en entretien régulièrement la mère ( 1 fois toutes les 3 semaines) pour apprendre et évoquer avec elle ce nouveau moyen de communication.

Rapidement, nous avons constaté que les enfants se sont appropriés les signes proposés comme des jeux. Notons que le canal gestuel est le premier moyen de communication qui se développe chez le jeune enfant. Sami d'ailleurs nous a surpris par la rapidité avec laquelle il se souvenait des gestes et il les exécutait malgré des troubles de psychomotricité fine importants.

Nous avons abordé les thèmes suivants :

- les prénoms de chacun,
- les mots-gestes qui permettent la socialisation ( bonjour, merci, encore...),
- la nourriture et le repas,
- les questions ( où- qui- quoi...),
- des sentiments – et émotions,
- les espaces du quotidien,
- quelques verbes d'actions.

La mise en place de ce moyen de communication a permis à cet enfant d'avoir à sa disposition des outils pertinents et efficaces pour échanger avec les autres, pour s'exprimer, être pris en compte comme être désirant, être écouté et surtout mieux compris. Ces nouvelles possibilités d'échanges ont modifié le regard des adultes, des autres enfants ainsi que celui de sa mère et de sa famille.

Sami nous a étonné par ses capacités à mémoriser, se saisir de cet outil et l'utiliser à bon escient ( surtout d'ailleurs en s'adressant aux adultes ). Cela a contribué à ce qu'il intègre pleinement son groupe et qu'il y prenne sa place tout en s'apaisant. Sa prise de parole avait enfin du sens pour les



autres bien que cette communication restait encore très parcellaire et rudimentaire.

Au niveau du groupe, l'équipe infirmière/éducateur a constaté qu'une dynamique groupale s'est créée : un lien s'est instauré à travers le partage de quelque chose de commun que d'autres groupes n'ont pas ( de l'ordre de l'identité groupale ).

Ainsi par imprégnation ludique, dans un plaisir partagé à jouer avec le langage, les enfants ont développé une prise de conscience métalangagière : une certaine mise à distance des mots, de l'organisation et de l'enchaînement des phrases qui prenaient alors une autre forme, cette fois-ci visuelle et kinesthésique contrairement au langage oral qui ne laisse qu'une trace auditive fugace. D'autre part, la mémoire du geste serait d'un accès plus facile sur le plan développemental et certains signes peuvent offrir des associations claires entre leur forme et leur signification.

Quant aux adultes, motivés, ils ont joué le jeu. Tout le monde se retrouvait dans la même situation d'apprentissage, au même niveau. Nous avons pu partager avec les enfants du plaisir à communiquer avec des signes et avec la mimique, nous avons aussi partagé des ratés de langage, des oublis, des erreurs.

Au niveau du développement de la langue orale, l'orthophoniste de Sami a pu constater que cette utilisation gestuelle a été un tremplin pour une ouverture à la communication en général et a favorisé l'émergence de mots oralisés.

Cela a permis aussi l'utilisation de la scansion rythmique de syllabes ( qui devenait alors possible ) pour intégrer et réaliser des mots courts et simples oralement.

Son appétence et son plaisir à communiquer grâce à l'aspect ludique de l'utilisation gestuelle a été notoire et il venait volontiers travailler.

Cette oralisation spontanée ainsi obtenue, même imparfaite nous conforte dans le fait que l'utilisation de signes en L.S.F. est un déclencheur d'oralité et c'est cette oralisation qui pourra être la base de la communication orale.

Les entretiens individuels avec la maman que j'ai effectués lui ont permis d'avoir des outils concrets à sa disposition pour communiquer autrement avec son fils. Cela a certaine-



ment participé à une mise à distance de son interprétation maternelle trop envahissante. D'ailleurs, cette communication oblige nécessairement d'être à une certaine distance de l'autre pour s'exprimer. Ainsi, chacun étant acteur de sa propre expression au même niveau de connaissance, Sami pouvait être mieux compris.

La mère a été demandeuse, elle a vite compris que cela pouvait être intéressant pour elle, son fils et le reste de la famille (père, sœur). Rapidement, elle est venue aux entrevues avec des demandes claires et précises de langage gestuel. Nous avons ensemble cherché ce dont elle avait besoin, envie, pour parler avec son fils. Elle a vu Sami s'exprimer, elle a un peu mieux compris ses demandes, cela l'a motivée.

Depuis Novembre 2006, Sami est en I.M.E., il a quitté l'H.D.J en pleine évolution.

Nous pensons que cette expérience a été importante et bénéfique pour lui. Elle a été source de progrès sur le plan de la communication, de l'oralisation, du comportement et aussi du mieux être.

## Définition

Un système de communication augmentée a pour but de favoriser le développement du langage oral par la superposition de plusieurs canaux de communication ( gestuel, oral, symbolique, écrit). L'utilisation de plusieurs afférences apporte donc une redondance du message et la présentation multimodale permet au sujet de s'approprier et d'utiliser le moyen le plus adapté à ses propres capacités. Le premier objectif recherché est de maintenir l'acte social de communication. Il faut ensuite viser à une communication pragmatique.

## Bibliographie

FRANC S., « La communication augmentée : principes. Un système original : le programme MAKATON », Rééducation orthophonique n° 205, Mars 2001, p. 141-149.

NADEL J, Imitation et Communication entre jeunes enfants, Paris, PUF.

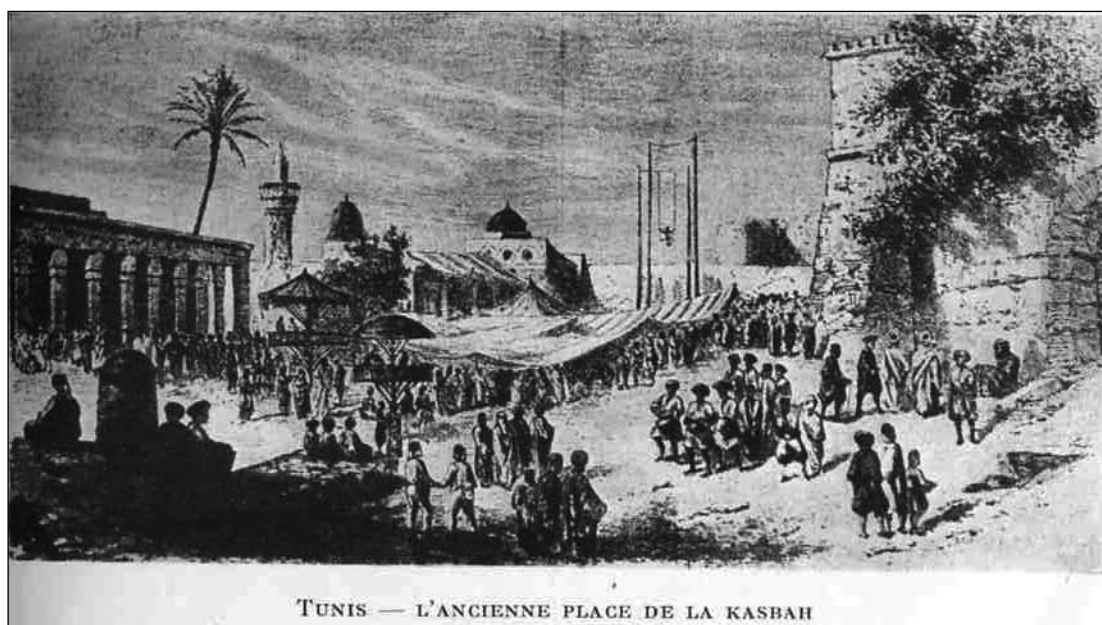
GOLSE B, « Les précurseurs corporels et comportementaux de l'accès au langage verbal », Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, Vol 53, n° 7, 2005, p 340-348.

COMPANYS M, Dictionnaire bilingue français 1200 signes, Prêt à signer, Angers, Monica Companys, édition 2002, Monica@monica-companys.com



## HORIZONS

La pédopsychiatrie tunisienne manie avec une égale dextérité les concepts psychanalytiques, sociologiques et les échelles d'évaluation, tout en mariant sa recherche avec les spécificités culturelles du Pays. Cette rubrique, avec deux articles, lui est entièrement consacrée. Notre correspondante Faten Ellouze nous permet ainsi de découvrir pour la seconde fois dans notre revue, des facettes de l'excellence de notre discipline dans son établissement, l'hôpital Razi, à Tunis.



*Lithographie de l'ancien Tunis ( extraite de l'encyclopédie coloniale et maritime, 1942)*



## «Pulsion scopique» et TOC : à propos d'un cas

Mejda Cheour<sup>1</sup>, Faten Ellouze<sup>2</sup>,  
N. Zayani<sup>3</sup>, Sinda Drira<sup>4</sup>,  
Afef Louati<sup>3</sup>, Amel Hsairi<sup>4</sup>,  
Moufida Khaloui<sup>4</sup>, A. Bou Askar<sup>4</sup>,  
Hedi Aboub<sup>2</sup>

**Résumé :** certains auteurs ont cherchés à comparer névrose et perversions. Selon Gillepsie « perversion et névrose se rejoignent dans le complexe d'oedipe ». Selon Freud « les névroses sont le négatif des perversions ». à travers un cas clinique, les auteurs revisitent les frontières entre la jouissance névrotique et la perversion.

**Mots clés :** trouble obsessionnel compulsif, perversion, frontière.

**Summary :** scopic impulse and compulsive obsessional disorder: a case study. Some authors sought to compare neurosis and perversion. According to Gillepsie “perversion and neurosis meet in the complex of Oedipus”, according to Freud “the neuroses are negative perversions”. Through a clinical case, the authors revisit the borders between the neurotic pleasure and perversion”.

**Key words:** compulsive obsessional disorder, perversion, borders

### Introduction

A travers le cas du jeune N présentant un TOC tout en ayant à l'esprit des souvenirs vifs de « la scène primitive » réelle qu'il a regardée jusqu'à l'âge de dix sept ans, nous revisitons les frontières entre la jouissance névrotique et la perversion dans la mesure où il y a eu dans ce cas double transgression: regarder des images impensables et transgresser l'interdit d'y accéder.

### Vignette clinique

Le jeune N est âgé de vingt-six ans, niveau quatrième année secondaire. Il est le puîné d'une fratrie de six. Il s'est présenté à notre service pour trouble obsessionnel compulsif invalidant, l'empêchant de travailler et d'avoir une vie sociale normale. Il se plaint de :

- un sentiment de déréalisation, apparu pour la première fois à l'âge de quinze ans (il dit avoir eu l'idée que la vie n'existe plus; il n'y a que lui de vivant le reste n'est que fictif « ce sont des images »),
- une phobie d'impulsion (il a l'impression d'avoir tué quelqu'un ou agressé un autre). Il a l'impression qu'il a une jambe non fonctionnelle.
- Il obéissait à la compulsion suivante: après chaque sortie il lui fallait revenir sur les lieux pour vérifier qu'il n'a pas fait de crime, que la police n'était pas à sa recherche.
- Après chaque activité il est obligé de vérifier plusieurs fois que rien n'est resté dans ses mains. Il lui fallait tout passer au microscope.

**Données Anamnestiques importantes :** N décrit son enfance comme étant malheureuse. Il se sentait rejeté par ses parents, qui ont toujours préféré son frère aîné. Aussi il se considérait comme un enfant à problèmes : il avait une énurésie secondaire. Il se dit avoir été souvent méprisé par l'une de ses institutrices et par ses tantes paternelles à cause de la dite énurésie. Il avait des tics au niveau des paupières. Ses paires l'appelaient « fantôme » un surnom qui renvoyait, d'après lui, à sa laideur physique.

**Relation avec le sexe opposé :** le patient dit avoir noué à l'âge de vingt deux ans une relation avec une fille qui l'avait abandonné pour un autre. Sa vie sexuelle se limite à une auto-jouissance sous l'effet des souvenirs des scènes vues de la vie intime des parents. Il ne cesse de se poser des questions sur son avenir et sa capacité de se marier et d'enfanter.

1. Mejda Cheour : Pr agrégée, chef de service des consultations et des urgences de l'hôpital Razi

2. Faten Ellouze : assistante hospitalo-universitaire en psychiatrie

2. Hedi Aboub : assistant hospitalo-universitaire en psychiatrie

3. N. Zayani : psychologue clinicienne

3. Afef Louati : psychologue clinicienne

4. Sinda Drira : médecin de santé

4. Amel Hsairi : médecin de santé spécialiste en psychiatrie

4. Moufida Khaloui : médecin de santé spécialiste en psychiatrie

4. A. Bouaskar : médecin de santé spécialiste en psychiatrie

Adresse de l'auteur correspondant :

Ellouze faten, 10 rue Ahmed Tilili Rades, 2040, Tunisie.

E mail : dr\_ellouze\_faten@yahoo.fr – Tel. 21622755573.

**Relation avec les parents** : en parlant de sa relation avec sa mère, N rapporte qu'il n'a jamais réussi à être proche d'elle. Il la décrit comme étant simple d'esprit, très peu affectueuse. Ainsi il rapporte avec amertume le fait qu'elle ne l'a jamais visité lors de son hospitalisation pour une sinusite alors qu'il n'avait que sept ans. Toutefois il lui arrive de rationaliser la froideur de sa mère par le manque de liberté qui lui est accordée, étant soumise à son père.

Vis-à-vis de son père N semble être ambivalent. En effet tantôt il décrit sa relation avec lui comme étant mauvaise à cause de sa rigidité et son incohérence, tantôt il le trouve gratifiant et affectueux. Cette ambivalence est manifeste dans des faits relatés par le sujet tel que souhaiter sa mort alors qu'il l'accompagnait au médecin.

N rapporte qu'à l'âge de quinze ans il a facilité la capture de son père par les agents de police en leur ouvrant la porte, sans rien dire aux membres de sa famille, alors qu'il était au courant du fait qu'ils sont à sa recherche en tant qu'intégriste. Ainsi, il a programmé de fumer et de vivre librement pendant l'absence de son père mais il a très mal vécu son arrestation et son emprisonnement qui a duré deux ans au point de ne plus pouvoir suivre ses études et de quitter le lycée.

Pour ce qui est de sa participation réelle et active à la scène primitive le sujet relate qu'à cause de ses phobies nocturnes, il se rendait depuis son jeune âge au lit parental. Ainsi il se rappelle avoir vu ses parents entrain de faire l'amour quelques jours après sa circoncision et qu'il a été cogné par son père au niveau de sa blessure lors des ébats amoureux. Le patient insiste sur le fait que depuis l'âge de deux / trois ans il se réveillait chaque fois que ses parents commençaient à faire l'amour.

A un âge plus avancé le patient a continué à observer ses parents à travers la serrure de la porte tout en jouissant. Cette conduite a duré jusqu'à l'arrestation du père alors qu'il avait quinze ans.

Après le retour du père et après avoir regardé quelques rapports entre ses parents le patient a décidé de ne plus se donner à une telle pratique. C'est à cette période qu'ont débuté les troubles obsessionnels compulsifs.

## Discussion diagnostique et psychopathologique

Le trouble obsessionnel, dans ce cas, paraît atypique. En effet aussi bien le type d'angoisse que les mécanismes de défenses révélés au niveau des tests projectifs (Rorschach et TAT) nous éloignent de la structure névrotique.

Compte tenu des données précédentes, nous revisitons les travaux des psychanalystes, en matière des névroses et des perversions : pour W.H Gillespie «perversion et névrose se rejoignent dans le complexe d'Œdipe»...»Cliniquement parlant, nous pouvons dire que dans la névrose le fantasme refoulé se fraye un passage vers le conscient sous la seule forme d'un symptôme désagréable au moi, typiquement accompagné d'une souffrance névrotique, alors que dans la perversion le fantasme reste conscient, accepté par le moi et agréable. Ce qui les distingue serait une différence dans l'attitude du moi et un signe émotionnel positif ou négatif plutôt qu'une différence de contenu». Freud note dans les trois Essais que «les névroses sont le négatif des perversions». Cette antithèse entre névrose et perversion suggère que « si, dans la névrose, les éléments sexuels infantiles persistent mais sont transformés par les mécanismes de défense en symptômes névrotiques, dans la perversion, ils subsistent tout simplement sous une forme inchangée. » Autrement dit, « si le pervers est animé par la vue d'un objet précis par lequel est née sa jouissance, le névrosé le sera par la quête d'une scène méditante, qui ne peut jamais être la dernière ou la bonne car elle ne fait que tenter de figurer le trauma devant lequel il est resté sans voix. À l'impossibilité de tout voir, le névrosé substitue le désir de voir ce qui serait resté caché parce qu'interdit ». Dans notre cas, le patient continue à participer aux relations amoureuses du couple parental (sur le plan imaginaire) laissant ainsi la voie ouverte aussi bien à l'inceste qu'au parricide). Ainsi l'accès au savoir, dont la cause de la libido n'est autre que l'objet de la «pulsion scopique», s'est trouvé bloqué en absence de toute symbolisation.



## Conclusion

La confrontation de toutes ces données a permis de mieux cerner et comprendre la problématique du patient. En effet aussi bien les symptômes que les conditions de leur apparition laissent supposer une fixation au stade phallique et une régression au stade sadique anal. Les symptômes représenteraient une solution de compromis; la participation au coït parental tout en restant en dehors. Le refoulement, supposé dominer la vie sexuelle du névrosé, semble échouer alors que les désirs propres au stade œdipien sont déplacés et agis. Il s'agit d'une tentative d'autoguérison:» La construction érotique perverse érige une barrière contre l'effritement de l'image du corps assurant ainsi le maintien du sentiment d'identité.

La complexité de ce cas nous a permis d'apprécier mieux encore la complexité de la problématique œdipienne.

## Références

1. BERGERET J., Psychologie pathologique, Masson, Paris, 1995.
2. FREUD S., Trois Essais sur la théorie de la sexualité, Gallimard, Paris, 1962.
3. GILLEPSIE WH., Castration, culpabilité, perversion, in Les grandes découvertes de la psychanalyse: Les perversions, Tchou, Paris, 1980.
4. MCDUGALL J., Essai sur la perversion, in Les grandes découvertes de la psychanalyse: Les perversions, Tchou, Paris, 1980.





Majda Cheour, Faten Ellouze,  
Amel Hsairi, Moufida Khaloui

## Enfants et conflits conjugaux – Résultats d’une enquête en population générale à Tunis

**Résumé :** une abondante littérature rapporte que les conflits conjugaux retentissent négativement sur les enfants. Par ailleurs les enfants peuvent être sources de conflits dans le couple, enfin les conflits peuvent influencer très fortement les futures relations conjugales des enfants devenus adultes. Nous nous sommes intéressés dans ce travail à l’étude des relations multiples entre enfants et conflits conjugaux.

Il s’agit d’une enquête conduite auprès de 116 femmes mariées représentatives de la population du grand Tunis. Ces femmes ont été choisies selon la méthode des quotas en tenant compte de 3 variables : âge, niveau éducatif, lieu de vie.

Toutes ces femmes ont répondu à un questionnaire explorant l’existence ou non d’un conflit conjugal ainsi que les causes des conflits conjugaux : Le Lock wallace ajustement scale. Elles ont également répondu à un questionnaire portant sur leur appréhension du retentissement des conflits conjugaux sur leurs enfants à trois niveaux : psychique, résultats scolaires et troubles du comportement.

L’enquête a montré que les enfants sont la troisième cause de conflit conjugal après les causes financières et les relations avec la belle famille. Un retentissement négatif des conflits conjugaux sur les enfants est noté dans 75,5% des cas. Un impact psychique est relevé dans 56,7% des cas, des difficultés scolaires dans 40,5% des cas et des troubles du comportement dans 54,3% des cas. Enfin les couples avec des antécédents parentaux de conflits conjugaux, présentent de façon statistiquement significative plus de conflits conjugaux.

L’existence de retentissement négatif des conflits conjugaux sur les enfants, à court et à long terme doit inciter à entreprendre des actions préventives pour éviter de telles conséquences.

**Mots clefs :** Conflits conjugaux- enfants -santé mentale

**Children and marital conflicts. Abstract :** children can be causes of marital conflicts. Marital conflicts can also have a negative impact on children in their childhood, but also in their adulthood.

In this study, the authors put the stress on the link between children and marital conflicts.

116 married women chosen by quotas method were selected. They respond to inventories about marital conflict, causes and impacts of conflicts on their children.

Children represented the 3<sup>th</sup> cause of parental conflicts. Negative impacts of conflicts on children are reported in 75,5% of cases: psychological impact is noted among 56,7% of children with parental conflicts, school difficulties in 40,5% of cases and behavioral disorders among 54,3% of them. Finally the couple with parental history of marital conflicts have more marital conflicts itself.

These results should conduct to preventive action to avoid and to manage parental conflicts.

**Key words:** marital conflict -children- mental health

Cheour Majda : professeur agrégé, chef de service, hôpital Razi, Tunisie

Hsairi Amel, Khaloui Moufida : psychiatres à l’hôpital Razi

Ellouze Faten assistante hospitalo-universitaire en psychiatrie à hôpital Razi, Tunisie

Adresse : Ellouze Faten, 10 rue Ahmed Tlili, Rades 2040, Tunisie.

E mail : dr\_ellouze\_faten@yahoo.fr

## Introduction

Une abondante littérature a souligné les nombreux liens entre les enfants et les conflits conjugaux :

### *1. Les enfants peuvent être sources de conflits à tout âge*

- **À la naissance** : la grossesse et la naissance d'enfants semblent causer un changement transitoire et spécifique de l'image des parents et de la dynamique du couple. Le bébé peut affecter l'adaptation, la satisfaction et le bien être conjugal. L'accentuation des conflits lors de la naissance pourrait être expliquée en partie par la rivalité entre père et enfant qui naît en même temps (22). Une autre explication possible serait la nécessité de revoir le partage des tâches pré-établies (25).
- **À l'âge scolaire** : les parents qui travaillent tous deux et qui ont à charge des enfants d'âge scolaires, sont victimes d'un haut niveau de stress qui retentit sur leur qualité conjugale et parentale (16).
- **À l'adolescence** : l'adolescence est aussi une période délicate du fait des affrontements parents enfants plus marqués lors de cette période. Ces affrontements peuvent être sources de conflits conjugaux lors de divergence sur l'éducation des enfants, les libertés accordés et les restrictions imposées (3).

### *2. Plusieurs études soulignent également le rôle néfaste des conflits conjugaux sur les enfants*

De nombreux facteurs semblent interférer dans la réaction des enfants face aux conflits. Ces sont le sexe, l'âge ainsi que les caractéristiques des conflits :

- **Le sexe** : les conflits semblent avoir plus d'effets sur les garçons que sur les filles (1). Les garçons extériorisent (fugue, échec scolaire, problèmes avec la justice (7)), alors que les filles intériorisent (dépression, anxiété) (24).
- **Age** : les études montrent un retentissement à tous les âges. Cependant ce sont surtout les enfants d'âge pré-scolaire qui souffrent le plus des interactions de leurs parents (4,29).
- **Les caractéristiques des conflits** : ce sont les échanges particulièrement hostiles qui sont les plus néfastes. Interviennent aussi l'intensité, la fréquence, le style et la manière de résoudre les conflits (10,18).

### *3. Enfin, les conflits conjugaux semblent se transmettre de génération en génération (le conflit conjugal en héritage)*

Plusieurs auteurs se sont penchés sur la possibilité d'une transmission des conflits de génération en génération (19, 26), il s'avère qu'avoir des antécédents de conflit parental élève le risque de conflits dans la génération suivante. Dans ce sens, certains auteurs (25) estiment que le conflit parental a un important impact aussi bien sur les conduites des en-

fants que sur les relations parents-enfants dans l'immédiat et les relations de couple futures de l'enfant.

Nous présentant dans ce travail les résultats d'une enquête qui confirment les nombreux liens entre conflits conjugaux et enfants

## Matériel et Méthode

L'étude a porté sur 116 femmes mariées de la population du grand Tunis. Ces femmes ont été choisies selon la méthode des quotas en tenant compte de trois variables : l'âge, le niveau éducatif et le lieu de vie

Toutes ces femmes ont répondu à un questionnaire explorant l'existence ou non d'un conflit conjugal ainsi que les causes des conflits conjugaux : Le Lock wallace adjustment scale. Elles ont également répondu à un questionnaire portant sur leurs estimation du bien être psychique de leurs enfants (existence ou non d'instabilité motrice, d'impulsivité, d'inhibition, de timidité excessive, d'angoisse de séparation, d'accès de colère ou de violence...). Les résultats scolaires des enfants ainsi que l'existence de troubles du comportement (fugues, hétéro ou auto agressivité, conduites antisociales ou délinquance...) ont aussi été précisés.

Le questionnaire explore également l'existence ou non d'antécédents de conflits conjugaux parentaux chez les femmes et chez leurs époux

En fonction de l'existence ou non de conflits, l'échantillon a été partagé en 2 groupes (ceux avec conflits, soit un score < 100 points au lock wallace et ceux sans conflits, soit un score > ou égal à 100 points au lock wallace).

Nous avons procédé à la comparaison de ces deux groupes. Le traitement des résultats a été réalisé par epi 6, le seuil de signification a été fixé à 0,05

## Résultats

Cette enquête réalisée auprès des femmes mariées a montré que 87,1% des femmes sont des mères. Le nombre total des enfants est de 345 enfants. La moyenne d'enfants par femme est de 3 +/- 2 par femme, avec des extrêmes de 0 à 10. La moyenne d'âge des enfants est de 16,5 +/- 12. Le sexe ratio des enfants est de 0,8, (soit 5 garçons pour 6 filles).

Le taux de conflits conjugaux au sein de l'échantillon est de 43,1%.

Les enfants arrivent en troisième cause des conflits (51,8%) après les causes financières (85%) et la belle famille (69,6%).

### *1. Les enfants cause de conflits*

- **Conflits et nombre d'enfants** : ce sont les couples qui ont entre 1 et 3 enfants qui rapportent le plus de conflits avec un taux de 70%. Toutefois, la différence entre les 2 groupes avec et sans conflits est non significatives ( $p=0,35$ ), (Tableau I)
- **Conflits et âge des enfants** : deux tranches d'âge d'enfants sont corrélées de façon significative aux conflits parentaux (tableau I) :

Tableau I: fréquence des conflits en fonction du nombre, de l'âge et du sexe des enfants.

| Variables                 | Groupes de femmes sans conflits |        | Groupes de femmes avec conflits |       | p       |
|---------------------------|---------------------------------|--------|---------------------------------|-------|---------|
| Nombre d'enfants          |                                 |        |                                 |       | 0,35    |
| 0                         | 11                              | 16,8 % | 7                               | 14 %  |         |
| inférieur ou égal à 3     | 38                              | 57,5 % | 35                              | 70 %  |         |
| supérieur à 3             | 17                              | 25,7 % | 8                               | 16 %  |         |
| Age                       |                                 |        |                                 |       | 0,00003 |
| inférieur ou égal à 5 ans | 18                              | 22 %   | 28                              | 55 %  |         |
| entre 6 et 11 ans         | 10                              | 28 %   | 5                               | 10 %  |         |
| entre 12 et 18 ans        | 11                              | 15 %   | 15                              | 32 %  |         |
| supérieur à 19 ans        | 23                              | 35 %   | 2                               | 5 %   |         |
| Sexe                      |                                 |        |                                 |       | 0,002   |
| que des filles            | 24                              | 41 %   | 31                              | 62 %  |         |
| 1 ou plusieurs garçons    | 39                              | 59 %   | 19                              | 38 %  |         |
| Total                     | 66                              | 100 %  | 50                              | 100 % |         |

- La tranche de moins de 5ans avec 55% de conflits
- La tranche d'âge 12-18 ans (adolescence) avec 32% des conflits.

La différence est significative ( $p=0,00003$ ), (tableau I).

- **Conflits et sexe des enfants** : ce sont les couples avec un ou plusieurs enfants de sexe masculin qui bénéficient d'une stabilité conjugale maximum avec 38% seulement de conflits.

La différence entre les deux groupes (avec et sans conflits) est significative ( $p=0,02$ ), (tableau I)

## 2. Retentissement des conflits conjugaux sur les enfants

Selon les mères interrogées, les conflits conjugaux ont un retentissement négatif sur les enfants dans 75,5% des cas. Ce retentissement se répartie comme suit :

56,7% de retentissements psychiques (impulsivité, inhibition, timidité excessive, angoisse de séparation, d'accès de colère ou de violence...), 40,5% de difficultés ou d'échecs scolaires, 54,3% de troubles du comportement (dont 16,2% de délinquance).

## 3. Conflits conjugaux et antécédents parentaux de conflits conjugaux

C'est parmi les femmes avec des antécédents parentaux de conflits conjugaux qu'on retrouve le plus de désaccord conjugal. La différence entre les deux groupes d'étude est significative ( $p=0,008$ ), (tableau II).

C'est aussi parmi les hommes avec des antécédents parentaux de conflits qu'on trouve le plus de désaccord conjugal 58% contre 42%. La différence entre les deux groupes (avec conflit et sans conflit) est significative ( $p=0,000009$ ), (tableau II).



Tableau II : conflits conjugaux en fonction des antécédents parentaux de conflits chez les deux conjoints.

| ATCD F de conflits parentaux                          | Groupes de femmes sans conflits |        | Groupes de femmes avec conflits |      | p         |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------|--------|---------------------------------|------|-----------|
| ATCD F de conflits parentaux chez les deux conjoints  | 5                               | 7,5 %  | 13                              | 26 % | 0,000002  |
| ATCD F de conflits parentaux chez l'époux uniquement  | 6                               | 9 %    | 16                              | 32 % | 0,000009  |
| ATCD F de conflits parentaux chez la femme uniquement | 8                               | 12,8 % | 10                              | 20 % | 0,008     |
| Pas d'ATCD F de conflits parentaux                    | 45                              | 69,6 % | 11                              | 22 % | 0,0000002 |

Enfin, les couples avec des antécédents parentaux de conflit conjugal, présentent eux même plus de conflits conjugaux. La différence est significative ( $p=0,0000002$ ), (tableau II).

## Discussion

Notre étude conformément aux nombreuses données de la littérature a montré :

- Que les enfants peuvent être causes de conflits conjugaux
- Que les conflits des parents retentissent négativement sur les enfants
- Et que des antécédents parentaux de conflits conjugaux sont prédictifs à l'âge adulte de conflits entre conjoints.

Toutefois, nos résultats diffèrent quelques peu par rapport à la littérature occidentale, peut être en raison de certaines particularités socioculturelle de notre pays.

Par ailleurs, ce sont uniquement les mères qui ont été interrogées, pas les pères, ni les enfants. Ceci pourrait être considéré comme un biais méthodologique.

Nous discutons dans cette partie plus en détail nos résultats à la lumière des données de la littérature.

### 1. Les enfants cause de conflits conjugaux

Les enfants représentent aussi bien dans notre étude (51,8%) que dans la littérature une importante cause de conflits (14,25,28). Dans notre travail, ils sont la 3ème cause de conflits après les causes financière et la belle famille.

Le nombre d'enfants ne semble pas intervenir dans les conflits selon notre étude. Ceci est contradictoire au résultat d'un autre travail, où les auteurs rapportent une plus grande fréquence de conflits parmi les couples sans enfants ou parmi ceux avec de nombreux enfants (20).

Dans notre étude deux tranches d'âges sont particulièrement critiques : ce sont le bas âge et l'adolescence. Ce résultat coïncide avec celui d'une étude américaine (20) portant sur les conflits conjugaux dans trois ethnies différentes (ceux d'origine africaine, ceux d'origine mexicaine et ceux d'origine européenne) et où les auteurs notent que le nombre

de conflit double après la naissance du premier enfant. De même le taux des conflits atteint un autre pic lors de la période d'adolescence des enfants.

Enfin dans notre étude, ce sont surtout les parents d'enfants de sexe féminin qui ont le plus de conflits, la différence est significative. On ne trouve pas de travaux qui confirment nos résultats. Il se pourrait que cette différence soit due à un facteur culturel, puisque dans notre société, les femmes qui donnent naissance à des garçons sont mieux valorisées que les autres.

**2. Le retentissement négatif des conflits conjugaux** largement rapportés par la littérature (3,17,28) a été également retrouvé dans notre travail.

Les mères interrogées et ayant des conflits conjugaux ont rapporté des répercussions négatives sur les enfants dans 75,5% des cas. Ce chiffre est d'ailleurs proche de celui rapporté par une autre étude équivalent à 87,6% (1).

Il s'agit essentiellement de troubles psychiques 56,7%. Ceci est en accord avec d'autres auteurs (8) qui rapportent chez les individus décrivant le mariage de leurs parents comme un échec plus de troubles psychiques. Ce serait en particulier les enfants en bas âge qui sont les plus exposés à développer des troubles psychiques. En effet, ces enfants ne réussissent pas à comprendre les enjeux et les raisons des conflits parentaux, ils s'auto accusent et endossent la responsabilité du désaccord parental (13). Ils sont de ce fait plus vulnérables face aux troubles anxieux et dépressifs. Cette vulnérabilité se maintient aussi à l'âge adulte (6). Les adolescents arrivent à mieux cerner les différents de leurs parents et échappent ainsi à l'autoaccusation, ils auraient de ce fait moins de décompensation dépressives ou anxieuses, mais plus de trouble des conduites essentiellement de type antisociale (12).

Les troubles du comportement sont retrouvés dans 54,3% dans notre étude. Ces troubles sont aussi rapportés par d'autres travaux (2,5). Ainsi, certains auteurs (2) insistent sur les facteurs de stress familiaux dans l'induction du trouble du comportement. Ils estiment que c'est sous cette forme que décompensent la majorité des enfants avec des parents conflictuels.

La délinquance et les conduites antisociales s'expliquent d'une part par le fait que les parents en désaccord, ont moins de temps à consacrer à leurs enfants qu'ils négligent (21). D'autre part par le fait que les parents à travers les conflits apprennent à leurs enfants d'une manière indirecte que les problèmes ne sont résolus qu'avec la manière forte (27). Dans certaines situations, les enfants sont directement exposés à l'agressivité de leurs parents. Agressivité qui à l'origine s'était déclenchée envers l'un des conjoints et qui s'était ensuite étendue aux enfants.

Les échecs scolaires représentent 45% des répercussions. Des études antérieures soulignent aussi le mauvais parcours scolaire des enfants avec un conflit parental (23).

### 3. La transmission des conflits à travers les générations ou le conflit conjugal en héritage

Notre étude a montré qu'aussi bien les femmes que les hommes ayant subi lors de leur enfance des parents conflictuels ont plus de conflits conjugaux devenus adultes. Le risque de conflit est plus important si les deux conjoints ont tous les deux des antécédents parentaux de conflits. La différence est hautement significative ( $p=0,0000002$ ).

Selon certains auteurs, il existe une possibilité de transmission des conflits de génération en génération (9,11,15). Cet effet du conflit parental pourrait même se prolonger sur plus qu'une génération. Il semblerait que ce soit le père

qui transmet le conflit à sa fille et la mère à son fils. Selon cette théorie, l'enfant élevé dans l'ignorance des règles de négociation et de résolution des conflits, aurait tendance à reproduire le climat du couple parental au sein de son propre couple.

## Conclusion

Notre étude a montré que les enfants étaient à la fois sources et victimes des conflits conjugaux. Les conflits conjugaux ont des répercussions sur les enfants à court et à long terme. Leur impact se manifeste même au niveau de la future relation conjugale des enfants. Ceci devrait inciter à entreprendre des actions préventives pour éviter de telles conséquences.

## Références

1. AYOUB, C., JASWITZ, MM., 1982, Families at risk of poor parenting: a descriptive study of sixty at risk families in a model prevention program, *Child Abuse and Neglect*, 6, n° 4, 413-422.
2. BENZIES, KM., HARRISSON, MJ., MAGILL EVANS, J., 1998, Impact of marital quality and parent-enfant interaction on preschool behavior problems, *Public Health Nursing*, 15, n° 1, 35-43.



3. CUI, M., CONGER, RD., LORENZ, FO., 2005, Predicting change in adolescent adjustment from change in marital problems, *Development and psychopathology*, 41, no 5, 812-823.
4. CRISS, MM., PETTIT, GS., BATES, JE., DODGE, KA., LAPP, AL., 2002, Family adversity, positive peer relationships, and children's externalizing behavior: a longitudinal perspective on risk and resilience, *Child Development*, 73, n° 4, 1220-1237.
5. DAVIES, PT., CUMMINGS, EM., 1998, Exploring children's emotional security as a mediator of the link between marital relations and child adjustment, *Child Development*, 69, n° 2, 124-139.
6. DAVIES, PT., CUMMINGS, EM., WINTER, MA., 2004, Pathways between profiles of family functioning, child security in the interparental subsystem, and child psychological problems, *Development and psychopathology*, 16, n° 3, 525-550.
7. DAVIES, PT., LINDSAY, LL., 2004, Interparental conflict and adolescent adjustment: why does gender moderate early adolescent vulnerability?, *Journal of Family Psychology*, 18, n° 1, 160-170.
8. EDWARDS, AC., NAZROO, JY., BROWN, GW., 1998, Gender differences in marital support following a shared life event, *Social Science and Medicine*, 46, n° 8, 1077-1085.
9. EIDEN, RD., TEITI, DM., CORNS, KM., 1995, Maternal working models of attachment, marital adjustment, and the parent-child relationship, *Child Development*, 66, n° 5, 1504-1518.
10. GEOJE-MORE, MC., CUMMINGS, EM., HAROLD, GT., SHELTON, KH., 2003, Categories and continua of destructive and constructive marital conflict tactics from the perspective of U.S. and Welsh children, *Journal of Family Psychology*, 17, n° 3, 327-338.
11. GOHM, C., OISHI, S., DARLINGTON, J., 1998, Culture, parental conflict, parental marital status, and the subjective well-being of young adult, *Journal of Marriage and Family*, 60, n° 8, 319-334.
12. GORDIS, EB., MARGOLIN, G., JOHN, RS., 2001, Parents' hostility in dyadic marital and triadic family settings and children's behavior problems, *Journal of consulting and clinical psychology*, 2001, 69, n° 4, 727-734.
13. GRYCH, JH., FINCHAM, FD., JOURILES, EN., MCDONALD, R., 2000, Interparental conflict and child adjustment: testing the mediational role of appraisals in the cognitive-contextual framework, *Child Development*, 71, n° 6, 1648-161.
14. IMESON, M., MC MURRAY, A., 1995, Couple's experiences of infertility: a phenomenological study, *Journal of advanced Nursing*, 24, n° 5, 624-626.
15. JENKINS, JM., BUCCIONI, JM., 2000, Children's understanding of martial conflict and the marital relationship, *Journal of Child Psychology and Psychiatry and allied disciplines*, 41, n° 2, 161-168.
16. JENKINS, J., SIMPSON, A., DUNN, J., RASBASH, J., O'CONNOR, TG., 2005, Mutual influence of marital conflict and children's behavior problems: shared and nonshared family risks, *Child Development*, 76, n° 1, 24-39.
17. KACZYNSKI, KJ., LINDAHL, KM., MALIK, NM., LAURENCEAU, JP., 2006, Marital conflict, maternal and paternal parenting, and child adjustment: a test of mediation and moderation, *Journal of Family Psychology*, 20, n° 2, 199-208.
18. KATZ, LF., WOODI, EM., 2002, Hostility, hostile detachment, and conflict engagement in marriages: effects on child and family functioning, *Child Development*, 73, n° 2, 636-651.
19. KENNEDY, JK., BOLGER, N., SHROUT, PE., 2002, Witnessing interparental psychological aggression in childhood: implications for daily conflict in adult intimate relationships, *Journal of Personality*, 70, n° 6, 1051-1077.
20. MACKEY, RA., O BRIEN, BA., 1998, Marital conflict management: gender and ethnic differences, *Social Work*, 43, no 3, 128-141.
21. MARGOLIN, G., GODIS, EB., OLIVER, PH., 2004, Links between marital and parent-child interactions: moderating role of husband-to-wife aggression, *Development and psychopathology*, 16, n° 3, 753-771.
22. MAURY, G., 1977, Le couple, Masson, Paris.
23. O'HEARN, HG., MARGOLIN, GJ., RICHARD, S., 1997, Mothers' and fathers' reports of children's reactions to naturalistic marital conflict, *Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry*, 36, no 10, 1366-1373.
24. O'LEARY, SG., VIDAIR, HB., 2005, Marital adjustment, child-rearing disagreements, and overreactive parenting: predicting child behavior problems, *Journal of Family Psychology*, 19, n° 2, 208-216.
25. SIMONI, H., AMSLER, F., VON KLITZING, K., 1996, Couple relationship dynamic in transition to parenthood, *Psychother Psychosom Med Psychol*, 46, n° 9, 124-130.
26. STORY, LB., KARNEY, BR., LAWRENCE, E., BRADBURY, TN., 2004, Interpersonal mediators in the intergenerational transmission of marital dysfunction, *Journal of Family Psychology*, 18, n° 3, 519-529.
27. WEBSTER-STRATTON, C., HAMMOND, M., 1999, Marital conflict management skills, parenting style, and early-onset conduct problems: processes and pathways, *Journal of Child Psychology and psychiatry and allied disciplines*, 140, n° 6, 917-927.
28. ZIMET, DM., JACOB, T., 2001, Influences of marital conflict on child adjustment: review of theory and research, *Clinical Child Family Psychological Review*, 4, n° 4, 319-335.
29. ZUBRICK, SR., WARD, KA., SILBURN, SR., LAWRENCE, D., WILLIAMS, AA., BLAIR, E., ROBERTSON, D., SANDERS, MR., 2005, Prevention of child behavior problems through universal implementation of a group behavioral family intervention, *Prev Sci*, 6, n° 4, 287-304.

## OPINION

Cette rubrique, qui recueille des écrits dont les idées développées n'engagent que leurs auteurs, est aujourd'hui consacrée à la question très actuelle des **dérives du féminisme**.

Jean Gabard avait 18 ans en Mai 68 et voulait devenir enseignant. Au cours de ses études de géographie puis d'histoire dans les années 70, il s'engageait dans le refus de la société de consommation capitaliste, du totalitarisme, de l'autoritarisme gaullien et de la société patriarcale. Il se situait alors dans la contre-culture libertaire, pacifiste, écologiste et féministe. Il voyage beaucoup lors des vacances et il évoque volontiers un circuit en solex en Suède.

L'entrée dans la vie active avec son premier poste d'enseignant en 1981 (encore une date clé) à Vienne, marque un tournant dans sa vision du monde. Il commence par remettre en question les nouvelles méthodes éducatives dont il réalise les effets négatifs sur ses élèves. Il continue à voyager de par le monde, il lit beaucoup, va à des séminaires. Au fil des années, de son investissement dans une vie de famille, de ses expériences dans la vie, il évolue : de contestataire de la société patriarcale, il devient progressivement très sceptique vis-à-vis de l'idéologie féministe devenue entre temps dominante. La difficulté d'exprimer dans son environnement un avis différent de celui de la nouvelle idéologie le dérange. Naît en lui l'envie d'analyser les rapports entre les dérives de l'idéologie féministe et de nombreux problèmes rencontrés dans la société actuelle : problèmes d'éducation dans la famille et échec scolaire, incivilités et délinquance, montée de l'extrême droite, recrudescence du machisme etc...

Et il a décidé d'écrire, c'est-à-dire de parler sans être interrompu.

Lecteur du site internet de Psy Cause, il nous nous a demandé de le publier.



Affiche de Mai 68 de l'Université libre de Strasbourg.



Jean Gabard

## « L'évaporation » de l'homme

Les hommes connaîtraient des difficultés à s'adapter à l'évolution de la société. Cette crise concernerait les mâles dominants qui, pour ne pas perdre leurs prérogatives, n'accepteraient pas l'égalité en droits entre les hommes et les femmes. Les hommes dits « modernes », ceux qui n'hésitent pas à soutenir les féministes dans leur lutte, ne semblent pourtant pas plus à l'aise. « Le vieil homme est mort » mais les hommes en mutation ne savent pas pour autant comment « être » : ils ne sont plus solides et se liquéfient devant les injonctions nouvelles, innombrables et parfois même contradictoires. Dans la société et dans la famille, en définitive, ils s'évaporent...

### La difficulté d'être un homme

Simone de Beauvoir l'avait écrit pour les femmes mais c'est peut-être encore plus vrai pour les hommes : « on ne naît pas homme, on le devient ». Tout enfant, garçon ou fille semble s'identifier d'abord à sa maman, à celle qui l'a porté neuf mois et avec laquelle il forme une dyade nécessaire dans les premiers jours de la vie.

En grandissant, la fille, née d'un ventre du même sexe, reste dans la fusion et peut continuer à suivre son modèle premier et à se sentir toute-puissante comme elle. Le petit garçon, au contraire, pour devenir un homme, est obligé de renoncer au modèle qu'il idolâtre. Cette castration primaire est terrible. Il doit la refouler pour pouvoir la supporter et se construire autrement. Ce sont ces rapports à la maman et à la toute-puissance fantasmatique qui entraîneraient une structuration du psychisme différente chez le garçon et la fille et ceci quelle que soit la culture dans laquelle il est plongé. C'est ainsi que pris entre sa fascination pour la maman et l'obligation de regarder ailleurs, le garçon a des difficultés à savoir ce que c'est qu'être un homme.

Professeur d'Histoire et de Géographie, formé en psychogénèse.  
Thorée, 42520 Maclas.

Auteur de : « Le féminisme et ses dérives – Du mâle dominant au père contesté », Les Editions de Paris, 2006.  
<http://www.jeangabard.com>

L'histoire nous montre un homme qui, pour compenser la toute-puissance fantasmatique perdue, a mis en place, depuis le Néolithique, des sociétés patriarcales fondées sur la domination incontestée des pères et donc des hommes sur les femmes. Cette autorité a commencé à être contestée vers le XV<sup>ème</sup> siècle quand son origine divine a été remise en cause par les protestants et les humanistes. Ceci a amené le siècle des Lumières puis la Révolution. La marche vers la démocratie s'est faite ensuite lentement mais inexorablement pour aboutir, après la révolution culturelle des années 60-70, dans les textes, au moins, à une égalité en droits entre les hommes et les femmes. Aujourd'hui, la nouvelle vision du monde que nous pouvons appeler féministe dans la mesure où elle s'oppose en tous points à l'idéologie « machiste », devient majoritaire. Cependant, comme dans toute réaction, des dérives apparaissent.

### Les difficultés de l'homme nouveau dans la société nouvelle

La vision du monde féministe devient chez certains une idéologie qui, pour s'opposer au sexisme et à l'autoritarisme de la société patriarcale traditionnelle, prône une égalité en droits et une liberté qui ont tendance à se transformer en droit à l'égalité et en toute-puissance.

### L'égalitarisme

L'égalitarisme se traduit notamment par une nouvelle négation de la différence des sexes. Pour remédier à la difficulté d'assumer la différence de structuration du psychisme, les théoriciens du genre, dans le vent, avancent que les différences ne peuvent être que la conséquence d'une construction sociale sexiste. Ils demandent aux hommes et aux femmes de « lâcher prise » et de développer leur masculinité et leur féminité « originelles » qu'ils possèderaient à part égale. Les qualités autrefois vénérées chez les hommes : la froideur, la rigueur, la distance, la droiture, la fermeté, la violence ... sont cependant dévalorisées alors que leur opposé : la sensibilité, la spontanéité, la proximité, la complicité, l'écoute, la compassion, la flexibilité, la non-violence ... sont aujourd'hui idéalisées.



Alors que la femme était considérée comme un homme incomplet, l'homme est aujourd'hui diabolisé. Culpabilisé, il a même un devoir de repentance d'appartenir à la race des hommes et presque une obligation de soin pour rattraper le retard qu'il conserverait sur la femme, dans « sa réalisation intérieure ». Pour atteindre un androgynat utopique, il lui est prescrit de prendre exemple sur la femme. Notre « homme nouveau » écume les stages et les thérapies pour apprendre à « être soi-même », mais n'arrive pas pour autant à « se sentir bien dans ses baskets » et à plus forte raison dans des talons hauts !

### ***Le glissement de la liberté vers la toute-puissance***

Les hommes ont toujours eu peur de la femme fatale, et par crainte de n'arriver à la gérer, ont fatalement cherché à la maîtriser. Avec la remise en cause de l'origine divine de leurs pouvoirs, ils en ont perdu la légitimité et petit à petit l'exclusivité. Aujourd'hui, si la concurrence les oblige à se battre davantage, ils ne redoutent pas pour autant l'égalité en droits. Au contraire, le pouvoir forcément limité qu'acquiert la femme, la fait descendre de son piédestal imaginaire à une réalité qu'ils connaissent et savent affronter. Ils craignent par contre beaucoup plus qu'avant leur toute-puissance fantasmagorique fascinante et effrayante qu'ils

n'ont plus les moyens de la contrôler. En effet, au nom de la liberté, la féminité autrefois verrouillée a été libérée et peut s'étaler au grand jour sans aucune retenue.

De nombreuses règles, ayant été appliquées de façon sexiste, ont été supprimées. Ainsi au nom d'une politique du « tout sauf le tchador », des femmes exposent les emblèmes vivants de leur féminité. Non seulement, avec certaines tenues, elles n'accordent plus aux hommes le temps de les déshabiller du regard, mais elles peuvent même leur demander de se comporter en pur esprit. Pour ne pas être accusés de « *proposition sexuelle non voulue* », c'est à dire de harcèlement sexuel, il leur est demandé de n'avoir plus que des désirs « *flottants* ». Alors que la sexualité des femmes est libérée, ils doivent, eux, s'en libérer !

Autre exemple de la confusion entre liberté et toute-puissance : la violence dont peuvent être victimes les hommes et qui n'est pas forcément celle à laquelle on pense. Ils peuvent, certes, être victimes de la violence physique des femmes mais de la même façon qu'une arrivée au pouvoir les replace, dans le regard des hommes dans un domaine réel et connu d'eux, les claques qu'elles donnent sous l'emprise de la colère les rabaisser aussi à un niveau qu'ils maîtrisent. Il n'en est pas de même des mots, des insultes, envoyés avec froideur et mépris, qui terrifient les hommes, « bêttement » humains. Ces agressions verbales réactivent la blessure de la castration primaire, les renvoient à leur non toute-puissance et à leur incertitude sur leur identité. De même qu'ils ont refoulé la première souffrance, ils ne sont souvent pas davantage prêts à reconnaître cette blessure psychique. Persuadés de la totale légitimité de cette utilisation de la liberté par les femmes et ne voyant aucune raison objective de s'écrouler, ils en ont honte. Comme beaucoup de victimes, ce sont eux qui culpabilisent. Ils entendent les remarques de leur adversaire sur leur fragilité comme une incitation à se faire soigner. Cet étonnement n'est-il pas cependant le même que celui des violeurs persuadés de « n'avoir rien fait de grave, de n'avoir qu'insisté un peu » ? Dans les deux cas, il y a négation de la différence des sexes : les hommes prêtent aux femmes ce qu'ils pourraient ressentir si une femme insistait pour leur faire l'amour et les femmes prêtent aux hommes le ressentiment qu'elles peuvent éprouver, quand elles se font insulter (sans menaces physiques). Elles ne tiennent pas compte du fait qu'elles sont, dans l'imaginaire des hommes, des divinités fascinantes mais aussi totalement terrifiantes, et que la portée de l'injure n'est pas la même suivant qu'elle est proférée par une divinité ou par un humain !

Ainsi, avec la nouvelle négation de la différence des sexes, la fragilité physique de la femme est de plus en plus prise en compte, celle psychique de l'homme est niée et il est tenu de se calquer sur les qualités et les comportements de la femme. S'il n'y arrive pas, il ne sera pas jugé inférieur, car cette idée est devenue politiquement incorrecte, mais il lui sera conseillé de faire un travail « sur lui » pour « retrouver son être intérieur » dépouillé de toute éducation patriarcale ! Alors ce « gynocentrisme » qui donne la priorité aux valeurs



féminines et qui considère l'homme attardé ou malade, n'est-il pas le pendant féminin du sexisme masculin qui faisait des femmes des hommes imparfaits ?

## L'homme nouveau dans la famille nouvelle

La famille moderne est une famille où l'autorité est devenue parentale : « *l'autorité parentale appartient aux pères et aux mères.* » Mais y a-t-il encore des pères et des mères ? En effet comment sont posées les limites et surtout qui les pose ? Le papa qui a tendance à être moins fusionnel avec son enfant parce qu'il a « neuf mois de retard » est peut-être moins compréhensif. Il n'a cependant plus envie d'endosser le rôle répressif qui n'est jamais plaisant et qui a pris une connotation tout à fait négative. De plus, s'il se manifeste le premier, il risque de rappeler le macho qui décide seul, alors que la maman, faisant ce qu'avant, elle n'avait pas le droit de faire, ne peut qu'apparaître libérée. De plus ne préfère-t-elle pas remplir elle-même cette tâche

désagréable ? Ne risque-t-elle pas, autrement, d'assister au spectacle encore plus désagréable de la réprimande donnée par quelqu'un d'autre à l'enfant qu'elle a mis au monde et qu'elle a toujours « naturellement » protégé ? Ainsi pour ces différentes raisons, c'est souvent la maman qui pose les limites et qui sur de nombreux points a le dernier mot, quand ce n'est pas aussi le premier.

Ce renversement de situation, accepté par l'homme, n'est cependant pas anodin pour l'enfant. En effet, celui-ci a gardé de sa maman la vision d'une déesse omnipotente qui ne peut avoir mis au monde qu'un enfant-roi. Il constate que sa maman n'écoute pas le papa, qu'elle décide seule et qu'elle semble ne manquer de rien ni de personne, que le papa peut donner de l'affection mais qu'il ne parle pas et qu'apparemment, il ne mérite pas d'être entendu puisque la maman référence ne juge pas bon de lui donner la parole et de l'écouter. Alors que le but de l'éducation devrait être d'apprendre à l'enfant à assumer la castration, la maman reste, pour lui, une divinité toute-puissante qu'il ne peut qu'imiter par peur de la perdre.

Ainsi l'homme partage le rôle d'aide maternelle et même s'il reste souvent moins performant que la maman, joue de mieux en mieux son rôle affectif de papa. L'homme cependant, parce qu'il ne la veut plus et/ou parce qu'on ne la lui donne plus, n'exerce plus la fonction d'autorité et apparaît, aux yeux des enfants, comme un subalterne. Souvent par lassitude, il démissionne ou est démissionné par une maman qui croit pouvoir se passer de lui, avec toutes les conséquences que cela peut occasionner dans la perte des « re-pères », dans la « fabrication » d'enfants rois, d'enfants hors la loi.

L'homme mal à l'aise dans une société où la norme exige de déployer des qualités féminines, ne se sent pas non plus utile dans l'éducation des enfants, en n'exerçant plus la fonction de père. Il a tendance à se replier, à se faire oublier, à se rendre invisible, à s'évaporer !

Avec la négation de la différence des sexes, les femmes qui ne sont pas non plus dans la fonction de mère, sont-elles gagnantes ? Ce n'est pas sûr ! Ne sont-elles pas de plus en plus nombreuses à regretter qu'il n'y ait plus d'homme et plus de père ? En niant le manque, la sexualité et donc l'amant, ces « *Vierges Marie* », ne risquent-elles pas de n'apparaître que sur le versant maman ou le versant putain alors que c'est justement ce qu'elles voulaient éviter ?

Plus vraiment de femme, plus vraiment d'homme ! Et si c'était plutôt un manque d'Humain ou d'Homme, avec un H majuscule ? Et si c'était le cas, peut-être serait-il alors plus juste de parler non pas « d'évaporation de l'homme », mais de difficulté à naître !

# Actualité scientifique

## *méditerranéenne et occitane*

### Saint Alban les 15 et 16 juin 2007 : 22<sup>èmes</sup> Rencontres. Travailler avec le transfert

---

Plus de 600 personnes étaient réunies les 15 et 16 juin 2007 à l'Hôpital de St Alban sur Limagnole qui porte désormais le nom de « Centre Hospitalier François TOSQUELLES ».

Le thème du *Transfert* choisi cette année est empreint d'ironie : le projet explicite de cet établissement est de se spécialiser dans les « chroniques ». « On transfère » s'entend aussi comme le déplacement de la « psychiatrie » vers le « médico-social ».

**Patrick FAUGERAS** interroge les conditions de possibilité de la clinique à l'heure de l'extension de la logique marchande. Les nouvelles pratiques visent à éliminer les troubles de façon rapide et peu coûteuse. On peut s'étonner que cette évolution rencontre si peu de « résistance ». C'est docilement que nous acceptons des mesures régressives.

P.F. fait appel à la notion de *dispositif* élaboré par Michel FOUCAULT. « *Un ensemble hétérogène comprenant des discours, des institutions, des aménagements architecturaux, des décisions réglementaires, des lois, des énoncés scientifiques, des mesures administratives, des propositions philosophiques, morales, philanthropiques... le dispositif de pouvoir étant le réseau qui s'institue entre ces divers éléments* ». C'est une *formation* qui, à un moment donné, a la fonction de répondre à une urgence.



Patrick Faugeras

Cela peut nous permettre de réaliser comment nous sommes pris dans ces dispositifs de pouvoir que nous contribuons à réaliser sans même nous en rendre compte. Un fait divers suffit à faire voter des lois en urgence, et des dispositifs se mettent en place, lesquels requièrent la subjectivité même de nous tous : nous concourons à notre propre assujettissement.

Ce concept de dispositif est repris par Giorgio AGAMBEN qui montre la dissolution des subjectivités elles-mêmes. Le bouleversement des rapports du sujet au monde a des effets sur notre pratique quotidienne. La prolifération de micro dispositifs fonctionnels, techniques, sensés répondre à un problème spécifique change l'approche de l'institution, du sujet, du transfert, de l'éthique. Que devient dès lors la pratique clinique ? Quelle est la place de ce qu'on appelle le *Transfert* ?

*Le Transfert* est le *nouage d'une liaison*. Un appel, une demande doit trouver une *adresse*, un destinataire. Nous sommes comme des porteurs de messages dont certains restent en souffrance parce que nous ne trouvons pas le destinataire à qui les délivrer. Un destinataire qui ne se prendrait pas pour *LE* destinataire, qui saurait qu'il n'est pas le véritable destinataire. L'impossibilité de trouver une *adresse* serait peut-être à l'origine de la *répétition symptomatique*. La psychiatrie peut constituer une pseudo-adresse et usurper la place du destinataire.

P.F. vient de publier une correspondance retrouvée dans les archives d'un H.P. Italien. Des lettres de malades avaient été retenues par l'appareil médico-administratif sous prétexte d'incohérence. Cette censure était pratiquée avec « bonne conscience » pour le « bien » des malades que l'on privait pourtant de leur rapport à *l'Autre*. Cette censure opérait une destruction de subjectivité en disqualifiant les efforts du fou pour s'adresser à l'Autre.

Etre destinataire c'est s'ouvrir à la *multiplicité* des destinations possibles. La Psychothérapie Institutionnelle soutient que toute approche du fait psychopathologique ne peut être dissocié de la position de celui qui l'énonce, et des jeux

transférentiels qui se déploient dans une situation donnée. L'effort de la Psychothérapie Institutionnelle est de reconnaître au transfert sa dimension politique. La multiplicité des liens transférentiels crée de *l'institution* (qu'il ne faut pas confondre avec l'établissement). Penser le transfert c'est *se laisser créer par l'autre* en se mettant à disposition.

Jean OURY commence son intervention en rappelant combien le *concept* de Transfert a été malmené (par Freud lui-même quand il considérait qu'il n'y a pas de Transfert chez le psychotique). Le transfert c'est du *transport*. Il avait conseillé aux psychanalystes de passer un an auprès de vrais psychotiques. Cela aurait été une « vraie didactique ». Cela n'avait pas été retenu. Comment parler du transfert si on ne se promène pas...



Jean Oury

OURY évoque la difficulté à faire admettre aux psychanalystes le concept de *transfert dissocié*. Il y va d'un *respect* pour les schizophrènes. Ce n'est pas les respecter que de leur dénier tout transfert. Notre travail avec les schizophrènes : effectuer des *greffes d'ouvert* pour les *délimiter* : ne pas confondre fermé et limites. C'est dans la *rencontre* que ça peut se manifester. Ne pas confondre non plus les *bornes* (que l'on peut dépasser) et les limites (qui sont inatteignables) – ambiance – Stimmung – ki (japonnais) – « connivence » - lien social – fonction scribe – inscription – la trace – les greffes de transfert (Pankow). Pour qu'il y ait de la trace, il faut qu'il y ait de *l'inscription*.

Comme toujours, OURY revient sur tous ces concepts et leur exigence de discrimination. Ne pas confondre statut, rôle et fonction, combattre les cloisonnements responsables de la paranoïa institutionnelle et de l'aliénation sociale, dé-fétichiser les diplômes, distinguer demande et désir, passage à l'acte et acting-out. Ce qui *s'inscrit*, c'est le désir inconscient *inaccessible* et c'est par le fantasme et le transfert qu'on y a accès. Un acting-out a la structure du fantasme et consiste en une manifestation du transfert.

Transfert dissocié – recherche du point de recentrement – transfert en tant que *disparité subjective* – être au plus proche, en assumant son lointain au pied de l'opacité de l'autre sur fond de connivence – respecter l'opacité de l'autre est à l'opposé de l'idéologie de la transparence – cette « salope-rie ». On ne résume pas aisément la « simplicité » d'Oury. Il nous indique toujours le lieu où ça se passe vraiment.

Pierre DELION aborde les enjeux des débats autour de la prévention et/ou prédiction de la schizophrénie chez les adolescents. On tendrait vers la prescription précoce de neuroleptiques devant des signes considérés comme prédictifs de schizophrénie. Une clinique privée, près de Lille, vient d'ouvrir, spécialisée dans le traitement de la *première* décompensation des adolescents. Cette clinique, avec l'accord de l'ARH, n'est plus concernée par une deuxième bouffée délirante... Cela en opposition avec l'éthique de secteur et de la continuité des soins.

En ce qui concerne les enfants, Pierre Delion tient à distinguer la schizophrénie de l'enfant de la psychose infantile et de l'autisme.

Sur la question de l'autisme, il pense que des positions scientifiques infiltrent les associations de parents pour faire croire que l'autisme n'a rien à voir avec la psychiatrie et ne concerne que les éducateurs et pédagogues. C'est ainsi que l'on intente des procès à ceux qui font du packing avec des enfants autistes. Cette affaire est portée en justice, le tribunal ayant admis que la plainte était recevable.

Est à l'œuvre une logique ségrégative visant à distinguer la « race diagnostique » à laquelle on appartient. Cela se redouble d'une utilisation « débile » du DSM IV. Ainsi le THADA (trouble d'hyperactivité avec déficit d'attention) recouvre parfois une psychose qui peut décompenser sous ritaline. Le TOP (trouble oppositionnel avec provocation !) et le THADA se regroupent dans l'appellation « troubles extériorisés » en opposition avec les troubles « intériorisés » (inhibitions...). Quel progrès !

Il est important de ne pas lâcher notre clinique basée sur les structures psychopathologiques dans le transfert et de tenir compte de la *personne* habitée par les signes cliniques. Delion voit dans cette affaire la complicité entre



Pierre Delion

les antipsychiatres et les technocrates. Cela aboutit à une « dé-psychiatrie ».

Le « handicap psychique » est détaché de tout *processus* morbide. Un bébé de 6 mois qui fait une dépression anaclitique est déjà considéré comme porteur d'un handicap. Les mécanismes de clivage et idéalisation décrits par M. Klein, ont envahi notre société en atteignant la psychiatrie elle-même. Il s'agit d'articuler neurologie et psychiatrie mais pas au prix de la psychopathologie. Les désordres électrochimiques sont toujours « psychisés » de telle ou telle manière.

Si Freud a pu dire qu'il n'y avait pas de *transfert* dans la psychose, c'est avant tout parce que sa clientèle était constituée des névrosés de Vienne (sa seule approche de la psychose est celle de son travail sur le texte des mémoires du Président Shreber).

Il y a du transfert avec les psychotiques avec ses particularités : *transfert dissocié* du côté de l'image du corps, *transfert multiréférentiel* du côté de l'institution que l'on met en place pour soigner. La notion de constellation transférentielle est fabriquée pour penser le traitement de la psychose. C'est cela *l'institution* (et non l'établissement).

Delion évoque ses premiers contacts avec Oury et Tosquelles, et sa surprise de découvrir que ce qui compte avant tout c'est la *relation* avec les patients, alors qu'il avait encore une image de la Psychothérapie Institutionnelle comme une sorte de « scoutisme ». L'institution est seulement la conséquence du fait qu'on ne peut pas être tout seul dans la relation avec un psychotique et ses multi-investissements. Leur rassemblement constitue la constellation transférentielle. L'institution retrouve son sens étymologique : ce qui fait tenir *debout* quelque chose entre nous. C'est une construction en commun.

Quand on propose un espace à un enfant psychotique et qu'on l'accompagne à plusieurs, que l'on confronte des points de vue différenciés, on construit un contre transfert institutionnel. Notre psychopathologie se trouve enrichie par cette co-construction. La constellation transférentielle constitue un « vêtement » (investissement = entrer dans un vêtement) protection des angoisses archaïques. C'est un « organisateur » thérapeutique (au sens de SPITZ) permettant pour le patient une représentation de l'« être-avec » dont l'enfant psychotique ne disposait pas dans sa profonde solitude.

En conclusion : si la psychose existe, si le transfert existe, c'est une *décision*. C'est là que le travail commence, et qu'il faut s'occuper de tout ce qu'il y a autour dans les structures de soin. D'où l'importance de la *transmission*. « *Lorsque nous voyons loin c'est que nous sommes assis sur les épaules de nos pères* » aimait à dire Tosquelles.

**Patrick CHEMLA** intitule son propos « l'épreuve du transfert psychotique ». Le thérapeute entre dans la danse avec son corps, avec ses éprouvés sensibles. C'est une expérience « physique », un combat contre des forces de mort et la néan-



Patrick Chemla

tisation du sujet. Quel que soit son statut, le thérapeute met en jeu son corps. Chemla se réfère à Françoise Davoine et questionne le dogme de certains lacaniens sur l'irréversibilité de la « forclusion », qu'elle nomme « retranchement ».

La question : si la forclusion est irréductible pourquoi ne pas se résigner devant l'intraitable ? Les psychanalystes de psychotiques se sont toujours heurtés à cette « idéologie » lacanienne, se faisant accuser de délirer à la place de ces patients qui ne leur avaient rien demandé.

Or des psychotiques viennent s'adresser à des psychanalystes. On peut considérer que l'émergence d'un désir même sous forme délirante ou hallucinatoire, est instauratrice du *sujet* potentiel. Le thérapeute travaille avec ses propres failles, doit se laisser surprendre, et produire ses propres outils conceptuels. Il se retrouve en position d'analysant. Lacan parlait lui-même d'analyse à l'envers. Accueillir l'« étranger en soi », à l'instar de la rencontre avec le shaman indien. F. Davoine et J.M. Gaudillière font du psychotique un « chercheur », souffrant certes d'une « lésion à l'alterité » mais contribuant à une recherche historique et scientifique. La micro histoire rencontre en effet la « Grande Histoire » (Histoire et trauma – la folie des guerres- est le titre de leur ouvrage).

Que le psychotique puisse être considéré comme un « chercheur » nous éloigne d'une conception purement déficitaire de la psychose. Quand on demandait à NASH (mathématicien, prix Nobel d'économie et psychotique) comment avait-il pu croire aux extraterrestres, il répondait que ces idées lui étaient venues de la même manière que ses idées de mathématiques : « je les ai donc prises au sérieux ».

Il ne s'agit pas d'idéaliser la folie, mais de prendre au sérieux les idées délirantes. Du côté du thérapeute, ses convictions sont un point d'appui (ainsi du trauma de guerre pour F. Davoine et J.M. Gaudillière) pour une inventivité contre les dogmes. Ferenczi, Winnicott, Oury, sont en conflit avec les orthodoxies de leur temps. De même J.C. Polack (« Epreuves de la Folie ») critique ouvertement « l'orthodoxie » lacanienne et son savoir objectivant, lequel a peu d'intérêt dans la dynamique du transfert. Objectiver la forclusion et considérer le psychotique comme intraitable le renvoie à être seulement objet de la « charité ».

Ce n'est pas tant la théorie qui soutient l'épreuve du transfert que la conviction de l'analyste héritée de son transfert à la psychanalyse et à son psychanalyste, plus la méthode qu'il a bricolée avec les moyens du bord.

Chemla évoque le transfert à Lacan de bien des analystes de psychotiques, à opposer à ceux qui répètent le discours du maître. Ainsi l'accent mis par J.C. Polack sur « les processus psychotiques », donc des mouvements, s'oppose à la fixité du dogme de la forclusion. La cure du psychotique s'accompagne d'évolutions et de remaniements plus souvent qu'on ne croit. F. Davoine, J.C. Polack, G. Michaud, en témoignent à travers des dispositifs variés.

La Psychothérapie Institutionnelle pense ces supports, cherche à éviter sans cesse le risque des effets des hiérarchies et des corporatismes. Chemla rend compte du combat quotidien que représente la constitution du *collectif*. Au delà des rivalités et des réactions de prestance, on se trouve confronté à l'archaïque, à la peur, à la pulsion de mort qui peuvent déclencher des folies collectives. Il est important que le collectif offre une « scène » ou ces forces trouvent à être représentées dans un « dispositif anti-tyrannique » (F. Davoine), un praticable (G. Michaud) permettant de mettre en acte « l'offre de transfert ». Il s'agit d'un travail fatigant (ce qui peut expliquer la raréfaction du nombre de thérapeutes de psychotiques) en exigeant une mobilité psychique constante.

Il n'y a pas de recettes pour soutenir l'épreuve. P. Chemla cherche à témoigner de l'expérience en la mettant en récit. Le collectif du Centre Artaud de Reims se livre à une narration d'expériences cliniques mettant en jeu le transfert institutionnel.

C'est pourquoi M. Chemla conclura par le récit d'un fragment clinique, celui du parcours d'un psychotique soigné au Centre Artaud depuis l'âge de 20 ans pendant 8 ans. Violent, halluciné, rejeté de toutes les institutions qu'il avait connues auparavant, il a trouvé sa place dans le centre, en est devenu un pilier, véritable co-constructeur institutionnel, malgré ses propos racistes et xénophobes qu'il est parvenu à cantonner dans les séances.

**Claude ALIONE**, se présentant comme analyste « lacanien » mais aussi adepte de Bion, donne à méditer ce mot d'un chef indien : « *ce n'est pas, vous les blancs, que vous ne voulez pas comprendre, c'est qu'on vous a formés à ne pas comprendre* ».

Il aborde la question du transfert par celle de la *parole* : *le transfert c'est la parole*. Le transfert est lié au Grand Autre, le trésor des signifiants, l'univers symbolique.

Or, le rapport à la parole, au Grand Autre, donc le transfert n'est plus tout à fait le même que du temps de Freud, puis de Lacan. Le Grand Autre en tant que garantie d'être entendu quand je parle, est de nos jours attaqué. Qu'est-ce que je deviens, en tant que sujet de l'Autre, si l'Autre est attaqué dans son fondement même ?



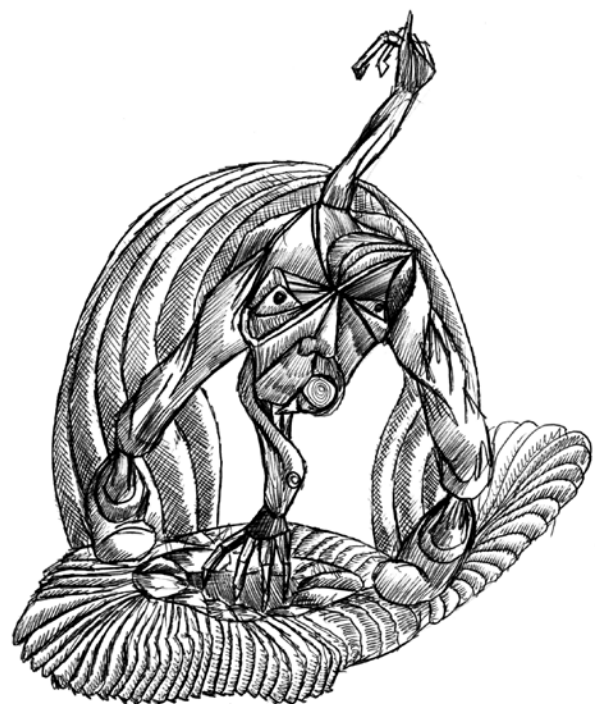
Claude Alione

Le « sujet » de nos jours n'est plus le même. Il tend à osciller entre la dépression et la toute puissance imaginaire, d'où les intégrismes, les sectes, les addictions, le droit de donner la vie ou la mort... Le sujet post-moderne se fonde sur une extériorité symbolique, sans repères (référence aux travaux de Ch. Melman, J.P. Lebrun, D.R. Dufour).

On serait rentrés dans une ère de *haine de la parole*. Alione la perçoit notamment dans les attendus du DSM, où la parole du patient ne pourrait que tromper le clinicien objectivant les troubles. Le statut même du sujet en « recherche » d'une incertaine vérité est disqualifié. C'est remplacé par des questionnaires. Il suffit de cocher des cases.

La disqualification de la parole dans beaucoup de domaines, entraîne une « misère symbolique ». Un « homme pulsionnel » se croyant libre a remplacé le sujet aliéné.

Malgré cette position pessimiste, Alione déclare beaucoup croire en la parole à travers régulations et supervisions qu'il aime à pratiquer.



## Saint Alban, juin 2007 : L'homme du commun à l'ouvrage<sup>1</sup>

**Alain Bouillet :**

**À la croisée des chemins...**

Nous sommes, décidément, à Saint Alban, à la croisée des chemins...

Chemin pierreux et escarpé qui conduit à Compostelle ;  
Chemins tortueux et labyrinthiques de la Psychothérapie Institutionnelle ;

Chemins confluents de l'art brut qui, depuis maintenant trois années, ont vu le Musée de Villeneuve d'Ascq venir accrocher aux cimes de la salle d'exposition des pièces issues de la Donation L'Aracine, expositions complétées par le renfort d'autres pièces aimablement prêtées par des collectionneurs privés.

*L'homme du commun à l'ouvrage...* c'est le titre d'un ouvrage paru aux Editions Gallimard, en 1973, dans la Collection Idées, qui regroupe différents textes de Jean Dubuffet. Certains de ceux-ci (Préfaces, textes de présentation de diverses expositions...) avaient déjà été publiés dans les deux premiers volumes de *Prospectus et tous écrits suivants*, paru chez Gallimard en 1967. Un autre, *Désaimentations des cervelles*, regroupe des extraits de deux autres ouvrages : Le sulfureux et pamphlétaire *Asphyxiante Culture* (paru chez Pauvert en 1968) et *Textures* (paru également à l'été 1968). Enfin, l'ouvrage comporte quelques textes inédits dont une correspondance entre Jean Dubuffet et Roger Gentis au sujet de l'art brut. Ayant refusé tous les titres qu'on lui proposait pour ce recueil – véritable petite Anthologie de poche de la pensée et du style de Dubuffet – il suggéra celui de *L'homme du commun à l'ouvrage*. L'expression n'était pourtant pas de lui. Elle date de 1944, où elle apparut sous la plume de l'écrivain et éditeur Pierre Seghers. Jean Dubuffet se l'appliquait volontiers : « Je suis passionné d'être l'homme du commun du plus bas étage » écrivait-il le 26 juin 1947.

Il faudrait évidemment se mettre en devoir de comprendre ce qui – au-delà du mépris qu'il professait pour les artistes et les intellectuels (ou peut-être même à cause de ce mépris...) – ce qui sous-tend cette passion pour l'homme du commun et pour son ouvrage, chez Jean Dubuffet. Il s'en explique partiellement dans le texte d'une conférence mythique intitulée *Honneur aux valeurs sauvages*, conférence prononcée à la Faculté des Lettres de Lille, le 10 janvier 1951, à l'occasion du vernissage d'une exposition ouverte à la librairie Marcel Evrard, à Lille, où se trouvaient regrou-



Alain Bouillet

pée une cinquantaine de productions de cinq auteurs d'art brut, - « Cinq petits inventeurs de la peinture » – indique la brochure éditée à cette occasion : Paul End, Alcide, Liber, Gaduf, Sylvocq.

A propos de ces noms - qui sont évidemment des pseudonymes - (Louis Engrand (Hôpital Psychiatrique de Lille), Alcide (Hôpital Psychiatrique de Lille), Stanislas Liber, Gaston Dufour (Hôpital Psychiatrique de Lille), Sylvain Lecocq) - Dubuffet s'en expliquait de la façon suivante :

« Ces noms peuvent paraître étranges. Ils le sont en effet. La raison en est que ce ne sont pas exactement les vrais noms les artistes. Ce sont des noms tronqués, non énoncés dans leur entier. Il s'agit donc d'œuvres dont les auteurs demeurent dans un demi-anonymat. Voilà qui nous change de l'ambiance habituelle des expositions de peintures, où les exposants montrent au contraire d'ordinaire une si grande avidité de se faire connaître.

Les exposants, dans les expositions habituelles, sont extrêmement préoccupés de l'accueil qui sera réservé par le public à leurs œuvres, des commentaires qui en seront éventuellement publiés dans la rubrique dite artistique des journaux. Chacun suppose ses chances de devenir, s'il ne l'est encore, un artiste professionnel vivant à l'aise de la vente de ses œuvres, comblé d'égards et d'hommages...

Mais ici, rien de tel. Les cinq exposants ne se soucient pas le moins du monde de considérations de cet ordre. Ils ont d'autres chiens à fouetter. D'ailleurs, ils ne savent même pas que cette exposition a lieu. De telles choses les laissent parfaitement indifférents. Ils ont des préoccupations beaucoup plus immédiates et beaucoup plus pressantes que de gagner de l'argent avec leurs dessins ou de jouer aux vedettes dans

1. Textes de Alain Bouillet et de Bernadette Chevillon publiés dans *Psy Cause* avec l'aimable autorisation des auteurs, recueillis à Saint Alban par Anne Rivet, psychologue, Centre Hospitalier de Montfavet.

des cercles mondains. D'ailleurs de semblables éventualités sont pour eux absolument et définitivement exclues. Tous les cinq sont en effet, pour l'heure, enfermés derrière les portes cadenassées d'un asile d'aliénés. Et quand on se trouve dans cette situation, on a des sujets de réfléchir plus graves que de voir son nom mentionné avec avantage par les critiques d'art de la presse. On a des sujets de réfléchir si graves et si préoccupants que des questions de cette sorte comme de montrer des dessins au public apparaissent comme des futilités complètement dénuées d'importance.

Et si on fait des dessins, ce n'est pas du tout dans l'idée de les montrer à qui que ce soit, et d'en retirer de l'argent ou de la considération, c'est pour des raisons beaucoup plus sérieuses et beaucoup plus profondes.

Ce sont des gens en effet pour qui tout est perdu. Toute entreprise est sans espoir pour eux. Ils sont aux prises avec la condition humaine réduite au minimum, à son point élémentaire. »

En passant, on retrouve là une réflexion sur laquelle Jean Dubuffet reviendra souvent : « La création d'art, pour avoir son plein intérêt, nécessite une concentration et une solitude qui ne sont guère compatibles avec la vie sociale de nos artistes professionnels. C'est quand un homme est seul, qu'il s'ennuie fort, qu'il ne peut compter sur aucune espèce de distractions ni de joies venant de l'extérieur, d'aucune espèce de fêtes, que les conditions sont le mieux remplies pour que naisse en lui un besoin de se fabriquer par ses propres moyens, lui-même tout seul et à son propre usage, un théâtre de fêtes et d'enchantements. »<sup>1</sup>

Suivent quelques considérations – particulièrement acides et désobligeantes, bien dans la verve de Dubuffet – sur l'art fait par ce qu'il appelle « des spécialistes professionnels », puis il entame une réflexion qui va le mener d'une définition de l'art comme « extériorisation des mouvements d'humeur les plus intimes » jusqu'à une mise en question de la culture, du savoir et de l'éducation, en passant justement par la mise à jour, la prise en compte et la préférence qu'il accorde au psychisme de l'homme du commun...ainsi qu'à ses potentialités sous-jacentes de produire des ouvrages d'art. Avec, dans le rôle titre, comme parangon de l'homme du commun :...le vacher.

Il y aurait beaucoup à penser et à dire au sujet de ce texte dont la forme et les formules s'exaspéreront, dix-sept ans plus tard, dans le pamphlet *Asphyxiante Culture*. Il me paraît être d'une grande importance, et je ne puis que vous inviter à le lire dans son intégralité.

Il mériterait, me semble-t-il, que l'on en fasse une exégèse approfondie, car on y trouve rien moins :

1. qu'une définition de l'art suivie d'une théorie de la communication esthétique comme projection et déplacement du regard ; autorisant, écrit Dubuffet, l'accès aux couches sous-jacentes, aux plans de la profondeur :

« A mon sens, l'art consiste essentiellement dans cette ex-

tériorisation des mouvements d'humeur les plus intimes, les plus profondément intérieurs de l'artiste. Et comme ces mouvements internes nous les avons tous aussi en nous-mêmes, alors c'est pour nous très émouvant de nous trouver face à face avec leur projection. Nous y voyons en effet, concrétisés devant nos yeux, des faits psychiques que nous possédons en nous-mêmes, qui existent exactement en nous-mêmes comme ils existent chez l'artiste, sous-jacents, obscurs, profondément enfouis sous nos écorces successives ; et c'est justement ce face-à-face avec nos plus profonds mécanismes qui nous apparaît comme une révélation passionnante, et qui jette une lumière sur notre propre être et sur le monde, qui nous procure de voir les choses qui nous entourent avec d'autres yeux que nos yeux habituels. Avec des yeux (en nombre infini) que nous possédons tous en nous, profondément enfouis, mais qui ne fonctionnent pas d'ordinaire, et dont le surgissement de cette œuvre d'art déclenche subitement le fonctionnement.

C'est la raison d'être de l'art d'être la voie d'expression des couches sous-jacentes, des plans de la profondeur. Ce que nous attendons d'une œuvre d'art, c'est que son auteur y ait découvert, y ait inventé des moyens de faire éclater ses couches en surface, et de livrer passage aux voies des couches sous-jacentes – et par là même aussi du même coup des nôtres dès que cette œuvre est devant nos yeux.

Je suis en effet très convaincu que tous les hommes sont pratiquement très semblables, et, surtout dans un même pays, à l'intérieur d'une même collectivité, il y a entre un homme et un autre des différences qui sont si minuscules, et si superficielles, qu'elles sont comme inexistantes. Les différences (j'entends naturellement les différences dans l'ordre psychologique) qu'on croit exister entre un homme instruit et un homme qui ne l'est pas, entre un homme réputé intelligent et un autre réputé bête, entre un homme réputé bon et un autre réputé mauvais, entre un homme réputé sensible, raffiné, artiste et un autre réputé (n.d.l. être) une brute – ces différences me paraissent résulter de malentendus, et répondre seulement à des petites variantes de comportement qui demeurent tout à fait superficielles et ont peu d'importance ; qui sont de petits phénomènes épidermiques accidentels et négligeables. On pourrait comparer ces petites différences aux variantes qui se manifestent dans la disposition des branches et du feuillage d'un pommier à un autre pommier, qui sont des phénomènes accidentels peu importants pour le pommier – lequel, dans ses composantes essentielles et dans sa nature profonde, est identique à un autre pommier. »

2. une théorie de l'universalité de la condition humaine suivie d'une théorie de l'existence chez tout être humain « d'un immense fonds de créations et d'interprétations mentales » dont l'expression dépend de la survenue de « circonstances » de « conditions » permettant que « cet individu s'éprenne d'œuvrer dans ce sens » :

« Je suis bien persuadé qu'il y a en tout être humain un im-

1. DUBUFFET, J. « Honneur aux valeurs sauvages » in *L'homme du commun à l'ouvrage*, Paris, Gallimard. 1973.

*mense fonds de créations et d'interprétations mentales de la plus haute valeur qui soit, et bien plus qu'il n'en faut pour susciter dans le domaine artistique, une œuvre d'immense ampleur, si les circonstances, si les conditions extérieures viennent par hasard à se trouver réunies pour que cet individu s'éprenne d'œuvrer dans ce sens.*

*Je crois fausses les idées, cependant fort répandues, et selon lesquelles de rares hommes, marqués par le destin, auraient le privilège d'un monde intérieur qui vaille la peine de l'extérioriser. Ce n'est pas le pouvoir d'invention personnelle qui manque : il est la denrée la plus répandue du monde partout où il a de l'homme. Ce qui manque à chacun qui veut faire de l'art, c'est premièrement d'y faire appel ; c'est en second lieu de savoir disposer les voies pour qu'il se manifeste sans réfraction. Ce n'est pas la musique qui manque jamais ou qui n'est pas bonne, c'est la flûte. »*

3. une esquisse d'une théorie de l'inconscient esthétique :  
« Il faut prendre garde à ceci que le psychisme d'un être humain est quelque chose de très épais ; c'est une stratification avec de nombreuses couches successives ; c'est un puit avec des étages superposés à n'en plus finir, lesquels fonctionnent tous ensemble. Pour cette raison, les idées qu'on se fait habituellement sur la psychologie me paraissent très fausses, car elles se bornent à prendre en considération les phénomènes produits dans la dernière couche, la couche de surface, la couche épidermique – laquelle, justement, étant la dernière venue, et la plus éloignée des centres moteurs, se trouve être la moins significative et la plus sujette à tromper sur la nature vraie de l'homme. »

4. et, enfin, l'énoncé par Dubuffet, d'une préférence pour cet « homme du commun » - en l'occurrence le « vacher », indemne de « Culture » et non encore encroûté par le «Savoir » et « l'Education » (au sens où Jean Dubuffet use des termes de culture, savoir et éducation, ce qui, là aussi, supposerait une explicitation mesurée) :

« Les questions d'instruction, d'éducation, de bon et de mauvais goût, me paraissent justement de celles qui relèvent des plans superficiels et les moins significatifs. Je dois dire que personnellement, je ne les ai en nulle considération. Je n'ai pas moins d'estime ni de curiosité pour le plus primitif des vachers que pour le plus savant des agrégés de grammaire. Le psychisme du vacher ne me paraît en aucune façon plus pauvre ni plus méprisable que celui du savant docteur, et la conversation et les rapports humains avec le vacher ne sont pas pour moi d'un moindre intérêt – non, vraiment pas, à aucun titre – que la conversation avec l'homme instruit, ou prétendu intelligent et raffiné.

Il y a même plus. Le psychisme du vacher, non seulement, il ne me paraît pas plus pauvre, mais je dois dire pour énoncer toute ma pensée, qu'il me paraît plus riche. La valeur humaine du vacher me paraît plus grande que celle de l'homme cultivé. Mon sentiment, en effet, est que le savoir et l'éducation de l'homme savant et éduqué fonctionnent pour lui comme des croûtes nouvelles surajoutées à ses propres

*écorces – des étouffoirs nouveaux faussant encore un peu plus sa vraie voix. »*

De ces « hommes - et femmes - du commun à l'ouvrage » dont parle Dubuffet, et dont il s'est efforcé de recueillir les productions de 1945 à 1971 – productions qui ont pris place à cette date à la Collection de l'art brut à Lausanne, la plupart sont désormais décédés.

Mais, des auteurs d'art brut, il en demeure encore de vivants...et de bien vivants !

Ainsi en va-t-il d'André Robillard, qui a bien voulu honorer de sa présence ces XXI<sup>ème</sup> Journées de psychothérapie Institutionnelles et, simultanément, ces Sixièmes Chemins de l'art brut.

## **Bernadette Chevillion :**

### **André Robillard et l'art brut**

Si André Robillard est présent à St-Alban c'est d'abord parce qu'il est l'un des auteurs d'art brut de l'exposition «Les chemins de l'art brut (6)», organisée par le Musée d'art moderne Lille Métropole et présentée dans le château. Y sont exposés deux anciens fusils et un dessin d'André Robillard issus de la collection de l'Aracine.

Mais si j'ai eu envie de venir, ici, avec André Robillard, c'est parce que nous partageons tous deux une grande admiration pour un autre auteur d'art brut qui a vécu une grande partie de sa vie, dans cet hôpital de Saint-Alban sur Limagnole, je veux nommer Auguste Forestier, hospitalisé de 1914 jusqu'à son décès en 1958.

Auguste Forestier nous l'avons «connu» à peu près au même moment dans les années quatre-vingt, mais de manière tout à fait différente :

- Pour André Robillard, la rencontre avec l'œuvre d'Auguste Forestier s'est faite à Lausanne en allant visiter la Collection de l'Art Brut, là où ses œuvres sont présentées. Il découvre que ses fusils et autres productions sont exposés à côté de celles de Forestier dont il se sent une parenté ( comme lui il fabrique des objets avec des matériaux de récupération).



Bernadette Chevillion et André Robillard

1. Chevillion Bernadette, «La collection du Dr Lucien Bonnafe», in *Devenir de l'art brut*, revue LIGEIA, juillet/décembre 2004, p.98

- Pour moi ce sera grâce à Lucien Bonnafé avec qui j'ai travaillé.

Pour mémoire Lucien Bonnafé a été nommé à Saint-Alban en janvier 1943, il partira en juin 1944. Après son départ en retraite de Corbeil-Essonnes en 1978, je découvre chez lui les sculptures de Forestier mais surtout les dessins, que lui seul détenait et qui lui venaient de son grand-père maternel le Dr Maxime Dubuisson, ce grand-père aliéniste que Bonnafé admirait tant et qui avait travaillé ici à Saint-Alban en 1914, année de l'internement de Forestier.

Maxime Dubuisson est surtout, fait exceptionnel pour l'époque, cet humaniste attentif et respectueux des «œuvres» des malades dont il s'occupe. Il fait partie de ces quelques aliénistes qui ont su préserver et respecter ces productions, véritables trésors de l'art asilaire. Lucien Bonnafé saura à son tour sauvegarder ce patrimoine familial<sup>1</sup>.

Où comment une boucle se boucle...

Alors vous parler d'André Robillard, c'est bien sur retracer l'aventure de l'art brut, mais aussi évoquer Saint-Alban avec notamment Jean Oury et Roger Gentis qui ont partagé à la fois l'aventure animée par Jean Dubuffet qui a croisé celle de la psychothérapie institutionnelle.

La «vraie» vie pour André Robillard commence en 1964. 1964, c'est aussi l'année où Roger Gentis, venant de Saint-Alban, intègre l'hôpital de Fleury. Roger Gentis nous rappelle que *cet hôpital a vu le passage de Georges Daumézon jusqu'en 1951, non sans laisser de son passage une profonde empreinte «désaliéniste» et quelques collaborateurs qui s'emploieront contre vents et matées à poursuivre son œuvre.. C'est en 1952 que Georges Daumézon et Philippe Koechlin lancent, dans les Annales portugaises de psychiatrie le terme de psychothérapie institutionnelle».*

André Robillard a alors trente-trois ans. Il est recruté comme auxiliaire à la station d'épuration et on lui procure un logement indépendant au sein de l'hôpital. Il y travaillera jusqu'à sa retraite en 1991.

André Robillard réfléchit sur sa condition : « Il faut quand même que tu fasses quelques chose de ta vie », se dit-il<sup>1</sup>. Et il va alors se mettre à fabriquer quelques fusils qui auraient pu passer inaperçu s'il n'y avait eu à la fois le regard de deux médecins et celui d'un artiste Jean Dubuffet.

Le premier médecin est le Dr Renard qui prend cette décision prémonitoire de déposer un fusil à l'intention de Jean Dubuffet, rue de Sèvres, au début de l'année 1965. Jean Dubuffet est intéressé par le fusil et le fait savoir à André en lui écrivant<sup>2</sup>. André fabrique alors pour lui des nouveaux fusils, des avions à réaction, des mitraillettes, des bombardiers US à réactions supersonique... qui vont entrer dans la Collection de l'Art Brut que constitue Jean Dubuffet. Puis plus rien... Pendant près de 10 ans il reste sans rien produire.

C'est à l'occasion de l'ouverture de la Collection de l'Art Brut à Lausanne en février 1976, que Michel Thévoz qui en est le conservateur, demande alors des nouvelles d'André à Roger Gentis. Il va faire envoyer à André des cartes postales éditées en couleur d'un de ses fusils. « ...Ce premier fusil de Robillard ( son œuvre princeps) porte sur la droite de la crosse, en haut relief, une boîte de pilchards Captain Brand ».<sup>3</sup>

Au dos de la carte postale:

|                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Collection de l'art brut, Lausanne<br/> <b>ANDRE ROBILLARD</b><br/> <i>Fusil</i><br/>         Bois, boîtes de conserves, bobines, cuir, etc...<br/>         long. 114 cm<br/>         Mars 1964<br/>         Photo Germond, Lausanne</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

André Robillard réalise alors que ce qu'il faisait avait de la valeur. «Jusqu'à là, je ne m'en étais pas rendu compte. »

DANS LES ASILES  
 OÙ ON ÉTAIT ENTASSÉS  
 COMME DES SARDINES



1. Roger Gentis, Fascicule de l'art brut, n°11, Lausanne 1982, p 72.

2. Mes remerciements à la Collection de l'Art Brut à Lausanne et à la Fondation Dubuffet de Paris pour m'avoir permis de consulter la correspondance de Jean Dubuffet.

3. Roger Gentis, op. cité, p.72.

« ... S'était-il produit une cassure ou simplement Robillard avait-il exorcisé la souffrance qui le rongait! Mais voilà qu'après dix ans, sollicité par Michel Thévoz conservateur à Lausanne, Robillard va se remettre à l'ouvrage. Cet appel le plongera dans une émotion considérable et provoquera une succession de fusils qui, fabriqués dans une fièvre intense due au brusque intérêt porté à sa personne, se chargeront d'accessoires pour devenir, avec l'attention qu'on porte à son auteur, toujours plus gros, toujours plus lourds. »<sup>1</sup>

André Robillard reprend alors sa production de fusils et c'est le début d'une première reconnaissance. Mais, il faudra à nouveau, le regard d'un médecin - le Dr Roger Gentis pour qu'André reprenne pleinement confiance en lui.

En 1981, Roger Gentis travaille autour de son projet placé sous le signe d'Aloïse<sup>2</sup>. Il en fait part à Michel Thévoz et lui parle des ateliers en place, théâtre, peinture...

« et un (tenez vous bien) d'art brut » le terme s'est imposé je crois (j'espère que cela ne vous choquera pas) parce que cet atelier s'est inspiré des créations d'André Robillard que tout le monde connaît ici. C'est donc un atelier où on construit des objets avec des récipients variés, des emballages et toutes sortes de matériaux récupérés- et depuis quelques mois que ça fonctionne, ça a tellement de succès et on y prend tellement son pied que je n'ai pu encore voir un seul de ces objets qui s'y élaborent : aussitôt faits, aussitôt emmenés chez soi... Vous mesurez l'impact que ça peut avoir à terme, sur la culture locale...) « sans Aloïse, sans Wolfli, sans Forestier... et sans ceux qui les ont fait connaître et ont libéré leur œuvre de l'infamante livrée de l'art psychopathologique, peut-être aujourd'hui nous sentirions-nous moins proches des psychotiques, peut-être percevriions-nous de façon moins aiguë ce qui est à l'œuvre dans la folie ». <sup>3</sup>

C'est alors que Michel Thévoz va solliciter Roger Gentis pour écrire un texte sur André Robillard destiné à être publié dans les fascicules de la Collection de l'Art Brut.

Roger Gentis rencontrera par deux fois André Robillard en janvier 1982 il dressera avec lui l'inventaire de ses œuvres. Cette rencontre sera déterminante pour André.

« La chance, il est vrai, s'en est mêlée, puisque la trajectoire d'André Robillard a croisé celle de Roger Gentis, c'est-à-dire d'un regard inventif et d'une intelligence généreuse. L'art n'est pas objectif, ce n'est pas une qualité intrinsèque à un objet comme le poids l'est au plomb ; c'est un rapport entre celui qui crée l'objet et celui

qui le regarde. A relire Gentis, on est ému par la qualité et la richesse de ce rapport, merveilleusement affranchi de toutes les arrières-pensées et de tous les calculs auxquels l'art donne couramment prétexte. C'est bien à un échange symbolique, au sens le plus fécond de l'expression, que les premiers travaux de Robillard ont conduit. »<sup>4</sup>

Cette publication<sup>5</sup> va faire connaître André des amateurs d'Art Brut, susciter la passion de collectionneurs dont les fondateurs de l'Aracine, André devient quelqu'un.

Ainsi en 1981, le directeur de l'hôpital lui organise une exposition dans le grand hall du bâtiment administratif, puis une autre suivra à la maison de la Culture d'Orléans.

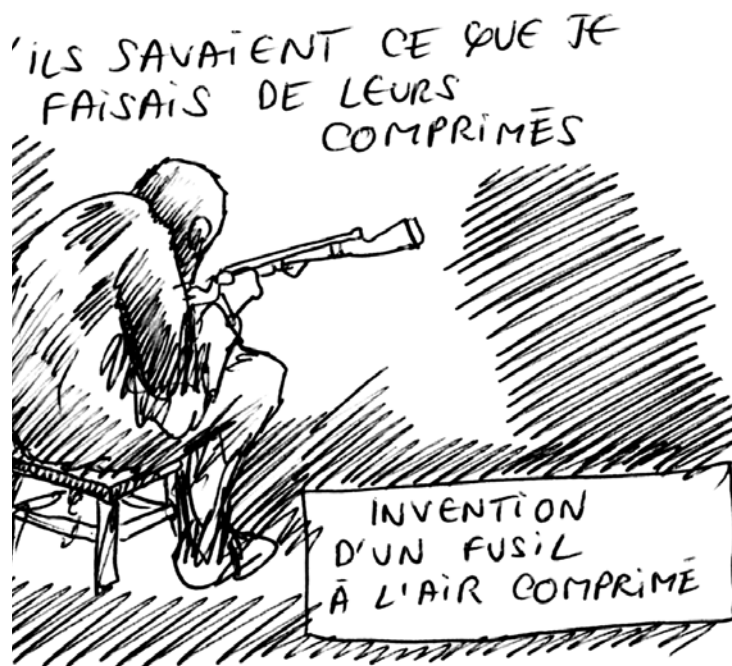
C'est dans le même temps qu'il se rendra plusieurs fois à Lausanne, et découvrira l'œuvre de Forestier, il est impressionné par ses œuvres qui sont exposées à côté des siennes- il y a senti une parenté avec ce qu'il fait lui...

« .... ce qui lui a valu de fabriquer des cavaliers taillés dans des chutes de bois ramassés à l'atelier de menuiserie attaché à l'hôpital et assemblés maladroitement à l'aide de clous et de fil de fer »<sup>6</sup>....

Puis André va vivre sa vie d'artiste... beaucoup de productions, des fusils, des sculptures, des dessins... suivis d'expositions et de voyages.

André Robillard est dès lors inscrit dans cette famille de l'art brut qu'il connaît si bien.

Mais le parcours d'André Robillard est tout à fait singulier dans le monde de l'art brut .



1. Lommel Madeleine : «L'homme aux fusils», publication éditée à l'occasion de l'exposition «les chemins de l'art brut (1), Musée d'art moderne de Lille Métropole, juin 2002.

2. du nom d'Aloïse Corbaz, artiste majeure de l'art brut découverte par Jean Dubuffet grâce au Dr Jacqueline Porret-Forel.

3. Gentis Roger, Projet Aloïse, Scarabée CEMEA, 1982, p.48.

4. Thévoz Michel, «non récupérable», plaquette réalisée par arimage pour l'exposition «André Robillard», Corbeil-Essonnes, octobre 2002.

5. Le texte paraîtra aussi dans Projet Aloïse, Roger Gentis, Scarabée, CEMEA, 1982.

6. Lommel Madeleine, op.cit., p.20.

Car il fait partie de la première collection créée par Dubuffet, répondant aux critères définis par lui: une œuvre créée dans la solitude, dans le dénuement, la souffrance « ...le premier fusil date de l'époque où il est dans une extrême solitude et un état permanent de survie. »<sup>1</sup>. Une œuvre issue de la récupération.

Et il a fallu, comme c'est souvent le cas pour les œuvres d'art brut réalisées dans les hôpitaux, à la fois le regard d'un artiste et celui de médecins suffisamment attentifs à l'œuvre des malades et assez curieux pour connaître à l'époque l'intérêt de Dubuffet pour ces œuvres. Pour André Robillard ce sera le regard de Jean Dubuffet et du Dr Renard puis du Dr Gentis pour que son œuvre puisse être connue et reconnue et que cela donne un sens à sa vie.

Mais André Robillard va progressivement et bien involontairement prendre ses distances par rapport à l'art brut. En effet si André ne se prend pas pour un artiste il est fier de son travail « *qui doit être bien fait* », heureux de le faire connaître et prêt à s'en séparer pour le vendre, le donner ou l'échanger. Toujours ravi de connaître le lieu de ses expositions, d'en recevoir l'affiche ou le catalogue, il reste sensible aux vernissages, aux honneurs, aux compliments que l'on lui adresse. Il est fier de ce qu'il fait mais semble s'en étonner toujours, « dire que c'est moi qui fait tout ça... ».

« *Le parcours dont il est question, dès lors qu'il s'est poursuivi hors de l'institution, c'est-à-dire dans le champ social, s'exposait à des dérapages, dus aux interférences commerciales et mondaines. Celles-ci, si déplorables soient-elles, ont cependant pour contrepartie de fonctionner comme épreuves de vérité ou d'authenticité. Robillard n'a pas boudé la notoriété relative que la diffusion de ses créations lui a acquise. Il a affronté le monde des galeries sans se laisser contaminer le moins du monde par l'infatuation et par la superficialité, en réagissant au contraire avec un certain succès. Ces galeries, il les a véritablement oxygénées, par sa présence intrépide, par sa musique communicative, par sa parole nette, et surtout par la brutalité inentamable de ses dessins et de ses assemblages.*

*Tel est le paradoxe des œuvres de Robillard: issues de la récupération, elles ne sont pas récupérables. »*<sup>2</sup>

## Bibliographie

Alain BOUILLET, texte pour la plaquette réalisée par **arimage** à l'occasion de l'exposition *André Robillard*, Galerie d'Art, Corbeil-Essonnes, 2002

Laurent DANCHIN, *Art brut et compagnie, la face cachée de l'art contemporain*, catalogue de l'exposition, Halle Saint-Pierre, Paris, 1995, p.125 – *Art brut, l'instinct créateur*, Découvertes, Gallimard.

Mario Del CURTO, photographies de, *Les clandestins, sous le vent de l'art brut*, Collection de l'Art Brut, Lausanne, Suisse, 2000.

Roger GENTIS, *Fascicule de l'art brut, N°11*, Collection de l'Art Brut, Lausanne, Suisse, 1982, p.66/75 – *Projet Aloïse*, Scarabée, cemea, 1982, p.114/120.

Madeleine LOMMEL, *L'Aracine et l'art brut*, Z'édicions, 1999, p.131. – *André Robillard, l'homme aux fusils*, texte paru dans « *les Chemins de l'art brut (1)* », publication réalisée pour l'exposition, Musée d'art moderne, Lille Métropole, Villeneuve d'Ascq, 2002, p. 16/23 et dans la plaquette réalisée par **arimage** à l'occasion de l'exposition *André Robillard*, Galerie d'Art, Corbeil-Essonnes, 2002. – *L'Aracine et l'art brut*, 2004, p.132/133

John MAIZELS, *L'art brut, l'art outsider et au-delà*, Introduction de Roger Cardinal, Phaidon, 2003 – édition anglaise 1996, p. 69.

Françoise MONNIN, *L'art brut*, Editions Scala, 1997, p. 40/43.

Lucienne PEIRY, *L'art brut*, Editions Flammarion, 1997, p. 134,146/147,211/213, 218, 230, 236.

Michel RAGON, *Du côté de l'art brut*, Albin Michel, 1996, p.70,151.

Michel THÉVOZ, *Réquiem pour la folie*, la Différence, Paris, 1995, p.25. – *L'art Brut*, Préface de Jean Dubuffet, Editions Skira, 1995, p.67/69,156. – Texte pour la plaquette réalisée par **arimage** à l'occasion de l'exposition *André Robillard*, Galerie d'Art, Corbeil-Essonnes, 2002.

## Catalogues d'expositions

*L'Aracine*, catalogue du Musée d'art brut, Neuilly sur Marne, 1988, p.110

*Art brut*, collection de l'Aracine, Musée d'art moderne, Communauté urbaine de Lille, Villeneuve d'Ascq, 1997, p. 120/121

*Dubuffet et l'art brut*, Avant-propos de Lucienne Peiry, Préface de Jean-Hubert Martin, Editions 5 Continents/ Collection de l'Art Brut, Lausanne, 2005

*Bang, Bang*, Musée d'Art et d'Industrie Saint-Etienne, MIAM, Sète, 2006.

1. Madeleine Lommel, *op.cit.*, p.17.

2. Michel Thévoz, *op.cit.*

# Colloques et Conférences

## Territorialité et management Deux maîtres mots es-Qualité

6 juin 2008 à Marseille  
Centre Hospitalier Valvert

### XII<sup>e</sup> colloque interrégional de Psy Cause

La mise en place de la nouvelle gouvernance hospitalière conjugue deux importantes révolutions culturelles en psychiatrie. Elle tend à reconfigurer le secteur, espace du soin, en un territoire, champ de gestion, ce qui provoque déjà, ici et là, des contradictions, voire des contractions (au sens propre), qui augurent d'un accouchement dystocique. Elle substitue au primat de l'économie psychique celui de l'économie tout court. En conséquence, l'institution psychiatrique voit déferler sur elle la vague des nouveaux concepts issus du management situationnel (restructurer, mobiliser, associer, responsabiliser !) ainsi que de nouvelles pratiques gestionnaires dématérialisant et démantelant les rapports humains jusqu'à en faire l'économie puisque tout se doit de devenir prévisible, évaluable et inscrit dans un cercle si possible vertueux. Gestionnaire, votre style est-il directif ou persuasif, délégatif ou participatif ? Voilà la question. Et l'inconscient dans tout ça ? Valeur ajoutée ou valeur à jeter ?

Dans le cadre de cet imparable management, les prévisions elles-mêmes deviennent si prégnantes et impératives qu'elles se substituent volontiers à une réalité forcément aussi inaccessible et lointaine qu'une hystérique sur un divan sans pied. Ces prévisions ne seraient-elles que des hallucinations gestionnaires ? La réalité quotidienne serait si décevante à se coltiner, au regard des desseins, des dessins et des graphiques, que ces hallucinations gestionnaires se suffisent à elles-même pour occuper une myriade de gratte-papiers prosélytes et distiller parfois, à l'improviste, à vitesse V1, V2, V3<sup>1</sup> un bref orgasme institutionnel qui nous rappelle que la perversion institutionnelle, ça existe.

---

1. V1, V2, V3... Les visites certificatrices garantes de l'ordre du monde.

### Bulletin d'inscription au Colloque de Valvert

---

Bulletin à retourner au Secrétariat du Docteur Jean-Paul BOSSUAT  
Secteur 27 – Centre Hospitalier – 84143 MONTFAVET CEDEX

N° agrément Formation Continue : 93840166884

N° d'enregistrement en Préfecture : 208250

N° SIRET : 44519187700015 – N° SIREN : 445191877 – N° APE : 804C

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

Tél. fixe : ..... Portable : .....

Courriel : ..... Fax : .....

Inscription au Colloque :

- Formation permanente : ..... 140 €

- Tarif sans prise en charge : ..... 80 €

Le règlement par chèque se fait à l'ordre de Psy-Cause

N.B. : l'abonnement ou le réabonnement à Psy-Cause est offert dans l'inscription à 140 €



## MÉDÉE, UN MYTHE ACTUEL

La revue Psy Cause co-organise à Avignon au théâtre Le Célimène, avec la compagnie « Le théâtre de l'aube », une représentation de la pièce d'Anouilh : Médée, suivie d'un débat sur l'actualité du mythe au XXI<sup>e</sup> siècle. Modéré par la psychologue Claudine Fuya, ce débat traitera de la question des rapports homme-femme dans un couple en difficulté et du sort des enfants. Le complexe de Médée nous parle-t-il aujourd'hui parce que nous pourrions évoquer une « société-mère infanticide » ? Seront sur le plateau : Madeleine Gueydan, psychanalyste et maître de conférence en psychologie clinique et psychopathologie (université Paul Valéry à Montpellier et université Vauban à Nîmes), un juge aux affaires familiales, un avocat spécialisé dans les divorces et les problèmes de garde des enfants. Les débatteurs pourront dialoguer avec le public.

La séance se déroulera à 20 heures **le 28 mars 2008**  
**au théâtre le Célimène**  
25bis rue des remparts de l'Oulle à Avignon

Le prix d'entrée est de 25€ et les réservations se font auprès de Sylvie Doisy en lui téléphonant au 0611375967 ou au 0490829613. Attention, la capacité du théâtre est limitée à 80 places : ne tardez pas trop.

# L'équipe de Psy Cause

## ■ Directeur de la publication et de la rédaction

Jean-Paul Bossuat (Avignon)

## ■ Rédacteur en chef

Pierre Evrard (Avignon)

*Le comité de coordination rédactionnelle est constitué du directeur et du rédacteur en chef.*

## ■ Administrateur trésorier

Michel Bayle (Le Paradou)

## ■ Secrétaires de Rédaction

**Webmaster** : Didier Bourgeois (Avignon)

**Afrique** : Monique Wagner (Boulbon)

## ■ Correspondants

Jeanne Aguila (Marseille)  
Ashraf Amin (Toulon)  
Michèle Anicet (Avignon)  
Joëlle Arduin (Avignon)  
Geneviève Ayach (Paris)  
Nadia Benathzmane (Paris)  
Hervé Bokobza (Montpellier)  
Jean-Marc Boulon (St-Rémy-de-Provence)  
Anny Castel-Guilpart (Arles)  
Fabienne Cayol (Laragne)  
Jean-Paul Champanier (Grasse)  
Marie-Christine De Médrano (Aix)  
Jacques Dubuis (Lyon)  
Baba Fall (Valence)  
René-Louis Payaud (Thuir)  
Jean-Yves Feberey (Pierrefeu)  
Olivier Fossard (Avignon)  
Hervé Gady (Avignon)  
Jean-Michel Gaglione (Martigues)  
Réjane Galy (Béziers)  
Dominique Gauthier (Laragne)  
Dominique Godard (Martigues)  
Jean-Louis Griguer (Valence)  
Bernard Javellot (Pierrefeu)  
Boh Souleymane Kourouma (Pierrefeu)  
Arnaud Masquin (Villeneuve-lez-Avignon)  
Claude Miens (Arles)  
Jean-Baptiste Orler (Cannes)  
Rafael Ortiz (Avignon)  
Hosni Ouahchi (Avignon)  
Nathalie Papapietro (Ile de la Réunion)  
Yves Petit (Papeete, Polynésie)  
Rémi Picard (Avignon)  
Michèle Platroz (Lyon)  
Danielle Raoux (Salon)  
Philippe Raynaud (Thuir)  
Pascal Schindelholz (Papeete, Polynésie)  
Jeanie Schott (Uzès)  
Béatrice Segalas (Antony)

Jean-Luc Sicard (Avignon)  
Julien Starkman (Avignon)  
Dominique Texier (Thonon)  
Martin Tindel (Pierrefeu)  
Gabrielle Uda (Marseille)

*Didier Bourgeois a dessiné les illustrations originales.*

## ■ Comité de Rédaction

Michèle Bareil-Guerin (Limoux)  
Tatiana Beregovaïa (Avignon)  
Jean-François Bouix (Montpellier)  
Marc Bounias (Avignon)  
Patrick Boyer (Uzès)  
Laurence Feller (Uzès)  
Huguette Ferré (Avignon)  
Thierry Fouque (Nîmes)  
Marielle Fontaine (Avignon)  
Jean-Marc Galland (Fréjus)  
Marie-Claude Gardone (Uzès)  
Alain Gavaudan (Marseille)  
Patrick Jouventin (Avignon)  
Jean-Jacques Lottin (L'Isle sur Sorgue)  
Brigitte Manivel (Avignon)  
Carole Mitaine (Antibes)  
Jean-Pierre Montalti (Montpellier)  
Youssef Mourtada (Le Mans)  
Marie-José Pahin (Marseille)  
Errol Palandjian (Draguignan)  
Jacques Peyre (Montpellier)  
Gérard Pirlot (Toulouse)  
Patricia Princet (Fains)  
Mila Ramon (Béziers)  
Anne Rivet (Avignon)  
Sophie Sauzade (Martigues)  
Gilbert Schott (Uzès)  
Dominique Schneider (Strasbourg)

## ■ Correspondants étrangers

Séverin Cécil Abega (Yaoundé, Cameroun)  
Hassen Ati (Nabeul, Tunisie)  
Ahmed Benrqi (Oujda, Maroc)  
Alexandra Berankova (Ostrava, Tchéquie)  
Andrew Blewett (Wonford, Angleterre)  
Jan Cimiski (Prague, Tchéquie)  
Enzo Desana (Turin, Italie)  
François Dethier (Lernieux, Belgique)  
Habachi El Gammal (Assouan, Égypte)  
Faten Ellouze (Mannouba, Tunisie)  
Ivan Galuszka (Bila voda, Tchéquie)  
Prosper Gandaho (Abomey, Bénin)  
Momar Gueye (Dakar, Sénégal)  
Fakhreddine Hafani (Tunis, Tunisie)  
Pavel Hlavinka (Opava, Tchéquie)  
Kapouné Karfo (Ouagadougou, Burkina Faso)

Baba Koumare (Bamako, Mali)  
Mohamed Lakloui (Marrakech, Maroc)  
Françoise Lanet (Lausanne, Suisse)  
Ola Lindgren (Karlstad, Suède)  
Nasser Loza (Le Caire, Égypte)  
Mary-Kay Nixon (Victoria, Colombie Britannique, Canada)  
Valère Nkelzok (Douala, Cameroun)  
Shigeyoshi Okamoto (Kyoto, Japon)  
Maria Socolsky (Buenos Aires, Argentine)  
Gyöngyigyi Szilagy (Budapest, Hongrie)  
Mohamed Tadlaoui (Tlemcen, Algérie)  
Petr Taraba (Opava, Tchéquie)  
Raymond Tempier (Saskatoon, Saskatchewan, Canada)  
Bertrand Tiret (Gatineau, Québec, Canada)  
Mathieu Tognidé (Bénin)

## ■ Conseil Scientifique

Thierry Alberne (Antibes)  
Charles Alezrah (Thuir)  
Dominique Arnaud (Avignon)  
Charles Aussilloux (Montpellier)  
Michel Bartel (Pierrefeu)  
Jean-Pierre Baucheron (Marseille)  
Moïse Benadiba (Marseille)  
Marie-Hélène Bertocchio (Aix)  
Daniel Bley (Arles)  
Carmen Blond (Avignon)  
Thierry Bottai (Martigues)  
Jean-Philippe Boulenger (Montpellier)  
Stéphane Bourcet (Toulon)  
Jean-Louis Champot (Aix)  
Yves Coquelle (Pierrefeu du Var)  
Boris Cyrulnik (Toulon)  
Françoise Deramond (Toulouse)  
Dominique Étienne (Pierrefeu du Var)  
Marie-France Frutoso (Uzès)  
Robert Julien (Marseille)  
Dimitri Karavokyros (Laragne)  
José Lamana (Avignon)  
Jean-Luc Metge (Martigues)  
Gérard Mosnier (Avignon)  
Régis Polverel (Martigues)  
Jean-Marie Potoczek (Pierrefeu)  
Madeleine Pulcini (Lyon)  
Gérard Pupeschi (Aix)  
Dominique Pringuey (Nice)  
Marie Rajablat (Toulouse)  
Edmond Reynaud (Avignon)  
Yves Rousselot (Aix)  
René Soulayrol (Cassis)  
Jean-Pierre Sza (Avignon)  
Nicole Vernazza (Arles)

## ■ Directeur honoraire fondateur

Thierry Lavergne (Pierrefeu)

# Abonnement

## – Bulletin d'abonnement –

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

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

Michel Bayle  
La Méridienne, route de Belle Croix 13520 Le Paradou

Nom et prénom .....

Adresse professionnelle .....

Code postal..... Ville.....

## et Instructions aux auteurs

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

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

### Contenu de l'article

- L'article doit être obligatoirement constitué des rubriques suivantes :
- **Titre de l'article**
- **Photographie de l'auteur** (type photo d'identité)
- **Nom de l'auteur**, qualité, adresse
- **Résumé** : 100 à 150 mots en langue française, exposant succinctement l'objet de l'article
- **Corps de l'article**  
L'article peut être constitué de une ou plusieurs parties selon les besoins de l'exposé.  
Les photographies, graphiques, dessins sont désignées sous le terme générique de « Figures ». Elles seront numérotées dans l'ordre d'apparition dans le texte (dans lequel doit exister un appel de figure).  
Les légendes des figures sont séparées du reste de l'article.
- **Bibliographie** :  
Pour un livre, les mentions suivantes doivent apparaître : Auteurs (nom, prénom), titre (en italique), tome (si nécessaire), ville, maison d'édition, n° d'édition (si ce n'est pas la première), année, nombre de pages, pages de référence.

Pour un article, dans une revue : Auteurs (nom, prénom), titre de l'article entre « », le nom de la revue (en italique), le n° de volume, l'année, le n° des première et dernière page de l'article.

### Instructions techniques

#### Texte

Le texte doit être dactylographié. Il sera fourni une version sur papier et une version informatique (fichier.doc ou .rtf) sur disquette ou par mail.

#### Figures

Les photographies seront fournies sur papier glacé, d'un format minimum de 6 x 9 cm. Au dos du cliché, apparaîtra le nom de l'auteur, le numéro de la figure.

Les diapositives sont également acceptées, portant les mêmes informations que ci-dessus.

Les graphiques et dessins doivent être d'un format et d'une netteté suffisants pour permettre une parfaite lisibilité une fois reproduits.

Les figures fournies dans une version informatique, doivent être enregistrées dans des fichiers séparés, dans un format .tif, .eps ou .jpg. La version informatique doit impérativement être accompagnée d'une version papier de bonne qualité.

#### Tableaux

Comme pour le texte, les tableaux seront fournis dans une version sur papier et une version informatique (fichier).

# Territorialité et management Deux maîtres mots es-qualité

## XII<sup>e</sup> colloque interrégional de PsyCause



Le 6 juin 2008  
Marseille – Hôpital Valvert

Renseignements :

Dr Alain Gavaudan

Centre Hospitalier Valvert – Bd des Libérateurs – 13391 Marseille cedex 11

Tél. 04 91 87 67 64

Dr Pierre Evrard

Pôle Bouches du Rhône Nord – Centre Hospitalier – 84143 Montfavet cedex

Tél. 04 90 03 92 76