

Psy



du sud, les psy causent

Cause

- Santé mentale et politique
- Opinion
- Horizons

Mario Mella
EDITION

Sommaire

Éditorial.....	2
PsyCause I – Santé Mentale et politique	3
Point de vue d'un membre de la commission sur les missions et l'organisation des soins en psychiatrie et en santé mentale (commission Couty)	
Rachel Bocher	4
L'escale	
Véronique Lallement	7
L'équipe mobile Psychiatrie Précarité au Mans	
Émilie Ragot, Guylène Chauvin, Nathalie Chaillou-Canet	9
Présentation du CMP-CATTP D. W. WINNICOTT	
Claudine Riou, Rozen Bouvet.....	11
Il est terrible le silence du fou	
Anne-Laure Donskoy	14
A quoi sert la santé mentale : et si c'était un dispositif adaptatif du biopouvoir pour cannibaliser la psychiatrie ?	
Jean-Jacques Lottin	21
De la double contrainte comme politique déconstructive	
Contribution à une philosophie du soin	
Huguette Ferré.....	25
PsyCause II – Opinion.....	28
L'homme féministe !	
Jean Gabard.....	29
HORIZONS	32
Schizophrénie et troubles sexuels :	
à propos d'une étude descriptive sur 37 patients	
Olfa Dakhlaoui, Wissal Cherif, Fakhreddine Haffani	33
Thèmes délirants et croyances culturelles	
Faten Ellouze, Mejda Cheour	39
Les suicidants récidivistes : caractéristiques socio-démographiques et cliniques. À propos d'une étude en milieu hospitalier psychiatrique tunisien	
Olfa Dakhlaoui, Myriam Larguèche, Fakhreddine Haffani	43
Actualité scientifique, méditerranéenne et occitane.....	49
Colloques et conférences	53



Vous avez dit Santé Mentale ?

Lorsque Youssef Mourtada, pédopsychiatre chef de pôle à l'hôpital du Mans, nous a proposé le thème de notre congrès national 2009 dans sa ville, il nous énuméra les quatre âges de la psychiatrie : *« l'histoire de la psychiatrie, depuis le mythe de sa naissance avec Pinel, est jalonnée par des concepts clés qui scandent cette histoire. Son premier âge c'est l'aliénation mentale, son deuxième âge c'est la maladie mentale, sa période de latence c'est les structures psychopathologiques. Actuellement, la psychiatrie est confrontée à son adolescence c'est-à-dire la question de sa maturité avec le concept de la Santé Mentale. »* C'est-à-dire que la psychiatrie entre de plain-pied dans la cité et donc se frotte au gouvernement de la cité (de la « polis » des Grecs) et donc au pouvoir politique. Elle s'insère dans une interface dénommée « Santé Mentale ».

Ce repositionnement a été encouragé par l'Organisation Mondiale de la Santé qui inaugure le XXI^e siècle, lors de sa journée mondiale de la santé 2001, par un texte intitulé : *« La santé mentale à travers le monde. Non à l'exclusion, oui aux soins. »* Lequel prône au nom des droits de l'homme, une déstigmatisation des troubles mentaux radicale qui passe par la fin des établissements psychiatriques voire de la psychiatrie en tant que discipline à part de la médecine. La bonne pratique associe un soutien social à des thérapies de type cognitivo-comportemental pour aider le patient à comprendre son comportement et son mode de raisonnement, et lui permettre d'*« apprendre des stratégies nouvelles pour faire face aux problèmes. »* En 2005, la conférence ministérielle européenne de l'OMS à Helsinki déclare qu'il convient de *« remplacer les soins dispensés dans les grands établissements aux personnes atteintes de graves problèmes mentaux par des services de proximité, d'élaborer un système de surveillance du bien être mental, de responsabiliser les patients. »* La psychiatrie s'efface au bénéfice de la Santé Mentale.

Dans notre dossier « Santé Mentale et politique », Jean-Jacques Lottin dénonce la mise en place avec la Santé Mentale *« d'un dispositif, par l'appareil idéologique d'état, afin de neutraliser le fantasme d'une psychiatrie du sujet dangereuse, supposée toute puissante, incontrôlable, et inévaluable (ce qu'elle est et doit rester). »* C'est un fait, par exemple, que les dictatures ont toujours fait de la psychanalyse leur bête noire. Et notre auteur d'ajouter : *« le gaullisme, c'est fini : de même que la France réintègre la structure archaïque de l'OTAN, elle se prosterne devant l'OMS mettant fin à l'exception médicale française qu'on nous enviait... »*

Et pourtant... En écho du meurtre dramatique commis dans la ville de Grenoble par un patient schizophrène un mois plus tôt, le Président de la République vint à l'hôpital psychiatrique d'Antony le 2 décembre 2008. Il commença son discours par ces mots : *« C'est la première fois un qu'un Président de la République rend visite au personnel d'un hôpital psychiatrique (...) faisant cela, je ne fais que mon devoir(...). Votre rôle est de guérir les maux de l'âme, les souffrances mentales qui sont sans doute les plus mystérieuses et les plus difficiles à traiter. Vos moyens d'agir, ce ne sont pas les IRM, les blocs opératoires, les prothèses : ce sont vos paroles, votre savoir faire dans la relation avec le patient, les médicaments aussi (...). Votre travail vous apporte de grandes satisfactions quand un malade va mieux. Mais il y a aussi l'agressivité, la violence, les réadmissions fréquentes de tous ces patients dont vous vous demandez si la place est bien ici (...). Vous prodiguez des soins au long cours à des personnes qui, pour guérir, doivent pouvoir s'ouvrir à vous et aux autres (...). J'ai voulu vous rendre hommage à vous, les personnels de l'hôpital psychiatrique (...) qui est souvent incompris, l'hôpital psychiatrique qui est rarement reconnu ».*

Gaulliste tout de même ? La suite du discours a soulevé l'indignation de nombreux psy français en raison de sa connotation résolument sécuritaire, de même que les mesures mises en acte subséquentement. La clinique française avait eu Charcot et Bonnafé, mais aussi Morel et son traité de la dégénérescence en 1857 qui connut un large écho dans les institutions psychiatriques naissantes de l'époque et dont les conceptions sont toujours présentes dans l'imaginaire de nos concitoyens. Alors, vous avez dit « Santé Mentale » ?

Zarzis le 13 décembre 2009
Jean-Paul Bossuat



1. L'entrée de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers du Mans, lieu du congrès.
2. Jean-Jacques Lottin et Youssef Mourtada.
3. La salle, un public studieux.
4. Le restaurant.

Santé Mentale et politique

Ce dossier a pour base les communications au congrès national de Psy Cause le 6 juin 2009 au Mans, avec pour thème : « Santé Mentale et pouvoir politique : quelle dialectique ? ». Youssef Mourtada est depuis de nombreuses années un fidèle de notre revue et sa nomination comme chef de pôle d'un intersecteur de pédopsychiatrie de la Sarthe, lui permettait d'envisager la responsabilité de l'organisation d'un congrès. Nous avons fait le pari de nous réunir au cœur d'une région où notre revue était peu connue, loin de nos bases méridionales. L'importante présence d'un public local très participatif et l'implication du CHS de la Sarthe ont fait de cette manifestation scientifique une étape clé dans la dynamique de la revue de terrain qu'est Psy Cause. Nous remercions tout particulièrement le directeur et le chef de pôle (Youssef Mourtada) dont la synergie fut la condition première de la réussite de notre congrès.

Le mot « politique » est à entendre dans son sens premier, puisqu'il articule la psychiatrie avec la cité (polis) et ceux qui la gèrent. L'interface ad hoc étant la Santé Mentale. Dans le champ de la politique, s'inscrit la contribution de Rachel Bocher à la commission Couty : il s'agit justement d'un projet de loi sur la Santé Mentale. L'apport de trois syndicats de psychiatres de service public se retrouve au final métamorphosé...

Youssef Mourtada nous a transmis les textes de trois communications de terrain qui déclinent dans l'agglomération du Mans des actions concrètes de Santé Mentale : la mise en place de l'Escale, un lieu d'écoute de citoyens en difficulté sociale, avec une approche psychothérapique, mis en place par la mairie d'Alzonnes ; les interventions de type Santé Mentale entreprises par des membres de l'équipe de pédopsychiatrie du CMP/CATTP D.W. Winnicott de Youssef Mourtada ; l'équipe mobile Psychiatrie Précarité de la Sarthe.

À ce moment du dossier, nous intégrons un témoignage qui nous vient d'Angleterre via Jean-Jacques Lottin : celui d'Anne-Laure Donskoy, laquelle coordonne le réseau national britannique de recherche et d'évaluation en Santé Mentale par des usagers chercheurs et à ce titre enseigne à l'université de Bristol. Le mouvement des usagers dans ce pays a de quoi nous interpellier.

C'est donc tout naturellement que fait suite dans notre dossier, la contribution de Jean-Jacques Lottin qui ouvre son propos par ces mots : « *la Santé Mentale, ça n'existe pas... sauf en tant que tube digestif. Justement...* » Et nous concluons avec Huguette Ferré qui décrit l'attitude du psychiatre esseulé, « *pris en sandwich entre l'administration tatillonne, la société apeurée et l'idéal de son désir de soin* », qui oscille entre « *la résistance névrotique, la collaboration voire le passage à l'acte psychopathique.* »



Rachel Bocher

Point de vue d'un membre de la commission sur les missions et l'organisation des soins en psychiatrie et en santé mentale (commission Couty)

Ce 13^e congrès inter-régional et premier congrès national de Psy Cause au Mans aborde la santé mentale notamment sous l'angle politique. Cette Journée ne pouvait pas mieux tomber entre deux rapports (Couty et Milon) et, promis pour la fin de l'année, un projet de loi sur la santé mentale. À l'heure où beaucoup de désillusions s'abattent sur les professionnels de santé et pas seulement sur les psychiatres, où l'impression dominante est que tout bouge mais que rien ne change, Psy Cause nous offre une opportunité nouvelle de réactualiser notre engagement par une pensée qui n'est ni à vendre au plus offrant ni destinée à être confisquée.

Une lettre de protestation

En tant que membres de la commission Couty à titre syndical dans le cadre du service public, Pierre Faraggi, Norbert Skurnik et moi-même avons écrit dès le 2 février 2009, une lettre à Madame Bachelot ministre de la santé :

« Nous avons le regret de vous exprimer notre étonnement et notre colère unanimes à la suite de la remise le 29 janvier 2009 du Rapport sur les missions et l'organisation de la santé mentale et de la psychiatrie, rédigé par Monsieur Édouard Couty. Étonnement : nous ne retrouvons pas dans ce rapport, les éléments majeurs qui ont fait consensus dans la commission ad hoc qui s'est déroulée de juillet à décembre 2008. Le travail a pourtant été constructif, le débat approfondi, et de nombreux points de convergence sont apparus :

1. Le maintien du secteur de psychiatrie dans sa globalité (intra et extra-hospitalier) comme structure de base.
2. La reconnaissance d'une nécessaire spécificité du dispositif au niveau territorial :
 - soit par la promotion de Groupements de Coopération Sanitaire dans chaque département ou zone importante, réunissant la psychiatrie de secteur en CHG, en CHS, en CHU et le médico-social ;
 - soit par la mise en place d'une territorialité adaptée aux CHS et aux services de psychiatrie des CH.

C'est le moyen de promouvoir l'organisation d'une véritable territorialité conforme à notre pratique de proximité et aux besoins de la population.

3. La pérennité des modalités spécifiques de gestion nationale du corps des psychiatres des hôpitaux au regard de leur nécessaire indépendance liée à leur implication dans la législation des hospitalisations sans consentement, raison pour laquelle ces dispositions figuraient dans la précédente loi.
4. Les budgets dévolus à la psychiatrie et à la santé mentale doivent le rester par des mesures appropriées fixant cette règle incontournable.

Nous sommes stupéfaits et nos mandants avec nous, de voir l'essentiel de ces éléments absents du rapport signé par Monsieur Édouard Couty, en totale contradiction avec les travaux de la commission à laquelle nous avons tous les trois participé.

Nos plus vives inquiétudes viennent non seulement du fait que ces propositions communes n'y figurent pas, mais que bien au contraire le rapport est articulé de façon centrale autour d'axes qui font contresens :

1. Le principe du clivage entre deux missions intra et extra-hospitalières - artificiellement construites - nous paraît dangereux pour la continuité des soins et destructeur au plan institutionnel et des pratiques. Il est inacceptable.
2. Le rôle pivot attribué à un Groupement Local de Coopération n'est pas du tout conforme à l'esprit et au contenu des discussions du groupe.

Rappelons enfin que contrairement au principe de ce type de commission et aux engagements pris par E. Couty, aucune séance de restitution n'a été proposée, même à titre officieux. (...)

L'art des limites et des choix

Si le service public français doit faire face à tous les besoins en psychiatrie d'une population déterminée, encore faut-il une première évaluation des besoins de cette population et donner les moyens en conséquence. Osons redéfinir le champ psychiatrique en affirmant d'emblée que la qualité

du service public ne peut laisser croire que les équipes de secteur peuvent répondre à toutes les souffrances psychiques, qu'elles peuvent, par exemple, prendre en compte les délinquants sexuels, les demandes de la psychiatrie de liaison, les soins palliatifs, les nouvelles pathologies comme le SIDA etc... Ajoutons à cela que les soins donnés par la psychiatrie de secteur sont reconnus et appréciés, ce qui entraîne un afflux sans limites. Ajoutons encore une inégalité de moyens entre les hôpitaux avec une recherche permanente de rééquilibrage par un nivellement par le bas.

Ainsi, la psychiatrie et ses missions, c'est l'art des limites et des choix qui sont à poser en toute clarté et en toute lisibilité : qui devons-nous soigner, avec quels moyens et jusqu'à quand, avec quelle formation ? « Il n'y a pas de solution vraie ou fausse, il n'y a que des questions fécondes », notait Norbert Hélias.

Ces questions nous obligent à voir les choses en face, à prendre de la distance avec l'histoire et l'enseignement de la psychiatrie. Si la psychiatrie ne se donne pas de règles rigoureuses fondées sur la clinique et associées à une proposition de soins, elle ne peut que dériver ou, pire, s'annuler devant la médecine générale.

Le cadre de l'engagement du psychiatre de service public

La notion de service public est l'un des derniers endroits où l'on respire et où l'on rêve, où l'on peut partager de l'espoir et de l'illusion dont naît la créativité. C'est dans ce cadre que mon engagement de psychiatre se situe. Cet engagement est bien à l'interface du politique et du technique, du privé et du public. Il est à l'interface du public par rapport au groupe social et du privé par rapport à l'être souffrant

et désirant. C'est à l'interface du politique et du technique que se situe notre réflexion d'aujourd'hui : c'est-à-dire que quelque soit le lieu où il s'investit (à hôpital général ou au CHS), l'engagement du psychiatre public dépasse les choix initiaux des écoles, des pratiques et des lieux, est au-delà des oukases du passé, des propos d'ayatollah ou des combats à la Don Quichotte.

Cet engagement trouve souvent son efficacité en marchant, en nous déplaçant pour y associer le plus grand nombre d'acteurs : c'est ce que nous faisons ici et c'est ce qui est probablement le plus utile.

Personne ne peut décider à notre place : nous devons être les artisans de notre avenir et par conséquent nous approprier la révolution culturelle que l'hôpital public vit en ce moment. Décider ou subir.

Nous devons effectuer notre propre révolution éthique

Reste que réactualiser notre engagement est une étape difficile puisque les vieux réflexes n'ont pas totalement disparu. Nous subissons actuellement la cinquième tentative de réforme en 20 ans. Quant aux rapports sur la psychiatrie, il est, je crois, plus raisonnable de ne plus les comptabiliser, tellement ils sont nombreux.

La loi HPST a été votée cette nuit bien qu'elle ait fait l'unanimité des acteurs du soin contre elle. Avec cette loi Bachelot hasardeuse, nous pouvons sans risque nous poser la question : est-t-il possible de recommencer des lois sans se soucier des applications des lois remplacées ?

Quant au rapport de Monsieur Couty, chacun s'accorde à penser, y compris l'auteur lui-même ce qui n'est pas le



moindre des paradoxes (je vous renvoie à son interview dans le journal Le Point), qu'il restera comme l'un des plus mauvais, qu'il est sans valeur ajoutée et donc sans secours véritable face à nos difficultés. L'une des raisons est sans doute l'absence totale de conformité entre les contributions apportées lors des travaux 6 mois durant et ce qu'il en sort : un rapport qui cherche à mettre en pièces le modèle sectoriel qu'il prétend défendre. En fait actuellement, dès que vous entendez les pouvoirs publics voler à notre secours, mettez-vous aux abris : le pire est à craindre.

Et même si les engagements sont réitérés, les financements sont flous. Ils sont même souvent inversement proportionnels à l'importance des engagements. Le rapport Milon vient de paraître : dans ses 167 pages, pas une seule ligne sur les moyens. À cela s'ajoute la redistribution du dispositif de soins, remodelée sur le mode HPST avec le risque de dilution sur le modèle MCO.

Je voudrais mettre en garde ceux qui pensent un peu hâtivement que Monsieur Sarkozy bâcle, bouscule ou maltraite notre outil de travail par méconnaissance ou pire, par sottise. Ce n'est ni l'un ni l'autre bien entendu. Il s'agit, pour lui, de la conclusion qu'il tire de son observation. Alors, rapidement puisque c'est comme ça qu'il fonctionne, il coupe, tranche et sanctionne à tout va. Or, je prends le risque de le dire devant vous tout en vous rappelant mon combat de ces longs derniers mois contre les mauvais coups que l'on voulait nous porter, **nous y avons une part de responsabilité**. Prenons garde à nous protéger de nous-mêmes. Pour cela, la revue *Psy Cause* est un excellent outil qui permet de remettre les pendules à l'heure régulièrement, de réitérer notre engagement à faire mais aussi à ne pas faire.

C'est à une révolution éthique dans nos impératifs de soins que nous conduit cette réflexion. **Il nous faut bien répondre ou mieux répondre aux souffrances de tous**. Nous devons le faire malgré notre épuisement (il y a 50% de postes vacants de psychiatres dans le service public), malgré les déficits budgétaires récurrents, malgré les files actives en constante augmentation (75% d'augmentation en 15 ans), malgré l'aspect chronophage des réseaux, malgré les différentes formes de la pathologie psychiatrique, malgré la diminution du nombre de lits (de 83000 nous sommes passés à 42000 entre 1987 et 2000) et malgré le peu d'alternatives à l'hospitalisation.

Sachons définir les contours précis de ce que nous pouvons faire en toute sécurité, connaissance et éthique : c'est notre rôle. En informer les pouvoirs publics, c'est notre devoir. À eux ensuite de définir les limites d'action du secteur public que nous défendons. Nous éviterons alors probablement les errements que nous connaissons aujourd'hui avec cette loi HPST inique, inapplicable dans les faits et humiliante pour tous.

Retrouver toute notre place

Nous savons tous que l'originalité de la psychiatrie à l'hôpital, face à la médecine somatique, réside notamment dans les acteurs et le dispositif de soins. À propos des acteurs, je ne reparlerai pas de la nécessaire pluridisciplinarité de nos partenariats multiples et du travail sur le lien affectif et social. J'insisterai d'avantage sur la crise d'identité et de légitimité qui est à l'origine d'un malaise bien plus profond que les déficits budgétaires. L'importance de la formation et de la culture reste majeure et constitue la condition première d'une identité décisive dans la socialisation d'une profession. Qu'en est-il de la culture psychiatrique ? Est-elle mortellement blessée par la maltraitance permanente de la pression médiatique alliée à la peur croisée de la sortie du médical et du réductionnisme médical ? Ou est-elle plus simplement en cours d'adaptation aux événements et à notre résistance légitime au tout sécuritaire.

Aucun dispositif de soins n'abolira toutes les souffrances. Quelques chiffres : un français sur 3 aura un contact avec la psychiatrie. Parmi ces derniers, il faut noter que 40% des sujets en situation de précarité seront atteints de troubles psychiques, que 20% présenteront un état dépressif, que 40% seront chronicisés. À ce tiers de nos concitoyens, qui rencontre la psychiatrie, s'ajoutent 6 millions de laissés pour compte.

Face à cet état des lieux, notre pratique doit rester une pratique de carrefour. C'est la théorisation liée à cette pratique qui fut la condition d'une révolution psychiatrique comme l'a été le secteur. Il faut absolument éviter le saucissonnage des soins et le rejet systématique des patients.

La politique des plans et des rapports montre aujourd'hui ses limites. Nous retrouvons toute la place de notre réflexion, toute notre place tout court, que d'aucuns entendaient nous confisquer. Ici et maintenant nous devons montrer que la psychiatrie est une urgente nécessité au cœur du service de santé et qu'elle est indissociable de ses acteurs dans le cadre d'une priorité de santé publique. Elle ne peut se comprendre que dans une politique globale associée à un authentique devoir d'inventaire et de suivi devant la représentation nationale.

La détermination de notre réflexion et de nos actions semble aussi grande que l'espoir qu'elle fait naître chez tous les professionnels. En résumé, l'échec n'y a pas sa place, la dépression non plus. À ce prix, à ces conditions, la psychiatrie sera portée comme elle doit l'être. Elle sera mieux reconnue, valorisée et plus attrayante pour les futures générations. C'est notre responsabilité d'aujourd'hui.

Georges Bernard Shaw conclura ce propos : « la ligne de conduite la plus judicieuse consiste non pas à être exigeant dans notre attachement aux choses anciennes ou téméraires et peu pratiques à l'égard des choses nouvelles, mais à tirer le meilleur parti possible des uns et des autres ».

Et mon mot de la fin sera que les médecins publics devraient se mettre au travail.



Véronique Lallement

L'escale

J'excuse tout d'abord l'absence de Gilles Leproust malheureusement indisponible et je me présente : je suis conseillère municipale, élue à la mairie d'Allonnes en 2008, chargée du suivi des problèmes liés à la santé dans la commune. Mon propos est de vous présenter le mécanisme de mise en place d'un projet municipal destiné à répondre à un besoin repéré dans la population.

Tout d'abord, quelques mots sur notre ville et sur son évolution. Allonnes est une commune d'un peu plus de 10 000 habitants dans la banlieue immédiate du Mans. Jusque dans les années 60, ce n'était qu'un village mais les politiques d'urbanisation d'alors, ont transformé les lieux avec la construction de grands ensembles HLM destinés à accueillir la population ouvrière du Mans. Quarante ans et quelques crises économiques plus tard, les ensembles HLM sont toujours là, mais leurs habitants se sont précarisés et la municipalité a du faire face aux problèmes sociaux et psychosociaux liés à cette précarité.

L'ensemble des services intervenant sur la ville, réunis au sein d'une commission extra municipale Santé, faisait le même constat du manque d'une structure dédiée à l'écoute des difficultés mais indépendante des services déjà existants. Ce projet a stagné quelques années car ambitieux et onéreux. Une municipalité telle que la nôtre doit gérer son budget avec économie et doit être persuadée de l'importance d'un projet et du financement de son futur fonctionnement avant de se lancer dans sa réalisation. L'idée d'une enquête de terrain pour mieux cerner les besoins a germé et s'est ensuite concrétisée grâce à André Bonnerue, ancien cadre de santé, qui avait déjà réalisé une étude sur la population allonnaise dans le cadre d'un mémoire d'étude universitaire. Celui-ci s'est entouré d'étudiants infirmiers de l'IFSI du CHS d'Allonnes.

L'objectif donné était de « *produire une connaissance et une analyse fine des besoins de santé de la population (...) en vue d'orienter les élus dans la promotion d'une politique locale de santé publique* ».

Cette étude s'est déroulée en 2006 et 2007 ; elle a consisté d'abord par un recueil de données auprès de la CPAM puis de l'IRSA, ensuite sur le terrain où 590 allonnais ont été interviewés et 1293 questionnaires ont été remplis. Cette enquête a été effectuée auprès de plus de 11% de la population dans tous les quartiers de la ville.

Le premier résultat a été la mesure de la précarité de la population : pour exemple, près d'un tiers des personnes interrogées avait un niveau scolaire primaire, 45% des ménages avaient un revenu inférieur ou égal au SMIC et 80% des ménages un revenu inférieur à 1525 €. Le pourcentage de personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté est de 22.5%. Près des deux tiers de l'échantillon étaient locataires.

De cette enquête, ressortent quatre grandes difficultés repérées dans la population : la souffrance psychologique, les conduites addictives, les comportements alimentaires, les difficultés d'accès aux soins.

Nous allons nous intéresser plus particulièrement mais rapidement au premier volet : un quart des personnes interrogées n'avait pas une vision positive de leur santé psychologique, état de mal être partagé par les hommes comme par les femmes et augmentant avec l'âge. Cette souffrance ressentie est corroborée par les chiffres de consommation de psychotropes recueillis auprès de la CPAM qui montre un écart important de cette consommation à Allonnes par rapport au reste du département (+ 47,8% pour les tranquillisants et les somnifères, et + 21,2% pour les antidépresseurs). La majorité des prescriptions émanent des médecins généralistes.

De même, les autres volets de l'enquête constatent cette souffrance que nous diront psychosociale. Les personnes ne se voient pas comme malades et ne ressentent pas le besoin de s'adresser à des professionnels de la santé psychique. Grâce aux résultats de l'enquête, il est apparu clairement aux élus la nécessité de trouver des réponses aux problèmes mis à jour.

L'une de ces réponses a été l'ouverture en septembre 2008, de L'Escale : lieu d'accueil et d'écoute. Par la mise en place de ce dispositif, la ville d'Allonnes tente de répondre à la fois aux besoins des habitants mais aussi aux attentes des

acteurs sociaux locaux en contact avec les habitants qui ne peuvent pas toujours répondre aux besoins d'expression des difficultés ressenties au sein de leur famille, de leur emploi ou même de la communauté.

L'Escale fonctionne avec une coordinatrice et une animatrice, ainsi qu'avec 8 écoutants mis à disposition par des institutions ou associations intervenant sur Allonnes. Son financement provient, dans le cadre du CUCS, de l'état, du conseil général et de la commune.

Cet espace offre tout d'abord un lieu d'accueil : lieu de socialisation où l'on cherche à maintenir ou favoriser le lien social autour d'activités organisées ou spontanées. C'est aussi un lieu d'écoute : des écoutants formés à l'écoute rodgérienne sont à la disposition des usagers qui le souhaitent pour un entretien anonyme et confidentiel. L'escale se veut un lieu extérieur à toute autre institution sociale ou médicale.

Le fonctionnement d'une structure comme l'Escale, repose sur l'adhésion des professionnels au dispositif et la cohérence de l'offre de service avec les attentes des usagers potentiels.

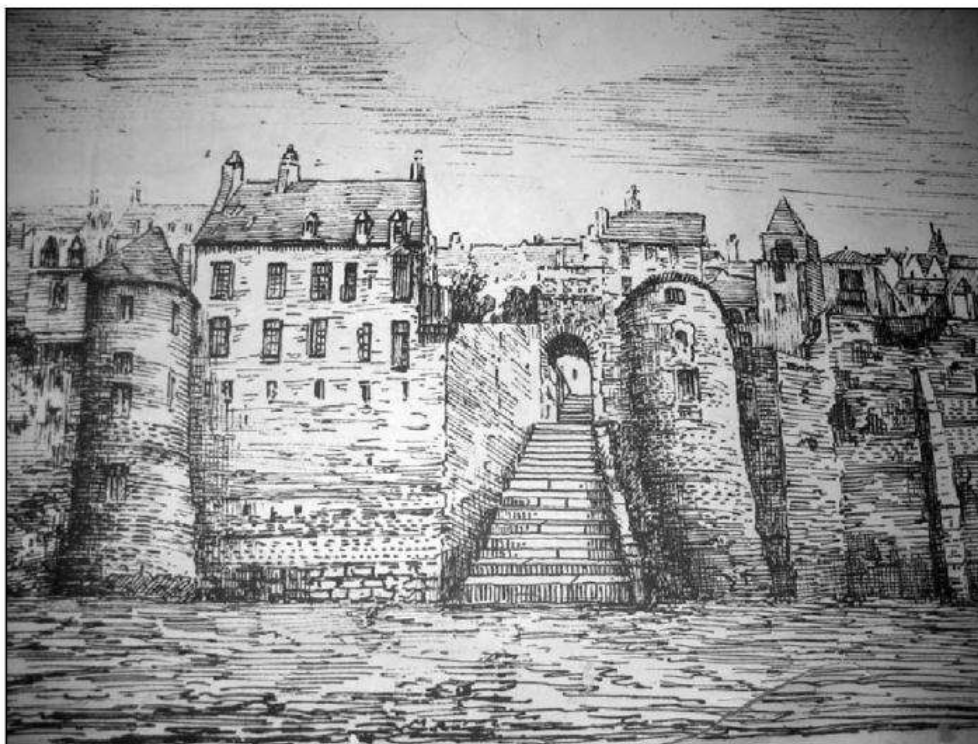
Si l'accueil, ouvert 5 demi-journées par semaine, présente une fréquentation satisfaisante, en revanche peu de person-

nes (environ une quinzaine depuis l'ouverture) demandent à rencontrer les écoutants en entretien individuel : la démarche n'est pas habituelle et peut faire peur.

Une première démarche d'évaluation est en cours et une enquête de terrain vient d'être réalisée pour mieux comprendre les freins ressentis par la population à ce type d'offre de service ainsi que les leviers à actionner pour lever ces freins.

L'Escale a également pour vocation de participer ou d'initier des projets d'action de promotion de la Santé comme actuellement une action menée avec la PAIO auprès d'une dizaine de jeunes sur les questions d'alimentation et d'activités physiques. Un atelier « santé – bien être » doit également débuter en octobre avec le soutien du CODES (Comité Départemental d'éducation de la Santé) pour un public de personnes en situation de précarité. Des interventions plus ponctuelles sur des sujets de santé publique doivent se mettre en place dans les mois à venir.

L'objectif de l'Escale est de faire évoluer son fonctionnement de manière à répondre au mieux aux besoins des allonnais et de ne pas se bloquer sur un type de réponse mais de toujours s'interroger sur des évolutions possibles.



Le vieux Mans.



Émilie Ragot¹ Guylène Chauvin² Nathalie
Chaillou-Canet³

Conférencières

Auteurs : l'ensemble de l'équipe de l'unité.

L'équipe mobile Psychiatrie Précarité au Mans

I - Législation

La loi contre les exclusions et la loi sur la CMU

L'article 71 de la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 rendait obligatoire les PRAPS pour la période 2000-2002

L'article 76 de cette même loi préconisait la mise en place dans les établissements de santé publics ou participant au service public hospitalier de Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS)

La loi du 27 juillet 1999 portant création d'une Couverture Maladie Universelle (CMU) généralisait, à compter du 1er janvier 2000, l'accès à l'assurance maladie et à une couverture complémentaire, sous conditions de ressources

Le PRAPS et le plan psychiatrie santé mentale

Le PRAPS II (2003-2006) s'appuie sur une circulaire du 19 février 2002 mais le projet de loi relative à la politique de santé publique précise (titre 1er – chapitre II – article 2) que le plan régional de santé publique comporte « notamment, un programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies »

L'élaboration des PRAPS de 2^{ème} génération figure également dans le plan national de renforcement de la lutte contre la précarité et l'exclusion présenté en Conseil des Ministres le 19 mars 2003

Le plan psychiatrie santé mentale 2005 – 2008 retenait comme une priorité la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situations de précarité et d'exclusion

Quelques réalisations des PRAPS

- Des points d'écoute et de soutien psychologique dans des lieux recevant des personnes en situation de précarité
- Des permanences de professionnels de santé dans les centres d'hébergement et les accueils d'urgence
- Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé dans les hôpitaux (PASS)

Une politique toujours en cours...

- Développer des actions vers des publics peu pris en compte ou éloignés des structures d'accueil
- Poursuivre la prise en charge de la souffrance psychique des personnes en situation de précarité

Afin de permettre à ces personnes d'être acteurs de leur propre santé et de faire valoir leurs droits

La circulaire sur les équipes mobiles

La circulaire du 23 novembre 2005 donne un cadre aux équipes mobiles psychiatrie précarité et est assortie de moyens financiers spécifiques

II - L'équipe mobile psychiatrie précarité de la Sarthe

Son projet fut validé en 2006 et la mise en place de l'équipe par le CHS en décembre 2006. Cette équipe est composée de :

- 2.5 + 0.5 (PJJ) ETP infirmier
- 0.5 ETP de psychologue
- 0.1 ETP médical

Avec l'appui du temps médical, de secrétariat et d'encadrement du pôle G.

Elle est localisée au Centre Hospitalier du Mans

Ses missions

- Favoriser l'accès et la continuité des soins en santé mentale des personnes de plus de 16 ans en situation de précarité sociale
- Jouer un rôle d'interface avec les secteurs de psychiatrie et les structures sociales
- Développer un travail de réseau et de partenariat

1. Psychologue

2. Infirmière

3. Cadre Supérieur de Santé

Équipe mobile Psychiatrie Précarité – Le Mans.

Le public concerné

- Demandeurs d'asile
- SDF et personnes en situation de précarité (y compris les personnes vieillissantes)
- Patients du CHS (sans logement) en rupture ou non avec le soin
- Gens du voyage
- Jeunes hébergés en structures PJJ ou au foyer de l'enfance

Actions auprès des usagers

- Consultations médicales, entretiens infirmiers et/ou psychologiques
- Permanences infirmières hebdomadaires au sein des structures sociales
- Consultations infirmières dans le cadre de la PASS
- Accompagnements

Lieux et Partenariats

- Les CHRS et foyers d'urgence
- Les associations à visée caritative et sociale
- Les CADA
- Les institutions judiciaires et la Protection Judiciaire de la Jeunesse
- Le Conseil Général (Foyer de l'enfance et Gens du voyage)

- Le Centre Hospitalier du Mans
- Les médecins libéraux
- Le Centre Hospitalier Spécialisé de la Sarthe

Actions en direction des intervenants de première ligne

- Synthèses et réunions multi-partenariales
- Temps de formation
- Analyse des pratiques professionnelles
- Soutien aux professionnels

Perspectives

- Développer la formalisation de nos actions par le biais de conventions
- Développer et améliorer les liens entre secteurs de psychiatrie et structures sociales
- Approfondir nos interventions auprès des gens du voyage
- Elargir nos missions au reste du département
- Réfléchir à l'évaluation de nos actions

Conclusion

En conclusion, notre expérience de fonctionnement en EMPP depuis maintenant deux années et demie, nous permet de situer notre pratique au carrefour de différentes logiques...





Claudine Riou¹
Conférencières



Rozen Bouvet¹

Auteurs : l'équipe infirmière et éducative

Présentation du CMP-CATTP D. W. WINNICOTT

I - Introduction

Le département de la Sarthe couvre 550 000 habitants. La pédopsychiatrie est dotée de trois intersecteurs géographiques : Péd Nord, Péd Est, Péd Ouest. Le cadre de notre travail est la Péd Ouest (soit 190 000 habitants), composée d'une équipe de trente-cinq professionnels qui travaillent essentiellement sur l'extrahospitalier, avec la particularité de fonctionner sans hôpital de jour.

Notre activité se déroule sur trois sites : Le Mans, Allonnes et La Suze (pour environ 52% du nombre d'habitants) ; et également dans deux grandes villes périphériques à 45 kilomètres du Mans, qui sont Sablé et La Flèche (soit 48% du nombre d'habitants).

Nous sommes deux infirmières rattachées au CMP-CATTP D. W. Winnicott.

II – Travail de prévention et psychiatrie de liaison

Le travail de prévention et de psychiatrie de liaison s'organise autour du développement de l'enfant.

1 – La petite enfance

La PMI

Il s'agit d'un travail de prévention primaire sur la ville d'Allonnes (ville urbaine avec un nombre important de familles en difficulté). C'est une action auprès des nourissons et de leurs parents lors des moments de pesées du lundi. Il s'agit d'un accompagnement à la fois du développement psychique du nouveau-né et de la fonction parentale.

Une infirmière est présente dans la salle d'attente de la PMI, dans une fonction empathique. Son action est centrée sur l'attention plus que sur l'interprétation. Le but étant d'instaurer petit à petit une relation de confiance qui reposera sur les constances de lieu, de temps, de personnes et d'expériences.

¹. Infirmières

CMP-CATTP D. W. Winnicott, 72 avenue Olivier Messiaen – 72000 Le Mans.

Avec l'aide d'un travail de régulation et de réflexion importante, il est possible de dépister et de prévenir les différents troubles qui envahissent le développement d'un enfant.

Lieu de parentalité

« Mosaïque », « Gomme et confetti » sont deux lieux dans la ville où éducatrices ou infirmières sont présentes avec une équipe pluridisciplinaire (conseillère C.E.S.F., animatrice, Assistante Sociale, puéricultrice). Il s'agit d'un lieu qui permet l'accueil des parents et de l'enfant (âgé de 0 à 4 ans) dans une démarche volontaire en dehors de l'espace familial, dans l'anonymat. C'est un espace de jeux et de découvertes, qui permet des échanges et une écoute conviviale. La libre expression des enfants et des adultes avec la présence des professionnels développe leur socialisation.

Le lieu de parentalité favorise donc la séparation pour l'enfant, pour les parents et prépare l'entrée à l'école maternelle.

Travail à l'école maternelle

L'institutrice spécialisée fait un travail de liaison avec les écoles et les équipes enseignantes.

L'enfant est accueilli en groupe sur un temps classe dans un lieu prénommé « Trotinette » qui n'est pas son école mais qui se trouve au sein de la cité d'Allonnes. L'âge des enfants pris en charge sur le temps classe varie de la maternelle au primaire. La place de l'infirmière ou de l'éducatrice se situe alors dans un rôle d'accompagnement de l'enfant en complémentarité du rôle pédagogique de l'enseignante.

La Passerelle à l'école maternelle

Un psychomotricien y intervient en partenariat avec un enseignant, une auxiliaire puéricultrice, une éducatrice, tous les lundis matin. Ce lieu est situé dans un quartier multiculturel, dans un espace juxtaposant une école maternelle. Il s'adresse à des enfants pas encore scolarisés afin de favoriser leur socialisation, sans critère de propreté entre autre.

L'activité motrice qui s'y déroule a pour objectif l'épanouissement, de prendre conscience de son corps (sa capacité motrice, gérer ses émotions...). Le psychisme et le moteur

sont associés pour que l'enfant crée ses premières relations par le corps ainsi que ses premières expériences. Dans une perspective d'éveil, de plaisir et de découverte, cette activité motrice est proposée aux enfants et à leurs parents.

C'est dans ce cadre que le regard et le partage de compétences dans une équipe mixte sont complémentaires afin de déterminer les pistes de travail à venir.

2 – Les adolescents

Le foyer départemental de l'enfance et/ou foyer maternel (3 à 17 ans)

C'est un internat d'accueil d'urgence en vue d'une observation et d'une orientation ultérieure adaptée à la situation de chaque enfant. Le travail de liaison avec cet internat a pour but de promouvoir une politique de prévention.

- **La prévention primaire** étant d'aider l'équipe éducative du foyer à donner forme aux problématiques des jeunes accueillis avant que cela ne devienne trop grave.
- **La prévention secondaire** consistant à mettre en place, en cas de nécessité, les suivis avec les différents interlocuteurs de pédopsychiatrie (afin d'éviter que les adolescents n'arrivent à l'UHAA = Unité d'Hospitalisation Aiguë pour Ado).

La pédopsychiatrie n'est pas amenée à y intervenir directement auprès des jeunes. Elle est présente lors d'une réunion avec l'équipe une fois par mois.

Le foyer Noguès

Le travail de liaison y prend la même forme qu'au foyer de l'enfance. Mais il s'agit d'un internat d'accueil d'urgence à caractère juridique entamé. Les modalités d'intervention sont les mêmes.

3 – Des projets

Travail avec les écoles maternelles

La convention est faite et ce travail débutera mi-juin.

- **La prévention primaire** étant d'aider l'école (c'est-à-dire : l'enseignante, le médecin scolaire, le psychologue scolaire) à repérer les difficultés des jeunes enfants (âgés de 2 ans et demi à 6 ans). **Les modalités** consistent en une réunion une fois par mois où l'enseignante amène les situations qui posent problème. Sont également présents : l'institutrice du service et l'éducatrice qui travaillent sur Trotinettes, ainsi que le pédopsychiatre.
- **La prévention secondaire** étant de mettre en place un suivi avec l'intersecteur si nécessaire.

Le CADA (Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile)

Il s'agit de mettre à disposition une infirmière pour un travail en collaboration avec un référent d'un des trois CADA pour créer un lieu d'accueil parents / enfants pour des primo arrivants. Ce lieu de parentalité se veut offrir un espace de paroles, de réassurance, dans une perspective de prévention des troubles de la relation parents / enfants,



Youssef Mourtada, le Médecin Chef de Pôle devant l'entrée du CMP-CATTP D. W. Winnicott.

sans visée thérapeutique ou injonction éducative (par PMI, services sociaux ou spécialisés).

L'objectif est une démarche d'accompagnement à la fonction parentale telle que :

- Conforter la relation enfant / parent, l'ouvrir au lien social et accompagner l'autonomie de l'enfant.
- Valoriser les compétences et favoriser l'épanouissement de la personne humaine.
- Rompre l'isolement social.
- Prévenir les situations de négligence ou de violence.
- Faciliter l'intégration.

Les supports d'activité ou d'expression seront définis ultérieurement. Ces rencontres auront lieu une fois par mois tous les mercredis après midi.

Par ailleurs à un autre moment, un pédopsychiatre ainsi qu'une infirmière, interviendront tous les deux mois dans une réunion de régulation suivie d'un temps de coordination au sein du CADA, afin d'apporter des compétences particulières auprès des équipes du CADA dans certaines situations.

La maison des adolescents de la Sarthe

Notre service est présent dans ce travail en construction. L'objet de l'association est de prendre soin et d'accompagner les adolescents comme :

- Fournir des informations.
- Aider au développement d'un projet de vie.

- Favoriser l'accueil en continu par divers professionnels.
- Garantir la cohérence des prises en charge.
- Constituer un pôle ressource pour l'ensemble des acteurs concernés par l'adolescent.

Trois grandes missions sont envisagées :

- Recevoir les adolescents et leur famille.
- Former le réseau de professionnels.
- Être un centre de ressources.

Les membres opérateurs qui engagent actuellement des ressources sont :

- Le CHS.
- La mission locale de l'agglomération mancelle.
- L'association Sauvegarde 72.

III – Le travail thérapeutique au CMP-CATTP

1 – Les consultations

Elles sont faites par les pédopsychiatres et les psychologues.

2 – Les entretiens infirmiers d'accueil et d'orientation

Ils sont faits sur « Winnicott » par trois infirmiers, tous les jours.

a - Le but :

- Répondre rapidement aux familles qui sont en demande par rapport à leur enfant.
- Évaluer l'urgence et l'importance d'une situation.
- Permettre de faire un travail au préalable avant la consultation.

b – Les modalités :

- L'enfant et la famille sont accueillis dans un bureau du CMP qui se situe à l'entrée du CMP et à proximité du secrétariat.
- La secrétaire a reçu une demande de prise en charge au téléphone et transmet aux infirmiers la fiche avec des



Le CMP-CATTP D. W. Winnicott, une salle d'activités.

renseignements très épurés. Les infirmiers prennent contact avec la famille et proposent un rendez-vous rapidement.

- Après l'entretien, une réunion de régulation a lieu au cours de laquelle, les infirmiers présentent les situations rencontrées. Les infirmiers, les éducateurs, un pédopsychiatre, l'interne du service sont présents.
- Il est alors décidé de l'orientation du dossier de l'enfant. Le suivi peut être fait par : le pédopsychiatre, le psychologue, une indication de STSSAD.

3 – Le STSSAD (Service Thérapeutique de Soins Spécialisés à Domicile)

a – Le but : travailler avec l'enfant et sa famille sur la notion de réalité interne / réalité externe. On part de leur réel avec des objectifs déterminés.

b – Les modalités : après les régulations ou après une indication médicale lors d'une synthèse autour de l'enfant, l'éducatrice se déplace au domicile de l'enfant (c'est-à-dire chez les parents ou le lieu d'accueil). La régulation a lieu tous les vendredis.

4 – Les groupes thérapeutiques

a – En interne sur le lieu du CMP-CATTP : ils sont multiples et variés, le travail se fait en binôme.

Exemples : collage, patouille, cirque, pataugeoire, écoute et vibration, boîte à jouer, science, arts plastiques, médiation.

b – En externe à l'IME Bouloire : en amenant les compétences thérapeutiques aux enfants, en les laissant dans leur milieu, on développe un lien dynamique et non statique avec le secteur médicosocial.

5 – L'espace classe à Winnicott

a – Le but :

- Apporter un autre regard.
- Créer une altérité, une extériorité.
- Aider l'enfant à acquérir son statut d'élève.

b – Les modalités : l'enseignante accueille l'enfant sur un temps où il est normalement à l'école. Elle le reçoit seul ou avec la présence d'une infirmière.

IV – Conclusion

Tout ce que nous venons de vous présenter constitue l'offre de soins ambulatoires avec l'outil CMP-CATTP Winnicott.

Le fait de développer la prévention et l'intervention précoce, ainsi que le soin réalisé au sein de notre service permet à l'enfant d'être au cœur du dispositif.

À chaque moment de la prise en charge, l'enfant bénéficie avec sa famille d'un plateau technique riche et varié où chacun peut y trouver du sens.



Anne-Laure Donskoy*

Il est terrible le silence du fou ...

Dans son argumentaire pour le séminaire des 20 ans du Comité Européen Droit Ethique et Psychiatrie, Paul Bretécher souligne le caractère fragile de la formule iconique « *désormais, nous ne laisserons plus personne parler en notre nom* ». De fait, ce qui paraît une évidence est depuis pas mal de temps usurpé, détourné, manipulé. Ceci est encore plus d'actualité aujourd'hui alors que des politiques de santé mentale de plus en plus répressives et réductrices nous menacent ou nous sont déjà imposées, à l'opposé de la notion même de soin, ou même de celle d'humanisme. Par nous, j'entends les patients, les usagers de la psychiatrie et des services de santé mentale.

Pour reprendre la question qui conclue son argumentaire, « comment [justement] déceler, dans cette cacophonie, ce qui nous parle vraiment, en fonction de quelles valeurs, à quelles fins et pour quel type d'action », alors qu'une voix cruciale manque à l'appel ?

* Je suis tombée par hasard dans le chaudron de la recherche il y a quelques années. Je crois passionnément à l'utilisation de données constituées par l'expérience et le vécu de la maladie, et produites par la recherche usagère, comme outil puissant de construction d'une connaissance nouvelle, défiant les préjugés culturels et corporatistes en santé mentale et servant de levier auprès des pouvoirs décideurs. Je travaille sur une thèse de 3^{ème} cycle sur le premier épisode d'automutilation (non lié au suicide) suivant une approche narrative. Si l'automutilation demeure un sujet mal compris, le premier épisode est lui éludé des études traditionnelles alors que c'est un évènement unique.

Je suis aussi beaucoup impliquée dans la participation usagère au niveau européen où la construction du discours se poursuit et où nous travaillons aussi afin que les droits des usagers, qui sont aussi des citoyens, soient respectés.

Usager-chercheur militante en sciences humaines.

Coordinatrice du réseau national User Focused Monitoring Network. UFM est un modèle de participation usagère appliqué au domaine de la recherche et l'évaluation en santé mentale où les usagers chercheurs UFM contrôlent tous les stades du processus : www.ufmnetwork.org.uk (réseau national de projets UFM).

Membre de ENUSP

(European Network of (ex)Users and Survivors in Psychiatry).

Expert auprès de la Commission Européenne.

Bristol, Grande Bretagne.

Laquelle ? Celle des acteurs oubliés des débats et du dialogue, c'est-à-dire les usagers et les survivants¹ de la psychiatrie. Car cette couverture que chacun tire à soi, au nom de grands principes humanistes, va finir par se déchirer tant la trame est faible car elle les oublie. Pire que cela, elle les ignore.

En effet, on parle aujourd'hui à notre place plus fortement que jamais : cliniciens de renom, politiciens, juristes, syndicalistes, universitaires, décideurs et managers de tous poils, grandes associations corporatistes et fédératives etc. On prend des décisions en notre nom, on adopte des manifestes « pour notre bien » et ce toujours sans nous consulter.

Ce qui s'est passé le 7 février de cette année 2009 lors du meeting dit de « l'appel des 39 » organisé près de Paris, et qui a déclenché ma très vive colère (en dehors des déclarations du gouvernement), est une parfaite illustration de l'exclusion à la parole. Ce meeting, rassemblant un grand nombre de personnalités importantes du monde soignant, pensant et syndicaliste avait pour but de « *débattre en toute liberté de la situation de la santé mentale dans notre pays* »². Sur environ 1500 participants, une dizaine d'usagers dans la salle mais aucun invité à la tribune, sous quelque forme que ce soit. L'UNAFAM ou l'association Croix-Marine³, venues parler de la place des usagers, n'ont jamais été des associations d'usagers et ne le seront jamais. Et pourtant, au bout de ce meeting, un « Manifeste » écrit « ailleurs » et contenant des propositions qui pourraient potentiellement avoir un impact important (et pas forcément dans le bon sens) sur la façon dont la psychiatrie et les droits des usagers pourraient être délivrés demain, fut adopté sans que des/les usagers eussent pris part aux discussions ou à la rédaction de ce document.

1. Ici le terme « survivant » est un terme « politique » appartenant au mouvement usager désignant une personne ayant recouvré, ou ayant survécu aux systèmes de soins psychiatriques, ou les deux (le terme est auto-défini).

2. <http://www.collectifpsychiatrie.fr/spip.php?rubrique10>.

3. UNAFAM: Union Nationale des Amis et des Familles de Malades Psychiques / Association Croix-Marine: Mouvement national en faveur des personnes souffrant de troubles psychiques constitué principalement de professionnels.

Alors oui, le « *désormais, nous ne laisserons plus personne parler en notre nom* » est plus fragile que jamais lorsqu'une ribambelle de soignants, de grands noms de la psychiatrie, de philosophes et de syndicalistes en particulier, accaparent l'espace entier de validité du discours au détriment de la validité de celui de ceux (les usagers) dont ils disent représenter les intérêts. Ils s'approprient ce qu'ils considèrent être les espaces de vérité de la folie, parlent de droits de l'homme, de mouvements et de manifestes pour une psychiatrie humaniste, tout en écartant en même temps et de façon flagrante de ces mêmes discours ceux-là mêmes qui sont concernés au premier chef. Ils nient aux patients leur identité de citoyens. Enfin, ils se justifient en disant se battre pour une meilleure psychiatrie, mais ce discours là est truffé d'hypocrisie aveugle et paternaliste ; et cette vilénie perdure. **On ne parle même pas en notre nom, on parle à côté de nous.** Une fois de plus, en France (et ailleurs) d'un point de vue humaniste et philosophique, le discours narratif ne tient pas la route. Ainsi, comme dit un ami, l'appel dit des 39 est impuissant à exprimer le cri poussé du fou qu'on enferme ou qu'on écarte soi-disant pour son bien, et j'ajouterais impuissant à entendre le silence pourtant si assourdissant du fou. Pour reprendre le fameux vers du poème de Stevie Smith : « *Not waving but drowning* » (noyé sans faire de vagues...)

Il est terrible le silence du fou...

Depuis des mois aussi, nombre de sommités d'horizons très divers, respectées et respectables, nous répètent à longueur d'écrits et de paroles publiques que « le fou est l'exclu de la société par excellence ». Mais puisqu'on vous le dit... Mais puisqu'on déplore cet état de fait de toutes les déclinaisons médiatiques possibles...

De même, les mêmes, et d'autres, brandissent à tous bouts de champs le très bel énoncé de Bonnafé, selon lequel une société sera jugée à la façon dont elle traite ses fous. Si Bonnafé se référait plus précisément à l'enfermement du fou et aux traitements appliqués, il n'en demeure pas moins que cette offuscation finit par prendre des allures de bon ton tant elle est aveugle. Bien entendu, l'exclusion enferme la personne en souffrance sous contrainte dans des conditions souvent inadmissibles, avec bientôt des bracelets électroniques et des matons aux trousses, et déjà l'arrivée de caméras dans quelques hôpitaux⁴. Mais on oublie trop facilement que cette exclusion s'étend depuis toujours et encore plus hypocritement aujourd'hui à la parole et à la construction du discours.

Foucault nous rappelle que l'élévation du concept de l'homme rationnel a mené à une rupture de communication entre le fou et le non-fou. Il nous rappelle aussi que la société communique avec la folie principalement au travers du médecin, de la médecine, tandis que l'homme non rationnel, le fou, n'est en fait autorisé à négocier sa relation avec la société qu'au travers des modalités de la seule raison (ordre,

contrainte physique et morale, ainsi que la conformité aux normes du groupe). Et je me dis qu'en fait, on n'arrive vraiment toujours pas aujourd'hui à sortir de ce principe de séparation tacite selon lequel, en quelque sorte, on dit au fou, sois fou et tais-toi, conforme toi, et surtout reste dans tes murs, dans ta maladie, nous prenons tout en charge, y compris ta dignité d'homme et ta parole de citoyen.

Cette exclusion de la parole prend aussi la forme d'une séparation abyssale entre d'une part les experts de la folie (c'est-à-dire les soignants -toutes catégories confondues- et leurs syndicats, les universitaires et philosophes, les apprentis soignants, les associations de familles), enfin tous ceux désignés par la société comme tels et qui se sentent ou sont validés par un ancrage culturel profond à donner un avis autorisé sur la question et, d'autre part, les non-experts (c'est-à-dire les patients, les usagers). L'espace de séparation que cette exclusion occupe crée un malaise qui laisse apparaître des dysfonctionnements narratifs et philosophiques importants ainsi qu'une grosse hypocrisie.

L'hypocrisie va jusqu'à concéder au patient, plus pour des raisons politiques que citoyennes progressistes, le droit de se proclamer expert de sa condition, tant que ces experts ne font pas trop de remous et se contentent de la place de strapontin qu'on leur propose ici et là dans les espaces de décision.

En fait, si j'étais très méchante, je dirais que cette exclusion semble parfaitement acceptable là où l'on discute entre « spécialistes » de psychiatrie, de politiques de santé mentale, de relations soignant-soigné, d'engagement, d'empowerment, de psychiatrie sécuritaire etc. De fait, aucun des grands noms qui pourtant posent souvent des questions très intéressantes et pertinentes sur la situation de la psychiatrie, ne semblent par contre se poser de questions sur la signification du geste, hautement symbolique, de prendre tel microphone à la main ou de parler à telle tribune, surtout en ces temps cruciaux, alors que le fou lui demeure absent des tribunes, écarté des débats.

On voit fleurir par ces temps de crise dans le milieu de la santé des pétitions et des appels où le mot usager, où l'être usager est inclus, sachant pertinemment qu'aucun usager ou même fédérations d'usagers n'ont été consultés. **Les usagers deviennent les otages sémantiques de jeux politiques**, objets de récupération éhontée et de corporatisme.

Moins on pense à inviter le fou, les patients, les usagers dans les débats publics, les endroits médiatiques (de qualité s'entend), là où les grandes et les petites questions liées à la psychiatrie sont posées, moins le fou, le patient, l'utilisateur ne se sent le droit ou la capacité à prendre la parole. De plus, cela constitue un message silencieux très puissant. De plus, les mêmes discours perdurent.

Il y a tout de même un sacré paradoxe dans le pays des Droits de l'Homme où prendre la parole, exprimer sa colère, sa frustration, ou s'exprimer tout court, est quasiment un sport national. Pourquoi ce que certains ont appelé cette « apathie » apparente de la part des usagers ? On me dit, les

4. Juin 2009



L'EXTINCTION DE VOIX COMME MALADIE MENTALE

usagers n'ont qu'à prendre la parole. Cependant si la parole est en effet faite pour être prise, peut-être toujours l'être ? Pourquoi ne la prennent-ils donc pas ? Question très difficile qui demanderait beaucoup plus d'approfondissement. Une petite ébauche de réponse: Il y aurait peut-être un mélange d'effet d'étouffement de la parole dans l'œuf et parfois aussi de sentiment de culpabilité.

Comme dit un usager, en milieu hospitalier, la contention chimique « détruit beaucoup la pensée, la possibilité d'analyse et de réflexion. Une fois le « traitement » pris, tu es là ... tu n'as même pas envie d'être ailleurs, si tant est que tu aies la notion d'ailleurs ». Dans ce cas de figure, « prendre la parole » n'a alors aucun sens. D'où le rôle important qu'auraient à jouer de véritables services d'Advocacy pour et par des usagers dans les hôpitaux, comme cela se fait avec succès dans les pays anglo-saxons. Le but étant de rendre la parole ou les moyens de la parole aux plus vulnérables et donc de redonner du sens à la prise de parole. Ensuite, dit-il, cet état presque catatonique est dû aussi à ce fameux paternalisme de certains soignants : « Fais-moi confiance, je te soigne, je décide pour toi, je pense pour toi, tu ne **peux pas** le faire, fais ce que je te dis ». Pour reprendre une métaphore un peu brusque mais pas si fausse que cela de cette même personne,

Comme dans les prisons, toute ta vie de patient en hôpital est réglée par le service. À l'arrivée, tes possessions sont inventoriées, triées et plus tard il peut arriver que tu sois soumis à des fouilles. Comme en prison, les activités sont réglées à heures fixes et parfois selon le bon gré ou l'humeur des soignants.

Donc le fou se dit que si on le traite comme ça, c'est que quelque part il est coupable. En fait non, il finit par se sentir coupable d'être malade et on ne l'encourage pas, ou pas assez, à s'exprimer.

Hors milieu hospitalier (français), il n'oserait s'exprimer. On lui dit depuis des décennies qu'il ne peut le faire qu'au travers des voies officielles, celles d'associations acceptées et acceptables. C'est-à-dire la voie de la raison, de l'objec-

tivisation et de la communication neutralisée. Cela rejoint Foucault quelque part et un certain contrôle discursif.

Prendre la parole est certainement parmi les choses les plus difficiles qui soient à accomplir pour quiconque. Il n'y rien d'évident dans ce geste. Et pourtant, cette parole ne peut plus être le seul privilège d'« experts » officiels et de décideurs car un autre discours est en train de s'écrire, ici et là ; il est en marche.

Ce texte a circulé ici et là auprès de groupes d'usagers français, ce à quoi je tenais beaucoup. Ce qui est revenu est pour le moins poignant. Ces usagers ont été, m'a-t-on dit, « secoués » ; ils ne se rendaient pas compte que **d'autres usagers ailleurs dans d'autres pays, pouvaient vraiment prendre la parole, agir, tenter de changer les règles du jeu, participer et être de véritables partenaires de travail etc.**

Le rôle particulier des associations dites représentatives de la voix des patients, surtout dans les pays non anglo-saxons, complique et rend plus difficile l'accès à la parole et la création d'un discours usager. Il est un fait que dans la majorité des pays d'Europe, il y a main mise de la participation et du discours usager principalement par les associations de familles et d'accompagnants. Lorsque l'on fait un rapide tour d'horizon, on se rend compte que seule la Grande-Bretagne et les Pays-Bas connaissent une participation et un discours usager forts et réellement représentatifs. Question de sensibilité culturelle et de parcours militant historique remontant au XIX^e siècle. Nous usagers reconnaissons que les usagers et les accompagnants/familles veulent souvent (en très gros) la même chose, mais que les moyens pour y parvenir, ainsi que ce qui nous motive, sont très différents. Là où les usagers et survivants sont plus progressistes, les familles et accompagnants sont souvent conservateurs et donc souvent plus proches des programmes politiques de santé mentale.

Lié à la parole, il y a aussi je crois, deux thèmes: celui de la représentation et celui du discours. Le premier est le plus visible et celui qui revient toujours dans les discussions. Le deuxième est fondamental mais souvent éclipsé par la

somme d'énergie nécessaire à constamment justifier les assises du premier.

La représentation : On nous dit, « mais vous n'êtes pas représentatifs ! ». Le thème de la représentation usagère a lui-même deux pendants.

D'abord, il y a malaise. Car il s'agit bien de malaise. J'ai souvent cette conversation lorsque je viens en France. La représentation usagère semble y être perçue comme une chose mal définie et mal comprise de la part des soignants (et de leurs syndicats), voire incompréhensible au regard de la majorité des psychiatres qui y voient une atteinte inadmissible au corpus médical. Pour être crédible aux yeux d'interlocuteurs traditionnels, il semblerait qu'elle doive donc automatiquement se conformer à un modèle bien précis qui serait en fait la réplique du code de communication auquel ces interlocuteurs sont eux-mêmes habitués. C'est-à-dire un modèle corporatiste, hiérarchisé, extrêmement structuré et homogène. Du bien net et du bien propre.

Comme indiqué plus haut, de grandes associations fédératives dites d'usagers existent en France et il semblerait que leur réponse ait été de se conformer en se rapprochant d'un modèle commun, cherchant le compromis, n'offrant que de l'acceptable afin d'être acceptées et ne défiant surtout aucun des prémisses des forces en marche. Ainsi s'il y a **représentation (du chiffre)**, il n'y a pas forcément **représentativité (la qualité de cette représentation)**. Extrêmement lourdes, très peu démocratiques ou représentatives de leur base (car tout part d'en haut ... et y reste), menées de main de fer par des élites et leurs apparatchiks, elles sont cependant les seuls interlocuteurs admis dans le très select sanctum du dialogue car conformes au modèle. Or, comme nous le savons d'expérience au quotidien, le mouvement usager est la somme totale de millions de voix et de narrations aussi riches que différentes.

Cette homogénéité ainsi artificiellement obtenue dilue, voire même étouffe la possibilité de construction d'un discours usager, tue le militantisme usager et est en elle-même une autre forme de contrôle social. Avec tant d'intérêts conflictuels en jeu, la voie de l'homogénéité mène à une impasse où les valeurs particulières au mouvement usager et qui devraient être mises en avant, les actions d'orientation usagère ou les réflexions sur l'existence même du mouvement usager, ne peuvent prendre forme.

En effet, la construction du discours usager ne peut se faire sans l'existence préliminaire d'un mouvement usager. À son tour, un mouvement usager authentique ne peut exister qu'indépendamment des grandes associations fédératives, qu'elles soient dirigées par les familles / accompagnants ou par des professionnels de santé et autres associations dites d'usagers. Or en ce sens, en France, si le statu quo opère au travers de ces grandes associations, il n'existe donc pas (encore) de mouvement usager indépendant et il n'y a donc pas de discours usager distinct. En effet, on ne peut considérer que les GEM (Groupes d'Entraide Mutuelle) constituent ou fassent même partie d'un mouvement usager du simple

fait qu'ils ne viennent pas à l'origine des usagers mais des pouvoirs publics. Ils pourraient éventuellement contribuer à la construction d'un tel mouvement à la condition d'être libérés de l'interférence des associations (comme définies ci-dessus) ou des professionnels de santé, qui les parasitent depuis leur création.

Le deuxième pendant de la représentation est le grand classique de la justification de la présence d'usagers dans les comités de travail etc. dans les hôpitaux et autres lieux où des décisions sont prises. On nous accuse encore parfois de n'être pas représentatifs des usagers lorsque nous prenons part aux réunions. Les soignants et autres cadres présents sont-ils plus représentatifs de leurs collègues que nous des usagers dans ces réunions ? Non, bien sûr, mais ils ont rarement l'honnêteté de le reconnaître, malheureusement. Nos représentants, eux, sont souvent au minimum élus dans leur rôle.

Le deuxième grand thème lié à la parole est celui du discours usager. Quel est donc ce discours un discours lorsqu'il est authentique et vivant ?

Le discours usager est avant tout profondément ancré dans le vécu de la détresse psychique et/ou de la maladie. C'est un discours actif et activiste, dégagé donc des grandes associations dites d'usagers telles qu'elles sont actuellement conçues et dirigées dans beaucoup de pays (lorsqu'elles ne sont pas authentiques). C'est donc un discours politique et citoyen au sens d'engagé, couvrant tous les domaines liés à la psychiatrie et à la santé mentale, avec une dimension particulière qui est celle de la perspective du mouvement usager. Celle-ci est un mélange intellectuel et expérientiel.

Un exemple concret : celui de la recherche menée par les usagers-chercheurs, surtout dans les pays anglo-saxons et qui depuis maintenant une génération conceptualise le vécu de la maladie et des traitements, remet en cause les paradigmes de la recherche fondamentale en santé mentale et pose des questions qui ne sont pas habituellement posées, venant du vécu de la maladie. Ces usagers-chercheurs réfléchissent aussi aux questions méthodologiques liées à cette approche particulière de construction de la connaissance et de la recherche, puisque nous en sommes encore à un stade où nous sommes autant les objets de la connaissance que les créateurs de celle-ci. Deux livres récemment publiés à ce sujet attestent du succès de ces travaux et de la réflexion qui les sous-tend⁵.

Ce n'est pas simplement un discours où les usagers et les survivants viendraient se plaindre, type d'argument que l'on me donne souvent pour justifier de la non-envie d'écouter. Certes les usagers sont souvent en colère, et avec raison car la psychiatrie a rarement été douce avec eux, tout en

5. Sweeney A, Beresford P, Faulkner A, Nettle M, Rose D (2009) *This is Survivor Research*, pccs books, Ross-on-Wye; Wallcraft J, Schrank B, Amering M (2009) *Handbook of Service User Involvement in Mental Health Research* (World Psychiatric Association), John Wiley & Son, Chichester

s'annonçant encore plus répressive. Il faut donc des espaces où cette colère et cette frustration puissent s'exprimer.

C'est un discours qui n'est pas seulement fait de mots mais d'actions, de projets, de propositions de projets, d'autres façons de travailler. Le mouvement usager est extrêmement actif et travaille beaucoup à la protection des droits des usagers surtout au niveau international, par exemple au travers de notre réseau européen⁶, dénonce les abus de « l'industrie psychiatrique » et soutient ses propos par ses travaux. Nous sommes présents à Bruxelles où nous sommes confrontés à de puissants lobbys qui prétendent faire notre éducation ! Nous nous battons régulièrement auprès des institutions législatives européennes afin que la perspective usagère soit représentée au même titre que d'autres, afin de travailler à une psychiatrie plus holistique et plus respectueuse de la personne et de ses droits.

Il existe aussi ici et là des projets et des actions mis en place par des groupes et des individuels, qui travaillent très discrètement mais qui doivent se battre trois fois plus que les « conformes au modèle commun » dont je parlais plus haut pour se faire reconnaître et justifier leur existence. Cet activisme là aussi est à souligner et à célébrer et sa narration fait partie intégrale du discours usager.

Un autre exemple avec le groupe des Oubliés de l'Histoire de Strasbourg, créé en partenariat entre Jean-Marc Lenoble, usager directeur de l'association AUBE, et **Georges Federmann**, médecin psychiatre dont l'engagement auprès des exclus et des sans-papiers est bien connu. Ce groupe s'est penché sur le silence qui entourait la déportation des minorités (Roms, sourds, homosexuels, témoins de Jéhovah, aliénés) durant la deuxième guerre mondiale. En effet, la communauté traditionnelle de déportés : juifs, combattants et résistants, refusaient d'associer nommément ces populations, estimant qu'elles étaient déjà présentes ipso facto. Aujourd'hui le silence entourant ces minorités est un peu moins assourdissant, grâce à la ténacité de l'action des Oubliés de l'Histoire auprès des autorités en particulier et à son engagement éducatif dans les écoles. Cet engagement et ces travaux font aussi fortement écho à la mission de l'association AUBE qui est « de prendre en charge notre histoire et notre vie » et au travail qu'elle accomplit dans les écoles d'infirmiers pour montrer que derrière chaque malade il y a un être humain.

Le discours usager est aussi un discours de construction et constamment en construction, un discours de réflexion, de vision autre sur ce qu'est la psychiatrie, la santé mentale.

Un dernier exemple avec **Rufus May**⁷, Psychologue en médecine hospitalière publique à Bradford près de Leeds (UK), dont la pratique est marquée par sa propre expérience de la psychose à l'âge de 18 ans. Cela lui permet d'offrir une toute autre approche du travail sur les voix que celle traditionnelle

qui cherche à les combattre et à les étouffer à tout prix ce qui est souvent contre-productif. En effet une approche positive se focalisant sur les émotions souvent difficiles qui sont à la source de ces voix donne un meilleur résultat et son travail en est une démonstration exemplaire⁸.

C'est ainsi enfin un discours d'ouverture sur la société, un discours de partenariat et de partage des connaissances. Gros défi qui ne plaît pas à tout le monde car il dérange des acquis corporatistes et culturels bien ancrés, surtout en ce qui concerne le partage des connaissances ; histoires de territoires et de chasses gardées.

La participation, le discours et plus globalement le mouvement usager, là où ils existent vraiment, peuvent ainsi être assimilés à des formes de résistance au sens où nous brisons les règles et dispositifs d'identification, de classification et de normalisation du discours lui-même normatif et contrôleur de santé mentale. Le mouvement usager a énormément évolué en Europe, surtout depuis une trentaine d'années et connaît une vitalité croissante sous diverses formes. Cette vitalité se fait surtout sentir dans les pays anglo-saxons où la sensibilité anglo-saxonne, où la notion d'usager-citoyen est très forte. Les usagers ne sont plus silencieux ou passifs.

Cette différence culturelle de la participation usagère dans les pays anglo-saxons en particulier se traduit aussi par une toute autre présence publique. Par exemple dans les conférences, où nous sommes présents comme discutants et conférenciers au même titre que les personnalités habituelles. Nous y sommes invités pour nos compétences dans des domaines particuliers, parce que nous publions, parce que nous réfléchissons, parce que nous travaillons directement ou indirectement aux domaines liés à la psychiatrie. Nous y sommes parfois des grains de sable ou du poil à gratter. Fini le temps où l'on sortait l'usager à roulettes de son placard, baveux, incapable d'aligner trois mots afin de justifier du fait qu'un usager était incapable de parler pour lui-même ou au nom d'autres usagers. Nous montons aussi nos propres conférences, séminaires et colloques au niveau des pays et au niveau européen.

Nous sommes des usagers-chercheurs, nous sommes des usagers-universitaires, nous sommes des usagers-militants qui travaillons à des solutions concrètes à des problèmes complexes, tous les jours, sur le terrain. L'« usager-quelque chose » est une identité politique engagée, celle qui n'oublie pas qu'en parallèle de la maladie et du label diagnostic que l'on nous colle se trouve une personne, un être humain et un citoyen.

Dans les pays non anglo-saxons, la situation est souvent extrêmement différente. Dans les conférences et autres meetings, on y trouve en général les mêmes catégories d'intervenants, à savoir des soignants, des décideurs, des universitaires et parfois des représentants des grandes associations dites d'usagers. Les usagers n'y sont que très

6. ENUSP: European Network of (ex)Users and Survivors in Psychiatry / www.enusp.org

7. www.rufusmay.com

8. Ce travail original rejoint ceux des Néerlandais tels que Marius Romme et Sandra Escher



rarement invités; je veux dire de vrais usagers ou « survivants » de la psychiatrie. Ou bien ils sont invités à la dernière minute ou comme alibi, ce que j'appellerais le syndrome de la plante verte décorative, mais trop rarement comme conférenciers ou discutants. Ils sont laissés délibérément à l'écart par un ancrage culturel profond qui fait que les mêmes discours perdurent et les mêmes têtes parquent de conférences en colloques.

J'aimerais voir dans les pays non anglo-saxons des conférences et colloques où des usagers viendraient parler très régulièrement de leurs travaux de recherche, de leurs écrits, de leurs projets dans des structures psy et non psy, des groupes qu'ils créent et qu'ils dirigent, des films qu'ils produisent etc.

J'aimerais voir un nouveau 7 février où des usagers viendraient parler en tribune de leur vision (par exemple d'un « Manifeste » pour une psychiatrie désaliéniste et vraiment humaniste. Leur vision.

J'aimerais voir des montages de conférences en collaboration complète dès le départ avec des usagers comme ça se passe dans les pays anglo-saxons et au niveau européen, et avec des ressources financières adéquates⁹ de sorte qu'ils ne soient plus exclus de tels espaces de parole, de rencontres et de débats.

Mes propos peuvent paraître durs et assez définitifs là où les cadres de référence n'admettent pas que la parole usagère soit autonome de carcans factices, mais soit militante, créatrice et porteuse d'un autre type de message. Il est aussi important de dénoncer, aujourd'hui plus que jamais, cette autocongratulation ambiante qui, sous le couvert de

multiples appels et manifestes, pétitions et actes médiatiques, ose parler en notre nom sans nous consulter. On parle de vouloir combattre une psychiatrie sécuritaire tout en excluant du débat ceux-là mêmes qui sont les premiers concernés. Cette exclusion sociale, culturelle, politique et intellectuelle est généralisée.

Aujourd'hui le fou pose problème car il pose des questions qu'il ne s'était pas jusqu'alors senti le droit de formuler ou de poser. **Il réclame le droit d'être reconnu expert de sa maladie** et de son vécu mais à condition d'être vraiment entendu. Il réclame le droit de dénoncer haut et fort les abus de la psychiatrie. Et pourtant, à en croire le malaise et les dysfonctionnements narratifs bien présents, le silence du fou est vraiment assourdissant.

En parallèle des discours des experts, et de tous ceux qui se prononcent au nom du fou sur l'état des lieux de la psychiatrie, s'inscrit donc un autre discours, le discours usager. Celui-ci est unique, dynamique et en construction. Ses déclinaisons participent à leur façon, que ce soit du domaine de la recherche, d'une autre approche du soin et de la détresse psychique (psyché et la vie, psyché dans la vie), de l'action directe ou indirecte, de l'information, du soutien émotionnel, de la créativité, du devoir de mémoire et autres projets originaux, à une autre manière de savoir, à une autre manière de construire la connaissance, moins positiviste et plus humaniste.

Ce discours, ces narrations sont cependant toujours en demande de partage et d'ouverture sur le monde et la société dans laquelle nous vivons.

Il existe en France un embryon de mouvement et donc de discours usager qui ne demandent qu'à se développer. Les usagers ne demandent qu'à être des partenaires, mais des partenaires égaux, de travail et des débats au sein de la société. Pour construire, ensemble. Psytouyens, ensemble.

Nothing about us without us (rien qui nous concerne sans nous)

9. Une suggestion pratique à ceux qui envisagent de monter des conférences : un supplément de 15 à 20 euros par personne permettrait de faire venir des usagers conférenciers et participants et donc de les inclure aux débats.



FOLIE ET PSYCHIATRIE EN SARTHE. 19^e / 21^e siècle.

Histoire, patrimoine et enjeux contemporains

Manifestations scientifiques et culturelles – avril à novembre 2010

Au 19^e siècle, la ville du Mans a été l'une des premières en France à accueillir un établissement public de soin des aliénés. Classé monument historique, le site fait désormais partie du patrimoine de la ville et du département. En partant d'une conception originale assez peu développée en France, c'est par la suite un hôpital-village qui, sur la commune d'Allonnes, double en 1968 cet établissement historique. Dans les années 1970 la politique du secteur tend à disperser une psychiatrie auparavant particulièrement centralisée dans le département. Une reconfiguration globale est amorcée qui se traduit notamment par la reconstruction en cours du Centre Hospitalier Spécialisé de la Sarthe à Allonnes et par la fermeture du site historique du Mans programmée pour 2011.

Le moment est donc opportun pour se pencher sur deux siècles d'histoire de la psychiatrie et sur les enjeux que représente aujourd'hui la conception de la maladie mentale et de la psychiatrie.

Diverses manifestations organisées par le Centre Hospitalier Spécialisé de la Sarthe, des historiens de l'université du Maine membres du CERHIO, des institutions culturelles du département et de la ville du Mans (médiathèque, cinéma «les cinéastes», archives départementales) sont proposées d'avril à novembre 2010, et permettront :

- de comprendre l'histoire de la folie et de la psychiatrie à travers des journées d'études, des projections de films, une exposition itinérante et un livre constitué des écrits des patients, des paroles des soignants, des archives de l'institution,
- de faire un état des lieux de la psychiatrie actuelle afin de saisir ses enjeux sociaux et de mieux connaître des professions, des lieux et des pratiques à partir de conférences, de débats et de films,
- d'ouvrir les lieux historiques de psychiatrie, lors des journées du patrimoine et à l'occasion de spectacles ouverts à tous.

Programme complet sur www.histoire-psy.univ-lemans.fr

Contacts :

Centre Hospitalier Spécialisé de la Sarthe, Danielle Monat, chargée de communication

02 43 43 51 43 d.monat@chs-sarthe.fr

Université du Maine : Stéphane Tison, historien, maître de conférences

06 12 70 86 19 Stephane.Tison@univ-lemans.fr



Jean-Jacques Lottin

A quoi sert la santé mentale : et si c'était un dispositif adaptatif du biopouvoir pour cannibaliser la psychiatrie ?

HYPOTHÈSE N° 1 sous la forme d'un paradoxe platonicien : la « santé mentale », ça n'existe pas... sauf en tant que tube digestif. Justement...

HYPOTHÈSE N° 2 en référence à mes maîtres : la Santé Mentale est un **DISPOSITIF** mis en place par l'appareil idéologique d'état, afin de neutraliser le fantasme d'une psychiatrie du sujet dangereuse, supposée toute puissante, incontrôlable, et inévaluable (ce qu'elle est et doit rester).

RAPPEL :

Pour le premier maître, **FOUCAULT** (Dits et Écrits 1966-1975) :

« J'ai dit que le DISPOSITIF était de nature essentiellement stratégique, ce qui suppose qu'il s'agit là d'une certaine MANIPULATION de rapports de force, d'une intervention rationnelle et concertée, soit pour les développer dans telle direction, soit pour les bloquer ou les stabiliser, les UTILISER. Le dispositif est donc toujours inscrit dans un jeu de pouvoir ».

AGAMBEN, notre second maître, dans *Qu'est-ce qu'un dispositif ?* (2007) approfondit cette approche :

« J'appelle DISPOSITIF tout ce qui a d'une manière ou d'une autre la capacité de CAPTURER, d'orienter, de déterminer, d'intercepter, DE MODELER, de CONTRÔLER et d'assurer les gestes, les conduites, les opinions et les discours des êtres vivants. Pas seulement les prisons donc, les asiles, le panopticon, les écoles, les disciplines... »

Dans le Rapport **COUTY** (qui n'est qu'un maître référendaire), la structure proposée est justement **NOMMÉE dispositif** dans : « afin d'assurer la mise en oeuvre **COHÉRENTE** de ce dispositif »... (toujours cette obsession paranoïaque de la cohérence rationalisée pour mieux la contrôler...). Le Rapport **Roelandt** souhaitait la mise en place d'un **DISPOSITIF ÉLARGI** de S.M globale.

Bref, la S.M. (comme sado-maso) met en place une **STRATÉGIE** populationnelle collective/collectiviste de biopouvoir au service de l'idéologie dominante qu' **ALTHUSSER**, troisième maître, définissait en 1976, sans être démodé (Positions) :

« Pour annoncer ce fait dans une langue plus scientifique, nous dirons que la reproduction de la force de travail exige non seulement une reproduction de sa qualification, mais en même temps, une reproduction de sa SOUMISSION À LA PAROLE et son ASUJETISSEMENT à la domination de la classe dominante, aux règles établies, c'est-à-dire une reproduction de la capacité à bien manier l'idéologie dominante pour les agents de l'exploitation et de la répression ».

Que fait d'autre notre servile gouvernement et son ministre de la santé en sabots roses qui multiplie les injonctions paradoxales qui cassent les repères, par ex en **INTERDISANT** l'alcool aux mineurs **TOUT EN AUTORISANT** sa pub sur l'Internet qu'ils consomment de manière addictive...

La ruse d'un dispositif comme la S.M. est qu'il fonctionne avec l'accord **IMPLICITE** de la subjectivation qu'il produit. C'est une formidable compliance qui actualise la question ontologique de **SPINOZA**, le quatrième maître, en 1660 dans son **ÉTHIQUE** :

« Comment se fait-il que les hommes se battent pour leur servitude comme s'il s'agissait de leur liberté ? »

Nous avons des éléments de réponse chez le dernier maître **FREUD** (Malaise dans la civilisation- et notamment sur la question de la pulsion de mort à l'oeuvre dans l'argent, la « névrose financière » et le management) de même qu'avec « l'ignorance comme passion » de Lacan, ou le syndrome de Stockholm, soumission acceptée à la domination provisoire.

Ambivalence du concept de S.M :

Au premier degré, il parle de tout ce qui concerne l'état de santé psychique **collectif**, donc **moyen**, de la population, et définit par défaut tout le système organisationnel qui le gouverne. Ça peut avoir à faire avec la « santé de l'âme » de Montaigne. Au sens idéologique, entrant dans les griffes de la novlangue, il est un **concept opératoire** de la pensée néolibérale de

l'OMS, centre mondial de l'hygiène néoprussienne appelée encore « santé publique » bien qu'elle soit de plus en plus PRIVÉE, managée et financée par les labos et leurs méthodes scientifiques comme l'Evidence-Based Medicine et le DSM. L'OMS, unique GOUVERNEMENT MONDIAL actuel, qui est le champion de la militarisation de la prévention, sa fameuse lutte contre, a par ailleurs « conseillé » la CIA sur les niveaux « tolérables » de torture à appliquer aux prisonniers de Guantanamo... sa récente campagne contre la grippe porcine a plus paniqué que rassuré, car son objectif final est bien l'ADAPTATION sociale des comportements.

La SM prend la suite IDÉOLOGIQUE de la vieille hygiène mentale, née sur le modèle guerrier de la lutte contre la tuberculose et l'absinthe des années 10 à 30.

Et vive la nuit sécuritaire.

Le concept S.M. désigne donc le psychopouvoir qui s'exerce sous forme de gestion cognitive ou de gouvernance managériale qui, plus elle est archaïque, plus on la proclame nouvelle à l'ombre tutélaire du Nouveau Management Public.

Car la S.M., ça se biométrise, se protocolise, se statistique, se COMPARE (ainsi, « la » France est 3^e européenne pour « la » détresse psychologique, mais 9^e pour la SM positive)... mais pas la psychiatrie, ni la souffrance psychique dont je ne sais pas si elle est mentale, et encore moins le patient/usager devenu client qui disparaît chez les réformateurs, et ne trouve pas de place sur les courbes de Gauss, et c'est pourquoi elle fait peur aux bureaucraties des experts de la très Haute et incompétente autorité en quête désespérée d'efficacité comptable, zélotes maladifs du moindre coût.

La S.M. est selon moi un contenant, un garde-fous fourre-tout, un maton bourré de règlements inapplicables, de référentiels, de bracelets électroniques, protocoles, guides de bonne pratique infantilissants, de normes, d'évaluations, de conformisme, une TOTALITÉ englobante, une des prémisses de cette santé totalitaire théorisée par Roland GORI qui avance à grands pas.

S.M. comme arrêt de la pensée complexe, **fin de la clinique du sujet**, et début de l'individu compliant soumis à la grande NÉVROSE DE marchandisation des temps de la guerre à la pensée ?

Il y a une contradiction ABSOLUE entre la S.M., concept de santé publique qui s'attache à la santé moyenne des populations, et la psychiatrie, approche clinique SINGULIÈRE de la souffrance individuelle. Y ENTRER pour la psychiatrie, c'est bien disparaître en tant que telle dans ces oubliettes de « l'Ordre cannibale » imaginé par Jacques ATTALI dès 1979.

Afin que chacun s'y perde, une confusion sémantique est entretenue entre :

- la bonne santé mentale (le fameux bien-être de l'OMS),
- état (figé) de santé mentale positif,
- état de santé mentale défavorable ou négatif ...
- « les troubles anxieux sont des formes de mauvaise santé mentale » lit-on dans le Livre vert européen où pointe

un certain moralisme...

- maladie mentale, maladie psychiatrique, ou maladie psychique ? Ainsi,
- « *sont devenues maladies mentales nos émotions les plus banales par la grâce du DSM, ce moderne docteur Knock* » (E. Roudinesco).
- malade mental = trouble à l'ORDRE PUBLIC,
- psychiatrie comme travail de santé (Bonnafé voyait dans le secteur une « Psychiatrie d'extension » désenclavée, rien à voir avec le « **niveau de proximité** » de Bachelot, pour mieux disqualifier la fécondité du secteur.
- nous passons de la logique du symptôme à la logique du trouble,
- trouble psychiatrique (le DSM en a inventé 350... dont l'apathie sexuelle libertine, l'amour de la gastronomie), psychique ou psychologique (appelé *disorder* en anglais) et dans désordre, il y a ORDRE et donc menace et peur, d'où mots d'ordre et surveillance,
- souffrance psychique,
- handicap psychique (un monstre né de la loi de 2005),
- le « schizophrène dangereux » des médias. (Pour COUTY, les 12000 suicides annuels en France sont des « *maladies mentales* » en contradiction avec Nicolas qui « pense » que c'est génétique... et l'homosexualité, la toxicomanie risquent bien de redevenir maladie mentale)
- détresse psychologique,
- et tous ces « **dysfonctionnements** » dont se régale l'INSERM, qui ramènent l'humain à une mécanique qu'on répare avec une boîte à outils pleine de référentiels,
- n'évoquons même pas la dépression/dépressivité si juteuse pour les labos,
- la personne « *dérangée* » d'Alliot-Marie,
- et la folie camarades... Artaud, Péc, Michaux, Bonnafé, revenez.

Pourquoi ce flou nosologique autour du fou et ces euphémisations, pourquoi n'appelle-t-on pas un chat un chat en santé mentale. Pourquoi ces biais de langage, pas seulement par incompétence des politiques ; qu'est-ce que ça masque la peur des fous. Parce que la psychiatrie soigne et parfois guérit, et que la SM chiffre, corrige et rééduque, médicocalise et se contente de déplacer les symptômes ?

Les sourates de la SM-OMS

Pour COUTY, qui reprend bêtement la définition de l'OMS « *La santé mentale représente l'état d'équilibre psychique d'une personne à un moment donné sous l'influence de facteurs biologiques, psychologiques et environnementaux...* ».

Bonne santé, ou santé ? Et qu'est-ce qu'un ÉTAT d'équilibre, sinon tout le contraire de la psychodynamique. La santé ne peut être autre chose qu'un PROCESSUS.

Déjà en 1946 à New-York, l'OMS définissait LA santé « *Un état de complet bien-être physique, mental et social* » orwellien.

Ensuite, la bonne SM était définie par « la capacité d'adaptation (mot-clé) d'une personne » aux conditions extérieures

du capitalisme, et aux tensions normales de la vie (le stress au travail est-il une tension normale ?).

Par défaut d'imagination se développe l'idée que la SM est l'absence de pathologie psychique... d'ailleurs, l'OMS se flatte d'avoir mis au point un instrument pour évaluer la qualité de la vie... ah, la magie biométrique !

En 2005, l'Europe docile a pondu un Livre Vert en charabia OMS titré : « *VERS UNE STRATÉGIE SUR LA SANTÉ MENTALE, SUR LES MOYENS D'AMÉLIORER LA GESTION DE LA MALADIE MENTALE ET DE PROMOUVOIR LE BIEN-ÊTRE MENTAL* »...

Slogan retenu : « *VEILLER À LA SANTÉ MENTALE POUR TOUS* » ce qui d'un point de vue syntaxique **ne veut absolument rien dire**. Juin 2008 a actualisé ce slogan soviétique en : « *ENSEMBLE POUR LA SANTÉ MENTALE ET LE BIEN-ÊTRE* » devenu pacte dans sa rhétorique stratégique.

Définition retenue : « *la mauvaise SM englobe les troubles mentaux ET la psychasthénie, les dysfonctionnements liés au stress, les symptômes de démence dont la maladie d'Alzheimer* ». Ca vole haut...

L'Europe **réaliénise** la folie dans sa SM primaire qui n'a plus rien à voir avec celle que défendait un Lucien Bonnafé.

SANTÉMENTALISER ou **médicosocialiser** la psychiatrie pour la faire ranger dans le magma autoritaire de la santé publique adaptative comme punition de sa singularité et de sa participation au travail de civilisation.

Dépsychiatriser pour remédicaliser la maladie mentale sous la protection des molécules et du flicage (le schizophrène dangereux, nouvelle figure de la Nuit sécuritaire française, bouc émissaire offert en pâture à la foule anxieuse).

Et pour pallier le psychiatre qui doit s'effacer, le rapport recrée l'infirmier psy... qui aidera le psychologue devenu auxiliaire médical, dans la prise en charge BIO-PSYCHOSOCIALE si chère à J.L. Roelandt et litière du comportementalisme.

Avec COUTY, la psychiatrie redevient une discipline MÉDICALE comme une autre.

« *Défendre la psychiatrie contre la santé mentale, c'est défendre les individus contre cet envahissement des TROUBLES, et proposer une possibilité de sens* », « *Si je ne suis plus que troubles et HANDICAPS, je n'existe plus que dans un écart par rapport à la norme SM. Je deviens l'objet d'évaluation* » (Jean Vignes).

La santé mentale est à la psychiatrie ce que la culture est à l'art : un intestin gestionnaire destiné à (di)GÉRER la folie au moindre coût.

Elle se développe du côté de la pulsion de mort, avec l'aide d'outils « techniques » pour évaluer et modifier les comportements sous l'apparence du libre choix.

C'est bien un appareil idéologique d'état à l'échelle mondiale qui s'appuie totalement sur les techniques du comportementalisme, base « scientifique-DSM » du néoconservatisme pourtant en échec.

Face à ses échecs, le sarkozysme cherche aujourd'hui à péna-

liser la souffrance psychique en transformant les psychiatres parfois avec leur complicité, en comptables, en évaluateurs, en matons ou en visiteurs médicaux, et à contrôler encore plus un système qui n'a jamais été autant étatisé qu'actuellement, ce qui n'est que formellement contradictoire avec sa privatisation même.

Santé mentale est un syntagme nominal pauvre, un concept monstrueux et sémantiquement flou inventé par l'OMS, et qui est un instrument de BIOPOUVOIR actif pour standardiser les comportements mondiaux du « bien-être » obligatoire, du Zimbabwe au Danemark.

Bref, nous sommes loin du sympathique Docteur Justice des années 70, car l'OMS est devenue le superflic sanitaire mondial chargé de vacciner tout le monde, insensible aux métaphores dictatoriales qu'il met ainsi en place.

La contre-réforme COUTY-OMS qui exige une loi de plus, alors que celles de 2002/03/04/05 et 2007 n'ont toujours pas publié tous leurs décrets d'application, manifeste clairement un retour aux dispensaires d'hygiène mentale d'avant le secteur, autre victime du projet avec la rupture instaurée de la continuité du soin, devenu un simple **niveau de proximité** des chaînes de prise en charge.

Avec un correctif formel qu'introduit la recommandation N° 3 : envisager la création d'un BUREAU DES USAGERS dans chaque établissement. En plus de les traiter comme alibi démocratique, on les bureaucratise...

« *La psychiatrie est un secteur primordial DE la santé publique* » ... dit madame de la Palice-Bachelot. Un génitif d'appartenance à interpréter comme *pas de place pour la psychiatrie en dehors de la S.M....* car la psychiatrie dans leur désir ne sera plus qu'un secteur marginal de la santé



publique et de son sous-produit, la SM.

Ce que confirme Édouard COUTY en janvier 2008 dans la lettre « joyeuse » qu'il envoie aux membres de SA commission en exergue de SON rapport sur « Missions et organisation de la santé mentale ET de la psychiatrie » (ouf, il avait bien failli l'OUBLIER, car le **plan SM 2005** coulant du Rapport Roelandt 2001 s'appelait encore Psychiatrie et santé mentale... l'inversion de l'ordre des signifiants est toujours un aveu) :

« Je propose de **CHOISIR l'approche santé mentale incluant le champ sanitaire mais également le médico-social et le social** ».

« Elle sera incluse dans le champ global de la santé publique », « elle sera un **VOLET** de la santé publique », « elle sera interministérielle » ... bref, elle sera digérée par le grand tout mou de la santé publique, vide de clinique.

La **psychiatrie-VOLET** adaptative sera **INCLUSE** comme supplément d'âme (englobée disait Roelandt), emprisonnée derrière des grilles d'évaluation, comme si elle était de la même **VALEUR** que le médico-social... réalisant le vieux rêve de son effacement clinique au profit de l'expertise émis par Roelandt dans son rapport à Kouchner « De la psychiatrie à la Santé Mentale - 2001, qui est d'ailleurs le titre même du paragraphe central du Rapport Couty... dont il convient de rappeler, que cet honorable directeur d'hôpital n'a aucune compétence en psychiatrie, car ce qu'on lui demande est de mettre en musique **gestionnaire** le Rapport Piel-Roelandt sans s'occuper de la clinique.

Un rapport de rapport, un plagiat paresseux du Plan santé mentale de 2005, qui contenait déjà tout ce que Couty va expliciter, mais pas inventer. Un festival d'approximations pragmatiques. La boucle bureaucratique est bouclée : il s'agit bien de **DÉPSYCHIATRISER la santé mentale**, de la **médicosocialiser** à l'heure où la loi sur Santé et Territoires intègre le médicosocial dans les ARS, où il deviendra l'alibi du sanitaire, et sa dernière roue financière.

Pour sourire tout de même, la toute première phrase du Rapport commence par cette formule biblique : *Selon l'OMS...* cet évangile de la santé publique.

Le gaullisme, c'est fini : de même que la France réintègre la structure archaïque de l'OTAN, elle se prosterne devant l'OMS mettant fin à l'exception médicale française qu'on nous enviait ... la psychiatrie française se fait manger par la santé mentale, fille cadette de la santé publique, fille aînée de l'anglosaxonne Organisation Mondiale de La Santé, centre de la stratégie mondiale de contrôle sur les corps, de biopsychopouvoir ...

Enfin, on se souvient des paroles de Sarkozy dans cette syntaxe qui fait

son charme « *fixant les axes d'une réforme de l'organisation de la psy* » :

---« **JE VEUX UN PARTENARIAT PLUS FORT ENTRE LA S.M ET LES STRUCTURES SOCIALES ET MÉDICO-SOCIALES, UNE VITALITÉ NOUVELLE (bling) DOIT PAR AILLEURS ÊTRE DONNÉE À LA RECHERCHE EN PSY (qui redevient une discipline neurologique) POUR RÉPONDRE AUX DÉFIS DE LA S.M DE DEMAIN** ».

Pauvreté de la rhétorique, avec l'accumulation des DÉFIS (mot-clé de la novlangue) à relever (c'est phallique, mais il ne le savent pas).

La santé mentale permet de surcroît de plier la psychiatrie à l'AGCS (Accord Général sur le Commerce des Services (publics) initié par l'OMC, qui marchandise et intègre au marché **CONCURRENTIEL** et sans entraves les conquêtes sociales des cent dernières années).

De petits pas en petits pas, le pouvoir s'attaque aux vieilles fonctions symboliques qui permettaient de maintenir du lien social et du travail de civilisation depuis le programme du Comité National de la Résistance.

La psychiatrie désaliéniste et le secteur, mais aussi la psychothérapie institutionnelle, sont visés par la gestionnisme obsessionnelle dans un grand bouillon anti-intellectuel vulgaire, vidée de l'approche clinique et du rêve.

Une fois de plus, nous montons dans le dernier wagon d'un train anglosaxon dont la loco conduite pendant huit ans par un **MASTER OF BUSINESS MANAGEMENT** DE Harvard (Bush) a fini par dérailler.

Le stade de non retour approche.

Il est encore temps de **désobéir...** de rester du côté de la vie, en fermant le **VOLET** sur la Nuit sécuritaire.

« Est-ce qu'enfermer les schizophrènes rassure les paranoïaques ? » (demande PESSIN dans un crobart paru dans le Monde ?)

Jean-Jacques Lottin

Schizophrène dangereux de Vaucluse, 2009.





Huguette Ferré

De la double contrainte comme politique déconstructive

Contribution à une philosophie du soin

1- Rappel historique

Nous allons introduire notre propos sur la psychiatrie et le pouvoir politique aujourd'hui en France par un bref rappel historique de notre discipline.

De tout temps, à toutes les époques, dans toutes les sociétés le fou a questionné ses contemporains.

Dans la plupart des sociétés dites « primitives » l'explication de la folie est dominée par le magique et le religieux, la possession par les mauvais esprits, les démons. Le chemin fait le lien entre le monde des vivants et monde des esprits.

En ce qui concerne l'histoire occidentale de l'antiquité, jusqu'à la fin de la renaissance, il persiste deux systèmes d'explication à la folie : d'une part la croyance magico-religieuse, d'autre part la vision de la folie comme maladie. Dans ce second registre, citons Hippocrate avec sa théorie humorale, Galien avec les tempéraments sanguins, flegmatiques, colériques, mélancoliques, et les théories de l'hystérie que l'on retrouve dès l'Égypte ancienne avec la migration de l'utérus.

À l'âge classique (17^e siècle), les autorités décident du grand renfermement. Depuis le XVI^e siècle les misères du temps, le chômage créent une population errante. La politique de l'époque est l'enfermement des pauvres par la création de l'hôpital général (1656). Les grandes villes se dotent d'hôpitaux, où on y trouve les mendiants, les déviants, les insensés. Le point d'achoppement est de discerner parmi les fauteurs de troubles, l'insensé du déviant. La société adopte une position ambivalente par rapport à l'insensé, position qui oscille entre la compassion et le rejet.

La naissance de la psychiatrie en tant que spécialité autonome se situe en fait à la fin du XVIII^e siècle. Philippe PINEL (né en 1745, décédé en 1836), Médecin à Bicêtre en 1793, Médecin-Chef de la Salpêtrière en 1795.

Selon FOUCAULT, la Psychiatrie n'est qu'un discours sur la folie.

Avec la création des asiles, le fou est enfermé, il n'a plus la place dans la société des hommes libres.

L'aliéniste s'adresse à la partie saine du moi pour appliquer le traitement moral, traitement institué dans une sorte d'apartheid.

L'internement est une véritable catégorie de l'Age classique. Le XVIII^e siècle a accompli cette grande coupure de la raison et de la déraison, dont l'internement n'est que l'expression institutionnelle et qui subsiste sous une autre forme dans notre philanthropie positiviste et médicale.

La folie n'existe que dans une société et par rapport à elle.

Son histoire à l'époque classique montre que le psychiatre a moins créé un chapitre de la pathologie qu'entériné des décisions, situations et pratiques qui le précédaient et qu'il cautionnait.

La loi de 1838 prévoit un asile dans chaque département.

Les traitements apportés au fou sont toujours à voir avec les idéologies des époques.

Pendant la 2^{ème} guerre mondiale, Lucien Bonnafé et François Tosquelles vont se rencontrer à St Alban. De leur vécu d'opposant au nazisme, de leur réflexion va naître le mouvement de la psychothérapie institutionnelle.

L'après-guerre est une période qui voit diminuer le rôle de l'hospitalisation et la création des structures extra-hospitalières, puis la création du secteur (1960).

2- Où en sommes-nous en ce début du XXI^e siècle ?

La chute des idéologies avec la chute du mur de Berlin a fait croire pour certains à la fin de l'histoire (Francis Fukuyama).

Le « monde libre » a triomphé avec son pendant le capitalisme. Durant les années 85 jusqu'à 2009, le capitalisme financier se déchaîne avec la mondialisation. Nous assistons à l'explosion des bulles informatiques, boursières immobi-

Psychiatre des Hôpitaux

Centre Hospitalier de Martigues – 3, boulevard des Rayettes – 13698 MARTIGUES Cedex – Tél. : 04.42.43.22.22 – Site Internet : www.ch-martigues.fr



lières. La dérégulation nous conduit à une crise financière et économique sans précédent. Dès lors avec la paupérisation, l'augmentation des exclus, il ne fait pas bon d'être fou.

Le fou, le schizophrène n'est pas rentable, « pas gérable ». Il n'est pas un bon adepte de cette société où règne en maître le profit, car lui il marche à côté ou au-dessus de « ses pompes ».

Les névrosés veulent y croire, ils font de leur mieux et certains sont fatigués de vouloir être à la hauteur, mais quelle hauteur au juste ? Ils s'effondrent, dépriment comme l'a très bien décrit Alain Ehrenberg dans « la fatigue d'être soi ».

L'idéologie économique envahit tous les champs au sens de Bourdieu.

Champs social, culturel, du langage : « Il faut gérer, on gère sa vie comme on gère une entreprise ».

L'hôpital doit être rentable.

Après la 2^{ème} guerre mondiale, un système de solidarité a été mis en place (sécurité sociale, régime de retraite, nationalisation). Il y eut les ordonnances de 1945. Or depuis une vingtaine d'années, nous assistons à la vente des bijoux de famille, par la privatisation des secteurs nationalisés.

« La libre concurrence doit régner, il faut laisser le marché s'autoréguler » est la phrase incantatoire magique que les experts économiques nous assènent et à laquelle nous finissons par croire.

Résultats :

- Licenciements même si l'entreprise fait des bénéfices pour augmenter la rémunération des actionnaires
- Chômage
- Précarité
- Exclusion
- Pauvreté

L'écart entre les riches et les pauvres n'a jamais été aussi grand. Les derniers chiffres le montrent, les plus pauvres en France perdent 10% de leur revenu, les riches dans le même temps augmentent leur richesse de 10%. L'écart entre le Nord et le Sud se creuse pareillement.

En tant que Praticiens Hospitaliers, nous avons en charge les gens du commun, les plus déshérités. Nos patients, avec leur AAH, sont au seuil de pauvreté.

J'ai exercé pendant quinze ans au CH de Montfavet, établissement vieux de 150 ans. Cet hôpital est emblématique de l'histoire asilaire et de la Psychiatrie.

Après la désinstitutionnalisation, avec la mise en place du secteur, j'ai pu observer un retour vers l'Hôpital. Tous les jours nous recevons, du bureau des entrées, des messages d'alerte, il n'y a plus de places d'hospitalisation en secteur ouvert et surtout en secteur fermé.

Dans le Vaucluse, on a l'impression que toute personne qui dérange atterrit à Montfavet.

Le Vaucluse est le département record du nombre de patients en congé d'essai de HO, en mai 2009, 64 personnes.

Nous sommes les cerbères de l'ordre public. Le Psychiatre devient alors cette figure ambivalente, soigner et enfermer. On lui reproche dans le même temps d'abuser de son pouvoir en gardant contre leur gré les patients, et d'être irresponsable en faisant sortir les fous dangereux (affaire de Grenoble suivie du discours d'Antony en Décembre 2008).

Dans notre société en crise, les soins aux malades mentaux évoluent du souci de la préservation de l'insertion sociale à l'enfermement. Le fou devient l'étranger au corps social l'Alien. La société a besoin de bouc émissaire comme mécanisme de défense. Pour cela, on peut construire des murs : le mur de Berlin, la ligne Maginot, le mur entre Israélien et Palestinien, on peut aussi enfermer dans les murs.

Dernièrement, au CH Montfavet, la direction a fait monter les murs plus hauts, couper les arbres autour des murs, enlever le mobilier non fixé...

En tant que Psychiatre hospitalier, héritier en quelque sorte des aliénistes, quelle position adopter ?

On peut choisir la position de l'illustre PINEL avec son surveillant PUSSIN en étant le garant des droits des patients. On s'inscrit là dans le lien des mythes fondateurs de la Psychiatrie.

On peut le plus souvent collaborer avec le pouvoir sous le couvert d'être expert. Cette position semble être des plus fréquentes et combien humaine.

Résister, s'opposer est toujours vécu comme dangereux et difficile.

Notre place de médecin Psychiatre fait que de toute façon nous appartenons aux classes sociales aisées, à la bourgeoisie. Je sais que depuis la chute du mur de Berlin, il n'y a plus de lutte des classes et Marx est passé aux oubliettes... mais il s'agit encore... Avec BOURDIEU, nous dirons que le Psychiatre a « l'habitus » de son milieu et le pouvoir de son champ. Il se pose en maître, celui qui sait face au patient.

La psychanalyse est, elle aussi, passée de mode, au profit des TCC et de la psychoéducation. Nous n'avons plus d'inconscient. Le Psychiatre devient un auxiliaire de justice. L'ordre doit régner.

Chacun a une place, on fera le tri comme au temps du grand renfermement. Les prisonniers sont en HO-D348 dans les hôpitaux. Les malades mentaux sont dans les prisons.

Le 25 février 2008, la loi relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental est promulguée. Dorénavant les criminels atteints de troubles mentaux seront non seulement passibles d'un « procès », mais ils pourront être maintenus en prison en dehors de toute infraction, sur la seule base de leur **dangerosité potentielle**.

La justice et la psychiatrie entretiennent des rapports nouveaux, inquiétants, ambivalents par la notion de dangerosité.

Nous avons assisté à deux siècles de cohabitation entre la psychiatrie et la justice. Le partage se voulait clair, aux déments irresponsables l'asile, aux criminels jugés responsables la prison.

Les tribunaux reconnaissent de moins en moins l'irresponsabilité pénale. Selon une enquête de 2004, dans les prisons

françaises 20 à 25 % des prisonniers peuvent être considérés comme psychotiques.

Dans le même temps, dans les hôpitaux, on augmente les places en secteur fermé, on attribue des budgets pour sécuriser les lieux (clôture, mur surélevé...). Il ne faut pas que le fou en HO, donc susceptible d'être dangereux, ne s'échappe. Aujourd'hui, le premier objectif fixé à la psychiatrie n'est plus de soigner, mais de détecter et de se prémunir des individus dangereux.

La mission de défense sociale -protéger la société du fou- prend alors le dessus sur sa mission thérapeutique.

Je peins un tableau noir, je crache dans la soupe. Mais non, nous faisons ce que nous pouvons. Nous essayons d'entendre la parole du patient, de garder sa subjectivité. De toute façon, à l'heure actuelle nous sommes tous des bipolaires. Le Psychiatre, lui aussi, est eseuilé, pris en sandwich entre l'administration tatillonne, la société apeurée et l'idéal de son désir de soin.

Il est alors **pris dans un système de double contrainte**.

- La double contrainte selon la théorie systémique
- La judiciarisation de la Psychiatrie
- Le double discours politique : médicaments non utilisés
- Les réformes aboutissent à la déconstruction de la cohérence du secteur dans le but de diminuer les coûts, de contrôler les individus (société disciplinaire hygiénisme)

Notre attitude oscille entre la résistance névrotique, la collaboration voire le passage à l'acte psychopathique...

Bibliographie

Pierre BAUDIEU, Son œuvre, son héritage, Editions Sciences humaines, 2008.

Martin LEGROS, Faut-il juger les fous ?, Philosophie magazine, numéro 30, juin 2009.

Pierre PICHOT, Un siècle de Psychiatrie, Editions Roger Dacosta, Juin 1983.

Salim MOKADDEM, Foucault, Une vie philosophique, Théétète Editions, 2004.

Michel FOUCAULT, Histoire de la folie à l'âge classique, Editions Gallimot, octobre 1991.

Centre Hospitalier CHARCOT, Histoire de la Psychiatrie, Site internet <http://www.ch-charcot86.fr>

OPINION

Cette rubrique, qui recueille des écrits dont les thèses développées n'engagent que leurs auteurs, accueille pour la seconde fois Jean Gabard. La première fois c'était fin 2007 dans le N°50. Son métier d'enseignant en fait un critique militant de l'idéologie féministe devenue dominante, qu'il avait partagée auparavant. Cette fois ci, il dénonce les méfaits de la négation de la différence des sexes, laquelle différence pourtant représente la loi, le manque, la limite et la castration.

Jean Gabard est entré en contact avec Psy Cause via notre site internet en 2007 sur lequel notre revue est gratuitement en ligne avec un temps de retard afin de privilégier le support papier. Cet auteur, par ailleurs conférencier, revient vers nous deux années plus tard. Après l'« évaporation de l'homme » en 2007, il nous invite à rencontrer en 2009 « l'homme féministe ».



Amour et Psyché, Florence.



Jean Gabard

L'homme féministe !

Les hommes de la société patriarcale traditionnelle ont montré leurs limites. En s'assimilant à leur fonction de père, ils faisaient davantage preuve d'autoritarisme que d'autorité. Pour se maintenir au pouvoir, ils cautionnaient une société antidémocratique, sexiste, qui n'est plus acceptable aujourd'hui.

Dès le XVI^{ème} siècle, en remettant en cause l'origine divine de toute autorité sur terre, les humanistes ont ouvert la voie à la contestation qui allait entraîner la libéralisation et la démocratisation de la société. Cette révolution a abouti, depuis une trentaine d'années, à un total désaveu de « l'ancien régime »...

Ainsi, les hommes des pays occidentaux développés, dans leur grande majorité, affirment-ils leur soutien à la lutte pour l'égalité hommes-femmes et adoptent des rôles totalement opposés à ceux de leurs prédécesseurs.

La vie de ces « hommes nouveaux » n'est pourtant pas toujours « un long fleuve tranquille », si l'on se réfère aux nombreux débats, colloques, congrès, qui s'interrogent sur l'identité masculine quand ce n'est pas sur la crise du masculin ou sur la faillite des pères.

Alors, s'il y a une crise, quelle est-elle ? Comment l'expliquer ? Et quelles voies adopter pour sortir de l'ornière ?

Nous intéressants aux hommes dits « nouveaux », nous n'aborderons pas les problèmes des hommes qui refusent la démocratie, ni le malaise de ceux qui voudraient l'accepter mais qui sont encore trop englués dans des mentalités rétrogrades.

Nous traiterons par contre un sujet qui pourrait être à l'origine des difficultés que peuvent rencontrer de nombreux hommes et donc aussi de nombreuses femmes, de nombreux pères et de nombreuses mères, de nombreux garçons et de nombreuses filles : il s'agit de la dénégarion de la différence des sexes.

Pourquoi la dénégarion de la différence des sexes ?

Personne ne nie les inégalités physiologiques, biologiques. Nous vivons cependant dans une société, qui parce qu'il y a eu et qu'il y a encore une construction sociale sexiste, réagit à juste titre contre celle-ci, mais réagit tellement qu'elle en vient à attribuer toutes les différences à ce modelage et donc à les trouver toutes injustes. Sont totalement oubliées les différences de structuration du psychisme indépendantes de l'éducation. Certes, de très nombreux chercheurs refusent de considérer cette « psychogénèse », parce qu'elle ne peut pas être prouvée. Effectivement l'évolution de notre inconscient ne peut être vérifiée, mais comme le dirait Karl Popper, ce n'est pas la vérification empirique mais la réfutation empirique qui constitue le critère distinctif d'une science. Et il n'y a toujours pas de réfutation empirique de cette genèse du psychisme ! Alors, avant de lui substituer la seule construction sociale, sans davantage de preuves, pour expliquer toutes les différences, ne pourrions-nous pas, dans ce domaine aussi, appliquer le principe de précaution ?

La subite rigueur scientifique des détracteurs de cette psychogénèse est d'autant plus étonnante qu'ils sont souvent les premiers à railler le rationalisme attribué aux mâles dominants et qu'ils n'hésitent pas à privilégier l'intuition, à suivre des courants new-âge, mystiques ou ésotériques, à s'adonner à l'astrologie, à la psycho-généalogie et même à la « karmathérapie » qui ne sont pourtant pas des sciences exactes. Étonnant enfin de les voir rejeter avec autant de conviction les théories certes imparfaites de Freud et d'un autre côté accorder autant d'intérêt aux travaux plus qu'approximatifs d'un Jung ou d'un Reich.

La dénégarion de la différence des sexes et la culpabilisation de l'homme

Elisabeth Badinter reconnaît elle-même qu'il y aurait « *un privilège à naître d'un ventre du même sexe* »¹. Nous ne jugerons pas, comme Elisabeth Badinter ose le faire, s'il

Professeur d'Histoire et de Géographie, formé en psychogénèse
Thorée, 42520 Maclas
<http://www.jeangabard.com> – <http://blogdejeangabard.hautetfort.com/>
Auteur de « *Le Féminisme et ses dérives – Du mâle dominant au père contesté* », Les Editions de Paris, 2006.

1. Elisabeth Badinter, *XY De l'identité masculine*, Odile Jacob, 1992.



s'agit de privilège ou de handicap, mais le fait de naître d'une femme entraînerait bien des différences chez les petits garçons et chez les petites filles ! En effet, tout enfant semble s'identifier d'abord à sa maman, à celle avec qui il a cru ne faire qu'un et qu'il a perçue comme une divinité toute-puissante. Comment nier alors, pour le petit garçon qui réalise qu'il n'est pas du même sexe que sa maman et donc qu'il ne pourra plus devenir comme elle, que ce soit une castration terrible ? Comment ne pas trouver logique que celui-ci ait besoin de refouler sa souffrance et pour cela d'inférioriser ce qu'il ne pourra plus jamais devenir. Comment nier que ce petit garçon, devant renoncer à la toute-puissance, ait besoin de trouver une compensation dans la quête d'action et de pouvoir, pour à la fois se différencier et plaire à celle qui continue à le sidérer ? Comment nier que les humains restent fascinés toute leur vie par « *La femme* », par cette femme fantasmée qui comme le dit Lacan, certes « *n'existe pas* » dans la réalité mais qui est bien présente dans l'inconscient de tout humain, homme ou femme ? C'est pourtant ce qui est fait avec l'égalitarisme utopique qui caractérise notre société adolescente. Une société qui pour mieux réagir contre la domination masculine et assouvir des rêves d'égalité (et non plus d'égalité en droits), a tendance à attribuer aux hommes la responsabilité de toutes les injustices de la terre et à lui imposer le lourd héritage de devoir réparer. C'est ainsi que pour certains, ces hommes auraient l'obligation de déconstruire leur masculinité qui serait totalement pervertie. Il est intéressant de noter quand même que la féminité résulte de cette même construction sexiste destinée à renforcer la phallocratie, s'en sort plutôt bien. Alors que, aujourd'hui, les défauts à corriger sont ceux qui étaient traditionnellement liés à la

masculinité (la distance, la force, la froideur, la rigueur, le contrôle de soi, la raison), les caractères qui apparaissent aujourd'hui comme de grandes qualités et que, hommes et femmes doivent cultiver sont, comme par hasard, ceux qui ont été liés au féminin : la proximité, la douceur, la sensibilité, la spontanéité, le lâcher prise, la passion etc... Et les femmes auraient plus de facilités à les développer que les hommes ! Elisabeth Badinter n'en fait pas mystère : « *il sera toujours un peu plus long et un peu plus difficile de faire un homme qu'une femme* »². L'homme serait un peu lent. Ayant perdu du temps à cultiver son mauvais côté : la masculinité, et ayant négligé le bon : la féminité, il serait toujours en retard, ne serait pas vraiment « fini ». Mais tout ne serait pas perdu pour les hommes : ils pourraient encore se soigner et guérir. Elisabeth Badinter le prévoit d'ailleurs et intitule l'introduction de la deuxième partie de son livre « *XY De l'identité masculine* » : « *Vers la guérison de l'homme malade* »³ !

Alors qu'il est de plus en plus demandé aux hommes, et à juste titre, de tenir compte des spécificités des femmes sans les inférioriser, la différence de l'homme n'est plus respectée. Pouvant être soignée, elle devient la responsabilité du malade et n'est plus

prise en compte. De même que le macho se donne tous les droits face à la femme qu'il culpabilise pour sa fragilité, c'est aujourd'hui la femme « libérée » qui peut tout se permettre en renvoyant l'homme, non pas à son infériorité, il faut rester politiquement correct, mais à sa « mauvaise éducation » ou à sa « maladie ».

Il n'est pourtant pas question de se laisser aller à ce qu'Anne Zelenski appelle une « *complainte de mâle barré* »⁴. La déniégation de la différence des sexes ne serait d'ailleurs pas si grave si elle n'entraînait qu'une culpabilisation de l'homme, mais les conséquences sont beaucoup plus dramatiques quand il s'agit de l'éducation des enfants.

La déniégation de la différence des sexes et l'éducation des enfants

L'éducation des enfants a en effet subi un énorme bouleversement ces cinquante dernières années. Les fonctions éducatives ayant souvent été mal jouées, deviennent, comme les tâches ménagères, des tâches interchangeables. La complémentarité dans le couple parental n'apparaît plus aussi évidente : une personne peut alors avoir l'impression de se suffire à elle-même. L'autre, risque de s'effacer ou d'être évincée.

Un ménage sur deux se sépare laissant des enfants sans maman ou le plus souvent sans papa. Et même s'il n'éclate pas, il n'y a souvent plus de place dans le nouveau couple parental pour les fonctions symboliques de père et de mère.

2. Elisabeth Badinter, *op. cit.*

3. Elisabeth Badinter, *op. cit.*

4. Anne Zelenski, *La complainte du mâle barré*, Risposte Laïque, 24 janvier 2008.



Si l'homme et la femme ne semblent pas toujours réaliser ce qu'ils perdent, persuadés de s'être libérés de trop vieux carcans, les conséquences sont par contre plus visibles pour des enfants que l'on dit de plus en plus « rois », « sans père et sans repères ». En effet, le petit enfant a naturellement envie de sa maman, de n'écouter qu'elle, pour lui plaire et continuer de fusionner avec elle. S'il ne perçoit pas dans l'attitude, dans les paroles de sa maman qu'elle écoute un homme, et donc qu'elle est manquante, l'enfant continuera de la rêver toute-puissante et de la considérer comme son unique référence. L'homme peut alors tenir le rôle de papa donnant de l'affection, mais sa parole ne sera pas écoutée et il n'aura pas d'autorité. Ceci ne gênerait pas l'enfant, si la maman pouvait, seule, lui faire intégrer les limites. Mais ceci risque d'être difficile ! Et ceci n'est pas dû à une quelconque infériorité de la femme, comme voudraient nous le faire croire les machos.

S'il doit y avoir égalité en droits entre les hommes et les femmes, il n'y a pas égalité. En effet, comment voulez-vous qu'un enfant puisse intégrer des limites si celles-ci viennent d'une personne censée ne pas en avoir, puisque perçue toute-puissante ? L'enfant peut, certes, obéir à sa maman, mais ce sera pour lui faire plaisir et ne pas la perdre. A aucun moment il n'est question pour lui de règle à intégrer. Il n'obéit pas à la loi mais cède à ce qui est pour lui un chantage affectif. Au contraire il va chercher à imiter sa maman, à être comme il la voit : dans la toute-puissance, en dehors des limites. C'est ainsi que l'autorité paternelle n'est pas devenue, comme on le croit, une autorité parentale, ni même une autorité maternelle, mais « **une autorité pas rentable** » !

Cette « évaporation de l'homme »⁵ (5) et de l'autorité engendre des enfants incapables d'assumer la frustration, incapables de se structurer, incapables de suivre la moindre règle et donc d'apprendre à l'école et de bien vivre en société.

Elle donne aussi des garçons sans véritable modèle masculin. En mal d'identité et pour se prouver qu'ils sont des hommes, nombreux sont ceux qui adoptent des conduites à risques ou s'inventent des rôles d'hommes totalement caricaturaux. Ainsi, alors qu'il était escompté « un homme réconcilié » d'une éducation moderne débarrassée de la violence des mâles et de la rigueur des pères, notre société post soixante-huitarde accouche de nouveaux machos totalement « hors la loi », encore plus déroutants que pouvaient l'être les anciens qui étaient malgré tout cadrés.

Culpabilisation de l'homme, pour ne pas dire diabolisation ! Fabrication d'enfants-rois, sans pères, sans repères, hors la loi ! En voulant créer cet « homme nouveau » et en quelque sorte s'approcher de l'unité de sexe, ne risquons-nous pas, comme ceux qui recherchaient

l'unité de race ou l'unité de classe, de verser dans l'utopie totalitaire et la confusion ? Ne sommes-nous pas déjà un peu dans l'indifférence... ? Alors, n'y aurait-il pas d'autres voies ?

Une différence des sexes à assumer et gérer

Sommes-nous obligés, parce que la société patriarcale traditionnelle a été sexiste, de verser aujourd'hui dans un égalitarisme utopique aux conséquences inquiétantes ? Sommes-nous obligés, parce que la différence des sexes a été utilisée et accentuée pour bâillonner les femmes, de ne plus la prendre en compte aujourd'hui ? Sommes-nous obligés, parce que les mâles se sont identifiés à leurs tendances masculines et les ont surévaluées, d'idéaliser aujourd'hui les tendances inverses ?

Nos tendances qui dépendent d'une structuration inconsciente, ne peuvent être « bonnes » ou « mauvaises ». C'est ce que nous en faisons dans la relation qui pourra éventuellement être jugé positif ou négatif. Il ne s'agit donc en aucune façon de s'identifier à nos tendances, qu'elles soient masculines ou féminines, mais il ne s'agit pas non plus de chercher désespérément à les modifier. Si les résultats peuvent être différents suivant que le masculin et le féminin sont, à tort, portés aux nues ou dévalorisés, Il n'y a pas eu pour autant de métamorphose du féminin et il ne faut pas davantage attendre une métamorphose du masculin. Nous ne pouvons que chercher à les connaître et à les assumer pour pouvoir les gérer le mieux possible.

La différence des sexes représente la loi, le manque, la limite, la castration, notre non toute-puissance. Pour devenir adulte, il nous faut l'intégrer, pour vivre avec, retrouver des règles et les adapter à notre temps. Il nous faut surtout, parce que nos enfants nous le demandent, essayer de jouer sérieusement et sans se prendre au sérieux, les partitions différentes que sont les fonctions symboliques de mère et de père. Il en naîtra peut-être des enfants plus solides et des couples plus heureux.

5. Jean Gabard, *L'évaporation de l'homme*, Risposte Laïque, 24 janvier 2008.

HORIZONS

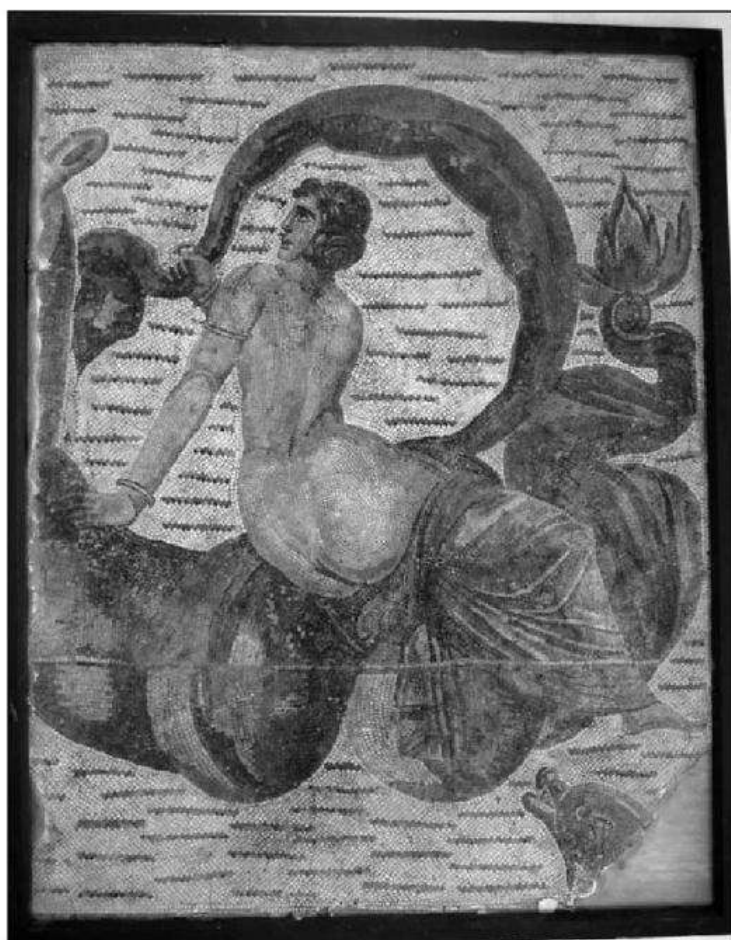
Dans cette rubrique consacrée aux articles adressés par nos correspondants étrangers, nous avons regroupé dans ce numéro, trois articles tunisiens. La prochaine fois, nous regrouperons des textes en provenance de l'Afrique subsaharienne. Cet espace est donc spécifique de la dynamique francophone de Psy Cause.

Le premier texte étudie les troubles sexuels dans la schizophrénie, lesquels sont largement sous estimés, tout en s'efforçant de distinguer l'effet de la maladie de ce qui est induit par les neuroleptiques.

Le second texte propose d'articuler la dynamique du délire et avec la spécificité de la culture maghrébine. Ainsi la prévalence des hallucinations auditives pourrait avoir une corrélation avec une langue arabe qui est par excellence la langue du Coran, c'est-à-dire d'une révélation par la parole au prophète Mahomet.

Le troisième texte tente de mettre en évidence les facteurs prédictifs de récurrence suicidaire, problème concret très présent en milieu hospitalier.

Ces trois articles nous viennent de l'hôpital Razi à Tunis.



Mosaïque romaine, musée de Carthage.



Olfa Dakhlaoui

Auteurs : Olfa Dakhlaoui, Wissal Cherif,
Fakhreddine Haffani

Schizophrénie et troubles sexuels : à propos d'une étude descriptive sur 37 patients

Résumé

Nous nous sommes proposés dans ce travail de relever la prévalence des troubles sexuels chez les patients schizophrènes, de préciser leurs caractéristiques et leurs répercussions sur le vécu du patient, sa compliance thérapeutique et sa vie de couple.

Nous avons mené une étude transversale auprès de 37 consultants hommes au service de psychiatrie E, de l'hôpital Razi de Tunis, atteints de schizophrénie selon le DSM IV et en phase de stabilisation.

Il est ressorti de notre travail que 48,2% des patients présentaient un dysfonctionnement sexuel. Il s'agissait d'un dysfonctionnement érectile dans 55,5% des cas, d'une diminution de la libido dans 33,3% des cas et d'un trouble de l'éjaculation dans 11,2% des cas.

Ces troubles n'étaient rapportés spontanément que par 17 % des patients. Tous les patients étaient sous traitement antipsychotique au moment de l'étude.

La présence d'un dysfonctionnement sexuel était perçue comme une gêne moyenne à importante dans la grande majorité des cas et source d'agressivité intraconjugale.

Ce trouble était la cause d'un arrêt temporaire de traitement pour 19% des patients.

Ainsi, les dysfonctions sexuelles chez le patient schizophrène sont fréquentes, probablement sous-évaluées, et leurs répercussions sont non négligeables non seulement sur l'observance thérapeutique, mais également en terme de qualité de vie des patients et de relation de couple.

Introduction

La schizophrénie fait partie des maladies psychiatriques les plus sévères tant sur le plan de la morbidité que celui de l'insertion sociale et des relations interpersonnelles.

Ceci n'empêche que les patients atteints de cette pathologie sont, dans la majorité des cas, sexuellement actifs mais leur représentation de la sexualité, les fantasmes qui l'entourent et les comportements qui la soutiennent sont différents (19). Cette sexualité est également distincte par un taux de dysfonction sexuelle supérieur à la population générale (18).

Devant les progrès réalisés dans le domaine de la prise en charge de la schizophrénie, notamment en matière de pharmacothérapie, l'abord des questions de la qualité de

vie et de la sexualité de ces patients devient de plus en plus légitime.

Néanmoins, le lien entre schizophrénie, sexualité et antipsychotique est complexe: d'une part les antipsychotiques améliorent certains aspects du comportement sexuel des patients schizophrènes en agissant sur les symptômes propres de la maladie, d'autre part certains dysfonctionnements sexuels apparaissent comme un possible effet secondaire de ce type de molécules et sont considérés comme source de souffrance et de handicap égalant les symptômes de la schizophrénie (4, 11).

Alors que l'activité et la satisfaction sexuelle contribuent de manière importante à la qualité de vie du sujet, peu de travaux se sont attachés à étudier ces comportements chez les patients atteints de schizophrénie (12).

Nous nous sommes proposés dans ce travail, de nous pencher de plus près sur cette question, afin de relever la prévalence des troubles sexuels chez les patients schizophrènes, de préciser leurs caractéristiques et leurs répercussions sur le vécu du patient, sa compliance thérapeutique et sa vie de couple.

Olfa Dakhlaoui : Assistante hospitalo-universitaire, Service de psychiatrie E

Wissal Cherif : Résidente en psychiatrie

Fakhreddine Haffani : Professeur, chef de service de psychiatrie E

Correspondance : Olfa Dakhlaoui : Assistante hospitalo-universitaire, Service de psychiatrie « E », Hôpital RAZI, Manouba, 2010 Tunisie.

Tel : 24 70 66 86, 98344 760 – E-mail : olfa.dakhlaoui@rns.tn

Matériel et méthodes

Nous avons mené une étude transversale descriptive auprès de patients ayant consulté à la post-cure du service de psychiatrie «E» de l'hôpital Razi de Tunis entre le 1^{er} mars et le 30 avril 2008.

Nous avons inclus tous les patients, de sexe masculin, suivis pour une schizophrénie (selon les critères du DSM IV) et qui étaient en phase de stabilisation.

Nous avons relevé, à travers un hétéro questionnaire posé en langue arabe dialectale, les caractéristiques sociodémographiques, les habitudes et les antécédents personnels de ces patients. Nous avons étudié les caractéristiques cliniques (âge de début et durée d'évolution de la maladie schizophrénique, fréquence et type des dysfonctionnements sexuels et leur retentissement) ainsi que les traitements reçus.

La saisie des données et l'analyse descriptive ont été réalisées à l'aide du logiciel Excel.

Résultats

Profil socio-démographique

Notre population était composée de 37 patients de sexe masculin.

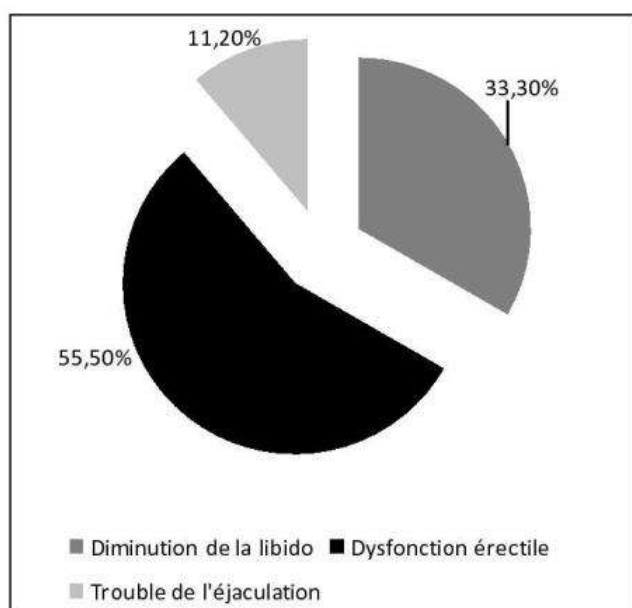
La moyenne d'âge était de 45 ans (minimum de 19 ans et maximum de 72 ans)

La majorité était célibataire (62 %), de niveau socio-économique bas (76 %) et au chômage (78 %).

Ce profil est lié au recrutement de notre hôpital, qui draine en grande partie les milieux défavorisés.

Habitudes toxiques et antécédents personnels

90 % de nos patients fumaient, avec une moyenne de 30 PA et 24,2 % consommaient de l'alcool occasionnellement. Tous les sujets n'avaient pas d'antécédents médicaux, et 10,5% avaient des antécédents de chirurgie abdominale.



1. Nature du trouble sexuel actuel.

Histoire clinique et thérapeutique de la maladie schizophrénique

L'âge moyen de début de la maladie était de 23 ans avec une durée moyenne d'évolution de 22 ans.

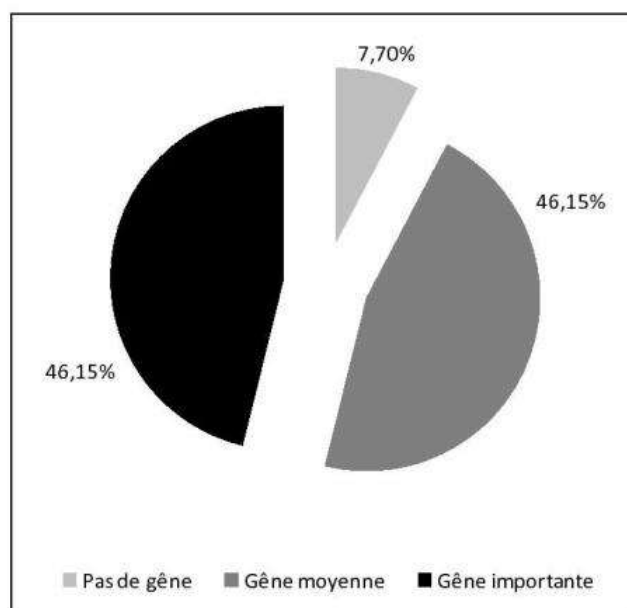
Les traitements reçus étaient essentiellement des antipsychotiques classiques (91 %), et le traitement au moment de l'étude était un neuroleptique retard pour 69% des patients, un neuroleptique oral dans 17 % des cas et une association des deux pour 14% des patients.

Caractéristiques du dysfonctionnement sexuel

- **Fréquence et nature du trouble sexuel actuel** : près de la moitié des patients (48,2 %) présentait un trouble sexuel au moment de l'étude. Il s'agissait dans plus d'un cas sur deux d'un dysfonctionnement érectile. (Fig 1)
Ces troubles n'étaient rapportés spontanément que dans 17 % des cas.
- **L'âge moyen du patient au moment de l'apparition du trouble sexuel** était de 35,5 ans. L'installation du trouble était *progressive* pour 85% des patients.
- **La pathologie psychiatrique a précédé le dysfonctionnement sexuel** dans 84,7 % des cas.
- **Le trouble sexuel était imputable au traitement psychotrope** selon 72,7% des patients.
- **La durée de la prise médicamenteuse avant l'apparition du trouble** était en moyenne de un an, avec des extrêmes allant d'un jour à 30 ans.
- **Son évolution** était constante pour 69% des patients et épisodique pour le reste.

Répercussions du dysfonctionnement sexuel

- **Sur le vécu du patient** : parmi les patients qui présentaient un dysfonctionnement sexuel, seulement 7,7 % ne présentaient pas de gêne vis-à-vis de leur trouble. (Fig 2)



2. Vécu des patients vis-à-vis de leurs troubles sexuels.

- **Sur la compliance au traitement psychotrope** : ce trouble était la cause d'un arrêt temporaire du traitement chez le cinquième des patients (19 %).
 - **Sur la vie de couple** : le partenaire acceptait mal ce trouble dans 60 % des cas, 40 % rapportaient un évitement des rapports et 20 % une agressivité conjugale.
- 40% des patients souffrant d'un dysfonctionnement sexuel présentaient une stérilité primaire ou secondaire.

Discussion

Nous nous sommes proposés d'évaluer la prévalence ponctuelle des troubles sexuels chez une population de schizophrènes, de préciser leur nature, leurs caractéristiques ainsi que leurs répercussions sur le patient et sa vie de couple.

Il est ressorti de ce travail que 48,2 % des patients avaient un dysfonctionnement sexuel; il était de type érectile dans la majorité des cas. Le trouble n'était rapporté spontanément que dans près d'un tiers des cas.

Le trouble sexuel était secondaire à la pathologie schizophrénique chez 84,7 % des patients, dont 72,7 % l'avaient perçu comme étant imputable au traitement psychotrope. Des répercussions négatives ont été relevées tant sur le plan individuel que relationnel.

Prévalence du trouble sexuel

Notre travail a montré une fréquence élevée de troubles sexuels parmi les patients atteints de schizophrénie (près d'un sujet sur deux). Une étude récente signale que les dysfonctionnements sexuels sont plus importants chez les patients schizophrènes que dans la population générale. En effet, 82 % des hommes et 96 % des femmes schizophrènes rapportent au moins un dysfonctionnement sexuel (18).

Ces troubles sexuels sont universels, comme le montre Dossenbach (2005) qui a suivi dans 27 pays une cohorte de 7655 patients schizophrènes. Les résultats montrent que les troubles sexuels affectent 50 % des schizophrènes (aussi bien les hommes que les femmes), que leur prévalence varie significativement selon les régions et que les psychiatres les sous-estiment (7).

À l'opposé, une étude contradictoire (Verhulst 1981) souligne que l'incidence des troubles sexuels chez les patients schizophrènes n'est pas différente de celle de la population générale et que les problèmes sexuels sont dus au manque d'adaptation sociale et à la mauvaise représentation de ce que peut être leur sexualité dans la société actuelle bien plus qu'une structure spécifique appartenant à la schizophrénie (19). Cependant et malgré leur taux élevé, les dysfonctionnements sexuels des patients schizophrènes sont probablement sous diagnostiqués et leur fréquence est sous-estimée (18).

En effet, et selon certaines études, les patients rapportent spontanément des troubles sexuels dans 3 à 33 % des cas alors que ce pourcentage s'élève à 58- 96 % si la question est posée par le médecin (13).

Ceci va dans le sens de notre étude, où 17 % de nos patients ont signalé spontanément des troubles sexuels, ce taux a été approximativement multiplié par trois quand la question

leur a été posée (48 %).

Dans le même ordre d'idées, une étude réalisée en 1991 auprès de 68 psychiatres américains a montré que seulement 10 % demandent à leurs patients s'ils ont des effets secondaires médicamenteux d'ordre sexuel et 2/3 des médecins informent rarement ou jamais leurs patients de cette éventualité (16).

Plusieurs arguments peuvent expliquer ce manque d'informations: difficulté des patients à en parler, gêne des médecins à aborder ce sujet, ou encore absence d'outil adéquat d'évaluation des comportements sexuels.

Nature du trouble sexuel

Les différentes modifications du comportement sexuel peuvent porter sur le désir, la stimulation, l'activité sexuelle et l'orgasme (18).

Les hommes rapportent entre autres, des troubles concernant l'érection et l'éjaculation ainsi qu'une diminution du désir (10).

Dans notre étude, les troubles sexuels présentés par nos patients sont selon un ordre de fréquence décroissant: le dysfonctionnement érectile, les troubles du désir, et les troubles de l'éjaculation. Cet ordre diffère légèrement de celui des autres études qui placent en général la diminution de la libido en premier lieu et qui distinguent la nature des troubles en fonction de la prise ou non d'un traitement antipsychotique.

Cette divergence peut être expliquée par la disparité de la méthodologie empruntée par les divers auteurs notamment l'absence d'un questionnaire unique et structuré et par le fait que tous nos patients aient été déjà sous traitement antipsychotique lors de l'évaluation.

Le trouble le plus allégué dans notre échantillon est le dysfonctionnement érectile (55,5%).

Selon Nestoros, ils sont 12 % de schizophrènes avant et 42 % après le début de la maladie à se plaindre de troubles érectiles, pour ceux qui ont une vie de couple. Ces taux ont une tendance nette à l'augmentation avec l'âge (19).

L'âge relativement avancé de notre échantillon (une moyenne de 45 ans) joue probablement un rôle important dans la prédominance de ce trouble puisque c'est à cet âge que la dysfonction érectile commence à se faire entendre.

Parmi les sujets ayant un trouble sexuel, le tiers présentait une diminution de la libido.

Ce résultat est proche de celui retrouvé par Nestoros dans son étude en 1980 où 34 % des schizophrènes rapportaient un manque de désir sexuel au cours de l'année passée (0 % des sujets témoins) (19).

Par ailleurs, nous avons relevé 11,2 % de trouble de l'éjaculation sans spécification du type. Selon ce même auteur, l'éjaculation précoce serait un trouble sexuel assez peu observé chez les schizophrènes alors que 10 % se plaignent d'un retard d'éjaculation et 32 % ont déjà souffert d'anéjaculation (19).

Ces troubles sont majoritairement perçus comme secondaires à la pathologie psychiatrique et particulièrement au traitement neuroleptique.

Liens entre schizophrénie, antipsychotiques et troubles sexuels

La relation entre la schizophrénie et le comportement sexuel est complexe (4, 11).

Il est souvent difficile de différencier les effets de la maladie, de ceux du traitement ou encore de l'interaction des deux sur le comportement sexuel (2, 5).

Schizophrénie et troubles sexuels

Certaines modifications du comportement sexuel chez le patient schizophrène pourraient être liées à un manque d'intérêt pour l'activité sexuelle; ceci étant du à un faible degré de compétence sociale, au manque d'expérience de relations sexuelles et au fort taux de célibataires (11).

De plus, certains symptômes (hallucinations, délire) pourraient affecter l'activité sexuelle du patient schizophrène (4, 15).

Selon certains auteurs, la sexualité des schizophrènes présente une nette tendance à l'appauvrissement; l'intérêt pour la sexualité, les rapports sexuels et la satisfaction sexuelle est moindre et décline encore avec l'âge, et ce, indépendamment de toute prise d'antipsychotiques (19).

Stekel (1977) parle d'une « impuissance libidinale », Rado (1956) pose l'hypothèse de l'existence d'une « anhédonie biologiquement déterminée et témoigne pour les schizophrènes de l'impossibilité d'intégrer la notion d'expérience – plaisir » et Darves-Bornoz évoque « l'apragmatisme sexuel » (19).

Pour d'autres auteurs, le manque de désir sexuel est croissant au cours de l'évolution de la maladie et se stabilise par la suite, dans le même temps que la maladie se chronicise (19).

Une étude comparant les comportements sexuels de sujets schizophrènes non traités à des témoins a trouvé une fréquence plus importante de la masturbation, de certains dysfonctionnements sexuels (absence d'érection ou éjaculation prématurée) ainsi qu'une diminution du désir chez les schizophrènes (3).

Une étude autre comparant les dysfonctions sexuelles entre les schizophrènes de sexe masculin traités et non traités à une population témoin a mis en évidence pour les deux groupes de patients, en comparaison aux contrôles, une diminution du désir, une activité masturbatoire plus importante et des troubles de l'érection. En revanche, le délai d'abstinence au bout duquel le manque était ressenti était plus long chez les patients schizophrènes (18).

Dans notre travail, le trouble sexuel était antérieur à la pathologie schizophrénique (au moment de son diagnostic et de sa prise en charge psychiatrique) chez 15,3 % des patients. Ceci correspondrait en partie, aux troubles sexuels liés à la maladie schizophrénique et non induits par le traitement.

Etant donné que tous nos patients étaient sous antipsychotiques au moment de l'étude, la distinction reste difficile quant à l'origine de ces troubles.

Antipsychotiques et troubles sexuels

Les effets secondaires d'ordre sexuel des antipsychotiques sont mal connus (5).

Leur action sur les comportements sexuels serait large et toucherait à la fois le désir, l'érection, l'éjaculation, et l'orgasme (4, 11).

Ces effets peuvent être de nature directe ou indirecte: Les effets directs sont caractérisés par une interaction spécifique avec les mécanismes impliqués dans les phases de la réponse sexuelle. Quant aux effets indirects sur la sexualité, ils sont multiples et peuvent aller d'une simple sécheresse de la peau jusqu'à des perturbations neurologiques agissant sur les fonctions motrices.

Ces modifications sont d'autant plus importantes à identifier et à connaître qu'elles peuvent avoir une influence sur la compliance au traitement (4).

Par ailleurs, la prévalence des troubles sexuels estimée par le psychiatre chez les patients traités par antipsychotiques est de 28 % chez les femmes et 40 % chez les hommes, mais elle s'élève respectivement à 40 et 60 % lorsque l'on considère la perception propre du patient (8).

De plus et selon Olfson (2005), 36,2 % des patients incriminent leur traitement neuroleptique dans la genèse de leur dysfonction sexuelle (14).

Dans notre étude, le trouble sexuel était imputable au traitement psychotrope pour 72 % des patients. Ce taux important pourrait être du au fait que la grande majorité de nos patients était sous neuroleptiques classiques, réputés être plus pourvoyeurs d'effets indésirables sexuels que les antipsychotiques de seconde génération (18).

D'autre part et dans le but de rechercher des particularités des dysfonctions sexuelles selon la prise ou non d'antipsychotiques, la comparaison de groupes traités et non traités a montré que la diminution des pensées sexuelles et la réduction du désir étaient plus importantes chez les patients non traités, alors que les troubles de l'érection, la diminution de la stimulation et de la satisfaction sexuelle étaient plus fréquents chez les patients traités (3).

Répercussions des troubles sexuels

Les répercussions de ces troubles sont non négligeables non seulement sur le vécu des patients, mais également sur l'observance thérapeutique et sur la relation de couple.

Les auteurs soulignent l'importance du célibat, chez des patients peu disposés à se marier, un taux particulièrement élevé de séparation et/ou de divorce et un faible taux de fertilité (19).

Nous avons relevé que près des ¾ de notre échantillon étaient célibataires ou divorcés.

Pour le reste, la partenaire acceptait mal le trouble dans 60 % des cas, ce qui était source d'agressivité conjugale dans 20 % des cas.

De plus, 40 % parmi ceux qui avaient un dysfonctionnement sexuel présentaient une stérilité.

Par ailleurs, selon Rosenberg, les troubles sexuels sont à l'origine d'une mauvaise observance thérapeutiques et



constituent ainsi un facteur de risque de rechute de la maladie schizophrénique. Dans son étude, il montre l'existence d'une corrélation entre les troubles sexuels et l'observance thérapeutique: en effet, parmi ceux qui ont arrêté leur traitements, 41,7 % des hommes et 15,4 % des femmes l'ont fait à causes de leurs effets sur leur sexualité.

Dans notre étude, le trouble sexuel était à l'origine d'un gêne moyenne à importante dans 92,3 % des cas et à l'origine d'un arrêt temporaire du traitement dans 19 % des cas.

Les troubles sexuels sont également responsables d'une altération de la qualité de vie et d'une fréquence moindre de relations affectives, comme en témoigne l'étude britannique : en comparaison avec les patients ne présentant pas de troubles sexuels, ceux qui en souffrent rapportent, de façon significative, un moindre indice de qualité de vie, une moindre joie de vivre et plus de difficultés à établir des relations sentimentales (19).

Limites de l'étude

Notre étude présente certaines limites inhérentes à la taille réduite de notre échantillon et à l'absence de recours à des moyens standardisés pour l'évaluation des comportements sexuels, qui comporte une grande part de subjectivité.

D'autres part, la question de la sexualité suscite encore chez nous des sentiments de honte et de pudeur, baigne encore dans l'ignorance et le tabou, ce qui a participé aux difficultés rencontrées lors de son exploration.

Notre enquête présente également un biais de sélection en rapport avec le recrutement de notre service et de l'hôpital psychiatrique en général, qui draine essentiellement une classe sociale défavorisée, ce qui n'est pas sans conséquences sur l'évaluation du comportement sexuel.

Tout cela nous amène à nuancer nos résultats et conclusions.

Conclusion

Bien que fréquente, la modification (inhérente à la maladie ou induite par les neuroleptiques) du comportement sexuel chez le patient schizophrène, reste sous-estimée, ne faisant pas encore l'objet d'études extensives. Ceci est d'autant plus regrettable que les troubles sexuels constituent un des facteurs les plus gênants pour le patient et son conjoint, et source potentielle de mauvaise observance thérapeutique. Ainsi, des études prospectives évaluant de manière plus objective le comportement sexuel chez le schizophrène, tenant compte des autres facteurs susceptibles d'influencer la sexualité du patient et de l'action des différents antipsychotiques sur le comportement sexuel, gagnent à être mises en oeuvre afin que la sexualité puisse être un facteur supplémentaire à prendre en compte dans le choix du protocole thérapeutique.

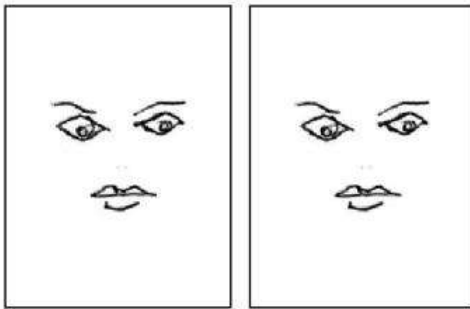
Références bibliographiques

1. Addington DE, Pantelis C, Dineen M et al. Efficacy and tolerability of ziprasidone, risperidone in patients with acute exacerbation of schizophrenia or schizoaffective disorder: an 8-week, double-blind, multicenter trial. *J Clin Psychiatry* 2004; (65):1624-33.
2. Aizenberg D, Modai I, Landa A et al. Comparison of sexual dysfunction in male schizophrenic patients maintained on treatment with classical antipsychotics versus clozapine. *J Clin Psychiatry* 2001; 62 (7): 541-4.
3. Aizenberg D, Zemishlany Z, Dorfman-Etrog P. Sexual dysfunction in male schizophrenic patient. *J Clin Psychiatry* 1995; 56: 137-41.
4. Baldwin D, Birtwistle J. Schizophrenia, antipsychotic drugs and sexual function. *Prim Care Psychiatry* 1997 ; 3 : 115-23.

5. Conley RR, Mahmoud R. A randomized double-blind study of risperidone and olanzapine in the treatment of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Am J Psychiatry* 2001;158 (5): 765-74.
6. Dervaux A, El Omari F. Troubles sexuels chez les patients schizophrènes, rôle des antipsychotiques. *La presse médicale* 2005 (34): 529-32.
7. Dossenbach M, Hodge A, Anders M, Molnar B et al. Prevalence of sexual dysfunction in patients with schizophrenia : International variation and underestimation. *Int J Neuropsychopharmacol* 2005; (8):195-201.
8. Ghadirian AM, Chouinard G, Annable L. Sexual dysfunction and plasma prolactin levels in neuroleptic- treated schizophrenic out-patients. *J Nerv Ment Dis* 1982; 170 (8): 463-7.
9. Hellewell JS. Patient's subjective experiences of antipsychotics : clinical relevance. *CNS Drugs* 2002; 16: 457-71.
10. Kleinberg DL, Davis JM, De Coster R et al. Prolactin levels and adverse events in patients treated with risperidone. *J Clin Psychopharmacol* 1999; 19 (1): 57-61.
11. McGahuey CA, Gelenberg AJ, Laukes CA et al. The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX): reliability and validity. *J Sex Mar Ther* 2000; 26:25-40.
12. Miller CH, Mohr F, Umbricht D et al. The prevalence of acute extrapyramidal signs and symptoms in patients treated with clozapine, risperidone and conventional antipsychotics. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (2): 69-75.
13. Mullen B, Brar J, Vagnucci A et al. Frequency of sexual dysfunctions in patients with schizophrenia on haloperidol, clozapine or risperidone. *Schizophr Res* 2001; 48: 155-8.
14. Olfson M, Uttaro T, Carson WH, Tafesse E. Male sexual dysfunction and quality of life in schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2005 (66):331-8.
15. Peuskens J. Risperidone in the treatment of patients with chronic schizophrenia: a multi-national, multicentre, double blind, parallelgroup study versus haloperidol. Risperidone Study Group. *Br J Psychiatry* 1995; 166:712-26.
16. Pinkney A, Gerber G, Lafave HG. Quality of life after psychiatric rehabilitation: the clients-perspective. *Acta psychiatr scand* 1991; 83:86-91.
17. Rosenberg KP, Bleiberg KL, Kosci J, Gross C. A survey of sexual side effects among severely mentally ill patients taking psychotropic medications: impact on compliance. *J Sex Marital Ther* 2003 (29):289-96
18. Tardieu S, Micallef J, Bonierbale M et al. Comportements sexuels chez le patient schizophrène: Impact des antipsychotiques. *L'Encéphale* 2006 ; 32 :697-704, cahier 1.
19. Troudi H. Sexualité et schizophrénie. Evaluation de la fonction sexuelle chez les patients suivis pour schizophrénie et traité par Risperdal conta. *Mémoire de fin de DIU de sexologie médicale*. Lyon 2006/2007.



Sphinx carthaginois, musée de Carthage.



Faten Ellouze¹

Mejda Cheour²

Thèmes délirants et croyances culturelles

1. Introduction

La culture comprend la manière de penser, de sentir et d'agir plus au moins formalisée qui étant apprises et partagées par une pluralité de personnes. Elle sert d'une manière à la fois objective et symbolique à constituer ces personnes en une collectivité particulière et distincte ; elle est de ce fait partagée par tout un groupe de personnes, elle les unie, elle les lie.

Le délire lui est une croyance individuelle non partagée par le groupe, il se traduit par une perception erronée de la réalité amenant à des croyances irrationnelles, inébranlables aux quelles il adhère et qui n'existent que dans le psychisme du délirant.

Délire et croyances culturelles apparaissent indissociables.

Les croyances culturelles interviennent à différents niveaux dans le processus délirant :

1. pour juger du normal et du pathologique, reconnaître une idée délirante d'une autre qui ne l'est pas (diagnostic positif du délire),
2. comme facteur favorisant le déclenchement certains délires,
3. les croyances culturelles peuvent avoir un impact sur l'insertion du sujet ou au contraire sur sa stigmatisation ; elles peuvent selon les cas retarder la consultation et la prise en charge ou les favoriser ; (facteur pronostic du délire)
4. pour colorer le contenu de certains délires (clinique du délire).

2. Croyances culturelles et diagnostic positif du délire

Le mot délire vient du latin *delirare* qui signifie « sortir du sillon ».

Deux critères sont largement partagés par les différents auteurs classiques pour définir le délire :

- déviation des idées par rapport à une norme culturelle (invraisemblance du contenu),
- adéquation sans critique à cette idée (imperméabilité à l'expérience, aux réfutations logiques).

C'est la société, le contexte socioculturel qui permet de juger une idée comme étant hors norme, ou invraisemblable. On n'est délirant que par rapport aux autres.

Or chez l'homme normal, beaucoup de jugements faux sont incorrigibles parce qu'ils dérivent d'une expérience globale ancrée dans un contexte socioéconomique original. Dans notre contexte culturel, les idées d'empoisonnement ou d'ensorcellement sont largement partagées parfois même entretenues par le groupe social.

D'autres part, il existe des délires qui reposent sur une idée vraie ; le conjoint d'un délirant jaloux peut être authentiquement infidèle, le persécuteur d'un autre lui a parfois causé un tort réel.

A l'inverse, certaines idées vraies ou justes peuvent être considérées comme étant des plus farfelues si elles ne sont pas partagées par le groupe. Galilée a ainsi été emprisonné, traité de fou après avoir déclaré haut et fort que la terre est ronde. Bon nombre d'inventeurs, de peintres ou d'écrivains ont été considérés de leur vivant comme des marginaux, des extravagants et reconnus à leur mort comme étant des génies.

L'idée délirante n'est en effet pas seulement une croyance irrationnelle, une opinion fausse ou une erreur de perception ou de jugement qui sont courantes dans l'expérience commune. Elle a pour particularité supplémentaire d'être l'objet d'une conviction inébranlable, d'être inaccessible à la démonstration ou à la preuve, de s'imposer comme une évidence interne et de n'être pas partagée par le groupe socioculturel du sujet.

1. Assistante hospitalo-universitaire en psychiatrie.

2. Professeur en psychiatrie, chef de service des consultations et des urgences.

Hôpital Razi, Tunisie.

3. Les croyances culturelles interviennent aussi pour expliquer le déclenchement de certains types de délire

Ont ainsi été individualisés des délires propres à certaines cultures ces délires seraient spécifiques à certaines cultures, le contexte social leur fournit mêmes certaines explications.

	Clinique	Explications culturelles
Amok (asie du sud est, malaise) « frénésie meurtrière »	explosion non provoquée et soudaine de rage sauvage, à attaque et mutilation indistinctement de toute personne ou animal se trouvant sur son passage.	1-théorie qu'une culture qui impose restriction stricte aux adolescents et aux adultes, mais laisse les enfants exprimer leur agressivité librement peut favoriser les réactions psychopathologiques du type d'amok. 2-croyance dans la possession magique par des démons et des esprits maléfaisants (Schizophrénie dans la majorité des cas)
Koro (Asie), suk-yeong (chine)	chez l'homme délire que le pénis du patient rétrécit et peut disparaître dans l'abdomen, que le patient peut mourir. Chez la femme, implique des plaintes de rétrécissement de la vulve, des lèvres, et des seins.	Des craintes partagées culturellement sont avancées pour expliquer ce trouble : concernant les pollutions nocturnes, la masturbation, et l'activité sexuelle excessive. (tr délirant, schizophrénie)

Dans notre contexte socioculturel, on peut par exemple citer :

	clinique	Explications culturelles
Psychose nuptiale	un trouble psychotique aigu précédant ou survenant au décours du mariage.	Les facteurs déclenchants sont pour les hommes soit un doute sur la virginité de leur épouse, soit un problème sexuel consécutif au stress de la confrontation de cette virginité. Pour les femmes c'est la crainte d'une découverte déflorée. La traduction culturelle est que l'époux est possédé par un djinn qui souhaite l'épouser et donc empêcher son union avec quelqu'un d'autre
Psychose du post partum	psychose aiguë faisant suite à l'accouchement	La connotation culturelle apparaît à travers le terme de katus niffas. Il s'agit d'un djinn spécifique qui fait souffrir particulièrement et uniquement les accouchées pendant les 40 jours qui suivent l'accouchement, ce djinn peut tourmenter les femmes en les piquant ou même en en prenant possession .les symptômes sont très grande fatigue, violentes hémorragies, démence qui peut rendre la femme dangereuses pour son enfant.

4. Croyances culturelles et pronostic de la maladie délirante

Dans les sociétés arabo-musulmanes, il n'y a pas si longtemps, le fou était considéré comme l'homme sage et détenteur de vérité. Cette vision se retrouve jusqu'au 19ème siècle. En Russie, le fou est ainsi un homme de dieu. En Afrique l'expérience psychotique peut représenter un « bénéfice social » pour le patient, les divers chamans, divins et guérisseurs ont souvent vécu un épisode psychotique avant de le transformer de façon favorable pour eux mêmes et pour le groupe social Ainsi le vécu délirant non seulement s'exprime librement, mais le sujet sortait grandi de cette épreuve qu'il a surmonté. N'a-t-il pas vaincu ces puissances mystérieuses et maléfiques tant redoutées par la collectivité ?

Les croyances culturelles peuvent de ce fait avoir un impact sur l'insertion sociale du sujet, la tolérance que lui porte son entourage. Cette tolérance est favorisée par certains thèmes délirants qui restent plausibles par l'entourage car partagés par le groupe.

La maladie en particulier psychique a longtemps fait l'objet d'interprétations inspirées de ces croyances. Ainsi la maladie mentale renvoie à l'intervention de puissances extérieures à l'individu, qui manifestent leur intention malveillante. Cette conception donne au malade la possibilité de faire l'économie d'une expérience humiliante et angoissante de culpabilité en projetant à l'extérieur et en attribuant à des être malveillants l'origine de ses maux contrairement à la médecine occidentale qui voit dans la maladie mentale un déficit, un dysfonctionnement pouvant aboutir à une culpabilisation ou à une exclusion du malade.

Dans notre contexte culturel, Les djinns, la possession par le diable, le mauvais œil, l'ensorcellement sont des idées qui font partie intégrante de nos croyances populaires et de notre quotidien. Ces idées constituent même un lien entre les générations puisque les grands parents enracinent ces croyances à leurs petits enfants dès leur plus tendre enfance.

Plus des 2/3 de nos patients schizophrènes avouent avoir eu recours aux guérisseurs. Ce recours intéresse aussi la moitié des enfants suivis au service de pédopsychiatrie à l'hôpital Razi. Les patients délirants étaient les plus représentés avec essentiellement un délire de persécution, empoisonnement ou possession. L'interprétation du tradithérapeute reconforte la famille dans ces croyances de l'intervention du paranormal comme interprétation de la maladie : évocation des esprits, magie et ensorcellement, le mauvais œil ou la jalousie ... La tradithérapie permet dans certains cas au malade une reconnaissance et une protection contre le rejet. Mais dans la majorité des cas, cette acceptation du délire conduit à un retard diagnostic, à l'entretien du délire et à son passage à la chronicité ne serait ce qu'en retardant la prise en charge correcte de la maladie.

5. Les croyances culturelles et la clinique du délire

L'un des apports de l'anthropologie à la psychiatrie est d'avoir mis en exergue le fait que si la souffrance psychique et en particulier le délire sont des faits universels, leur expression clinique n'est pas forcément homogène d'une contrée à l'autre

L'étude de la littérature spécialisée nous montre que l'analyse du délire ne se fait qu'en référence aux croyances et aux mythes.

Les croyances culturelles colorent inévitablement le contenu de certains délires

Le patient délirant vit dans un contexte socioéconomique, culturel, politique et religieux, il puisera ses thèmes délirants à partir de ce contexte. Certains de ces thèmes sont particulièrement fréquents dans notre société : délire de persécution, mystique et hypochondriaque.

Délire de persécution

Ce thème est largement rapporté par nos malades mentaux. On le constate notamment chez nos patients déprimés, mais aussi maniaques. Il apparaît dans ce cas le plus souvent secondaire aux idées délirantes mégalomanies pour Courbon et Le Conte « l'idée de persécution dans la manie est basée sur l'hostilité apparente de l'attitude que l'insociabilité du maniaque détermine chez les gens qui l'entourent. Elle n'est délirante que par méconnaissance de ce déterminisme »

Ghorbel avait insisté sur la fréquence des thèmes persécutatoires dans les tableaux de mélancolie maghrébine, il l'explique par la particularité qu'a le sujet déprimé vis-à-vis de sa communauté. C'est une relation assez ambiguë dans laquelle le sujet oscille entre deux positions : persécuté

persécuteur par son entourage. L'entourage inclut dans ce cas aussi bien la famille nucléaire, que la famille élargie, le milieu professionnel, et de façon générale l'ensemble de la communauté (caractère anonyme de son mauvais objet, de son persécuteur).

Le sujet est à la fois victime d'un complot mis au point par les mauvais objets qui le harcèlent et le persécutent et l'accusé d'un procès intenté par l'entourage, dans lequel il doit se justifier aux yeux de ses accusateurs. Il se présente avec le vécu de quelqu'un qui est accablé, traqué et qui ne fait que s'enfoncer par des tentatives maladroites d'autodéfense.

Ce qui différencie cependant ce mode de fonctionnement de celui du paranoïaque, c'est le fait que « le sujet s'identifie, lui aussi, dans le même mouvement à ce mauvais objet. Le moi communautaire s'identifie au mauvais objet et une partie de la pulsion de mort provenant du ca, va s'exercer au niveau du moi communautaire. Le mécanisme psychique mis en jeu n'est pas la projection qui est le propre de la paranoïa - mais l'introjection de ce mauvais objet communautaire. Ce qui a été appréhendé dans un premier temps comme hétéro agressivité est en réalité une auto agressivité »

Délire mystico-religieux

Chaque culture fournit des êtres de pensées, des personnages divins, mythiques ou démoniaques. Le malade mental, le sujet délirant, lui puise dans cette source en vivant comme une expérience subjective ces croyances culturelles. Ainsi, la thématique peut apparaître à première vue comme une coloration d'un délire reproduisant l'essentiel d'un patrimoine culturo-religieux de notre société. En effet le contenu du délire, les personnages, les références et le discours sont puisés de la mémoire individuelle ou collective véhiculée par la tradition ou les rites. Dans cette relation privilégiée à dieu, c'est la restauration d'une image parentale défailante que recherchent presque toujours ces patients.

Au Maghreb, la vivacité des croyances religieuses ou maraboutiques même dans les milieux urbains, contribue à expliquer la fréquence dans ces régions de pathologies à thèmes mystiques. Le thème mystico religieux est en continuité avec le langage religieux qui colore les instances sociales et les diffuse dans la vie quotidienne. Il est favorisé par la précocité de l'instruction religieuse et l'adhésion intime à l'esprit et à la forme des fêtes religieuses. La langue arabe elle-même possède un caractère sacré puisqu'elle est restée très attachée au modèle coranique et très marquée par le contenu de celui-ci.

La prégnance de la culture islamique, manifeste chez tout tunisien, se trouve donc aisément à s'extérioriser dans une élaboration délirante. Cependant on note la fréquence de ces thèmes parmi les patients peu scolarisés, vivants en milieu rural. Ces patients n'ont aucun accès au monde de la science. La seule explication du monde qu'ils aient leur est fournie par la religion. Par ailleurs, l'absence d'image féminine dans la mythologie musulmane pouvant servir de modèle identificatoire pourrait expliquer la faible fréquence des femmes parmi les délirants mystico religieux.

C'est par analogie à El Wahyd, méthode révélant le coran au prophète Mohamed par l'intermédiaire de l'ange Gabriel, que les hallucinations auditives constituent le mécanisme prédominant du délire. Enfin l'importance des décompensations sous formes de thèmes religieux dans différentes situations de crises existentielle est expliquée par le fait que la religion apparaît comme la solution exemplaire de toute crise existentielle, parce qu'elle est considérée d'origine transcendante et en conséquence valorisée en tant que révélation reçue d'un autre monde trans-humain.

Délire hypocondriaque

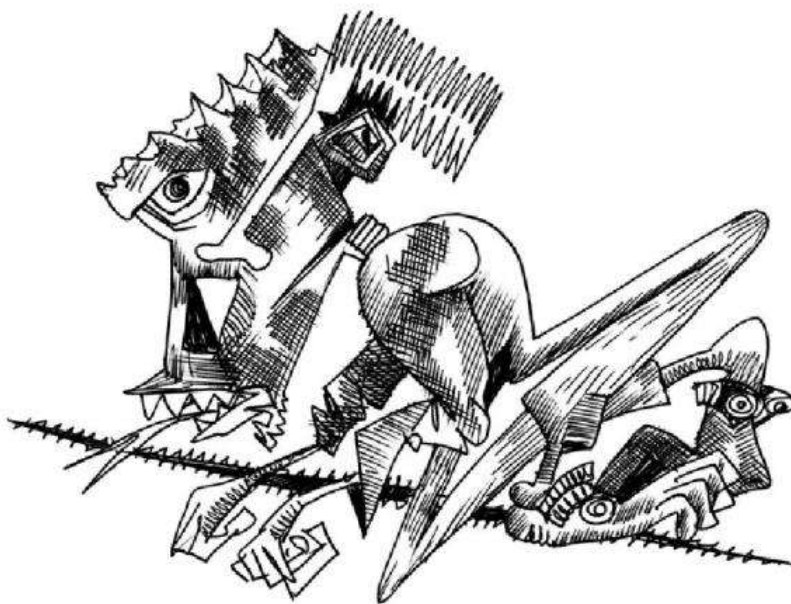
Il est communément admis qu'il existe 2 groupes de symptômes dépressifs

- des symptômes universels (altération de l'humeur, baisse de l'intérêt, limitation, manifestations somatiques),
- des symptômes à dépendance culturelle (modalité des idées et des conduites suicidaires, aspect clinique de ralentissement, manifestations anxieuses et nature de thèmes délirants).

Dans notre contexte socioculturel, au niveau du corps, la plainte est toujours présente, elle occupe une place centrale dans le tableau dépressif. Ainsi Ghorbel décrit une dépression spécifique du Maghreb : la dépression communautaire. Elle se caractérise par le fait que la souffrance est portée par le corps qui se trouve ainsi dans le rôle de réceptacle de la plus grande partie de l'angoisse. Cette angoisse se manifestera de ce fait par des équivalents somatiques. Bien que toutes les régions corporelles peuvent être touchées, certaines parties paraissent « privilégiées » pour traduire par un symptôme le message véhiculé par l'angoisse. Il s'agit de l'appareil digestif (troubles fonctionnels : gastrites, vomissements, constipation, diarrhée, colique..) et de la partie supérieure du système nerveux. Au niveau clinique, on peut constater d'abord les expressions subjectives du type inappétence et céphalées que l'on retrouve de façon constante dans tous les tableaux dépressifs. Certains malades vont jusqu'à décrire une sorte de mal-être sournois qui se propage dans tout le corps. La description qu'ils en font suit des voies immuables comme si elles répondaient à une anatomophysiologie d'un corps fantasmé qui ne correspond pas nécessairement à la description médicale et scientifique. Ceci explique la richesse sémiologique de la dépression chez le Magrébin. L'éventail des formes est large allant de la conversion hystérique jusqu'à l'hypochondrie délirante.

Délire de culpabilité, de dévalorisation

Dans une approche transculturelle, Angest avait enregistré en 1973 l'existence d'une symptomatologie dépressive, dépendante d'éléments culturels, qui comprenait les idées de suicide, les sentiments de culpabilité. Le sentiment de



culpabilité est constamment présent dans les pays chrétiens. Il est beaucoup moins fréquent dans les pays islamiques et au Japon, tandis qu'il est pratiquement inconnu partout ailleurs.

En effet, on a souvent insisté sur l'importance des thèmes de culpabilité et de fréquence des conduites suicidaires dans les sociétés occidentales comparativement aux autres sociétés. Or il s'avère de plus en plus que ces thèmes ont aussi été propagés à d'autres sociétés. Certains auteurs ont mis en évidence chez les immigrants magrébins, l'intensité particulière des sentiments de dévalorisation.

D'un autre côté les études menées conjointement dans les 3 pays du Maghreb (Tunisie, Algérie, Maroc) suggèrent que les mutations socioculturelles que vivent ces pays, ont nettement influencé la clinique et l'épidémiologie de la dépression avec notamment un plus grand nombre de thèmes de culpabilité et une augmentation du taux de suicide.

Conclusion

Leuret disait bien : « j'ai cherché soit à Charonton, soit à Bicêtre, soit à la salpêtrière, l'idée qui me paraît être la plus folle, puis quand je la compare à bon nombre de celles qui ont cours dans le monde, j'étais surpris, tout surpris et presque honteux de n'y pas voir de différences »

Bibliographie

- Ghorbel, Suicide et conduites suicidaires ; aspects socioculturels, épidémiologies, prévention et traitement, Masson, Paris, 1981.
- Maleval, JCL Logique du délire, Masson, Paris, 1996.
- Courbon P et Le conte M les idées de percuton dans la manie Soc Med Psycholo 1934 ;1 ;121-8.
- Angest J la dépression masquée du point de vue transculturel, Editions Berne Vienne 1973
- Touzri : psychiatrie et religion à propos du délire mystique, faculté de médecine de Tunis 1989.



Olfa Dakhlaoui

Auteurs : Olfa Dakhlaoui¹, Myriam Larguèche²,
Fakhreddine Haffani³

Les suicidants récidivistes: caractéristiques socio- démographiques et cliniques. À propos d'une étude en milieu hospitalier psychiatrique tunisien

Résumé :

La tentative de suicide est l'une des problématiques les plus épineuses de la pratique psychiatrique et sa récurrence l'une des plus grande appréhension des psychiatres prenant en charge de tels patients. Face à cela, il s'agira donc d'adopter une attitude préventive basée sur la détection des facteurs de risques de récurrence afin d'affiner et d'améliorer la prise en charge.

Nous avons mené une étude rétrospective descriptive et comparative sur des dossiers de patients hospitalisés puis suivis dans le service de psychiatrie « E » de l'hôpital Razi de Tunis entre Janvier 1999 et Décembre 2001. Nous avons inclus tous ceux ayant à leur actif au moins une tentative de suicide. Les caractéristiques sociodémographiques, les antécédents personnels et familiaux, les caractéristiques cliniques ainsi que les particularités des tentatives de suicide ont été étudiés puis nous avons individualisé deux groupes d'étude: celui des primo-suicidants et celui des suicidants récidivistes (au moins deux tentatives de suicide) afin de les comparer selon ces différents paramètres.

Le sexe masculin (71% versus 40,6% chez les primo-suicidants), le chômage (76% versus 68,8%), les antécédents familiaux de tentatives de suicide (13,2 versus 0), l'abus de substance (34,2% versus 12,5%) ainsi que les antécédents personnels de maladies somatiques (28,9% versus 9,4%) étaient significativement corrélés à la récurrence suicidaire. Dans le même sens, les troubles de la personnalité (21,1% versus 12,5%), les antécédents psychiatriques familiaux ainsi que les événements marquants pendant l'enfance étaient plus souvent retrouvés chez les suicidants à répétition sans que la différence ne soit statistiquement significative.

Axé sur les récurrences suicidaires, notre travail nous a permis de mettre en exergue certains facteurs de risque notamment le chômage, les antécédents familiaux de TS, les antécédents personnels somatiques et les comorbidités toxiques. La recherche systématique des facteurs prédictifs de récurrence constitue le premier temps d'une action préventive permettant de limiter la répétition éventuelle de ces actes et l'aboutissement au suicide accompli.

Mots clés : Tentative de suicide. Récurrence. Facteurs de risque. Epidémiologie

Introduction

La tentative de suicide est l'une des problématiques les plus épineuses de la pratique psychiatrique et de la santé publique. Et malgré l'abondance des études centrées autour de

ce sujet, il n'en reste pas moins délicat et difficile à cerner surtout dans notre contexte socio-culturel où plusieurs autres paramètres semblent intervenir. Elle engage non seulement le pronostic vital de nos patients à court terme, mais également leur futur fonctionnement et leur rapport à leur environnement. Les récurrences suicidaires nous préoccupent de plus en plus, leur incidence serait en augmentation [1]; de plus, elles sont considérées comme un indicateur pronostique péjoratif aggravant une éventuelle évolution vers un suicide [2, 3, 4]. Interpellés par ces constatations épidémiologiques, nous nous sommes proposés de comparer les caractéristiques socio-démographiques et cliniques des suicidants récidivistes et des primo-suicidants afin de dégager des facteurs liés à la récurrence suicidaire.

1. Assistante hospitalo-universitaire, service de psychiatrie E

2. Résidente en psychiatrie

3. Professeur, chef de service de psychiatrie E

Hôpital Razi, Tunis.

Correspondance : Olfa Dakhlaoui, assistante hospitalo-universitaire, service de psychiatrie « E » du P. Haffani – Hôpital Razi, Rue des oranges, 2010 Manouba, Tunisie.

Tel : 00216 24 70 66 86, fax : 00216 71 287 400 – e-mail : olfa.dakhlaoui@rns.tn

Ceci est dans l'optique d'une action préventive, tenant compte de ces facteurs de risque lors de la prise en charge d'un suicidant.

Population et méthode

Nous avons mené une étude rétrospective descriptive et comparative sur dossiers de patients hospitalisés dans le service de psychiatrie « E » de l'hôpital Razi de Tunis entre Janvier 1999 et Décembre 2001, puis suivis à notre post-cure. Nous avons inclus tous ceux ayant à leur actif au moins une tentative de suicide (TS) : dans leurs antécédents, au cours de leur suivi ou encore au cours de leurs hospitalisations.

Nous avons étudié les caractéristiques sociodémographiques (âge moyen, sexe, niveau scolaire, statut marital, statut professionnel et niveau socio-économique), les antécédents personnels et familiaux, les caractéristiques cliniques (diagnostic clinique selon les critères du DSM IV, âge de début des troubles, délai de prise en charge, trouble de la personnalité, abus de substance) ainsi que les particularités des TS de notre échantillon.

Nous avons ensuite individualisé deux groupes d'étude : celui des primo-suicidants (une TS) et celui des suicidants récidivistes (au moins deux TS).

Nous avons comparé les deux groupes selon ces différents paramètres.

Étude statistique

Nous avons utilisé le logiciel SPSS 10.0, avec une analyse ANOVA suivie de tests Post-Hoc de comparaison des moyennes. Le niveau de signification a été fixé à $p \leq 0.05$.

Résultats

Description de l'échantillon

Notre population était composée de 70 patients, soit 4,37 % de l'ensemble des admissions dans le service au cours de la même période.

45,7% (32) ont tenté à leur vie une seule fois, tandis que 54,3% (38) étaient des suicidants récidivistes.

57,1% étaient de sexe masculin. La moyenne d'âge était de 38,6 ans (minimum de 20 ans et maximum de 62 ans), 61,4% étaient célibataires, 72,9% étaient au chômage, la majorité était analphabète ou de niveau scolaire primaire, et environ 60% étaient d'un niveau socio-économique bas.

Des antécédents familiaux de troubles psychiatriques et de TS ont été retrouvés respectivement dans 21,6% et 7,1% des cas.

Le diagnostic de schizophrénie a été porté chez 66,2% de nos patients, des troubles de la personnalité étaient associés dans 15,6% des cas, un abus de substances dans 24% des cas et une maladie organique chez 20% de nos patients.

La précipitation était le moyen le plus fréquemment utilisé, suivi de l'ingestion médicamenteuse.

Cette dernière était le moyen le plus fréquemment utilisé chez les récidivistes lors de la 1ère TS et 36,8% parmi eux avaient repris le même moyen lors des tentatives ultérieures.

Chez les suicidants récidivistes, le nombre moyen de tentatives de suicide était de 2,63 (de 2 à 6 TS).

Étude comparative entre primo-suicidants et récidivistes

Caractéristiques socio-démographiques

Le **sexe masculin** était corrélé à la récurrence suicidaire (71% versus 40,6% chez les primo-suicidants, $p=0,01$). De

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques

	Primo-suicidants (N=32)	Suicidants récidivistes (N=38)	Indice de significativité (p)
Age Moyen (ans)	38.5	38.8	0.9
Sexe :			0.01
- Masculin	40.6%	71%	
- Féminin	59.4%	29%	
Niveau scolaire :			0.39
- Analphabète	34.4%	21%	
- Primaire	37.5%	47%	
- Secondaire	21.9%	24%	
- Supérieur	6.3%	8%	
Statut marital :			0.22
- Célibataire	53.1%	68%	
- Marié	34.4%	24%	
- Séparé	12.5%	8%	
Statut professionnel :			0.02
- Chômage	68.8%	76%	
- Travail	31.3%	24%	
Niveau socio-économique :			0.48
- Bon	0%	3%	
- Moyen	37.5%	37%	
- Bas	62.5%	60%	

même, le **chômage** était significativement plus fréquent dans le groupe des suicidants à répétition (76% versus 68,8%, $p=0,02$). La répartition selon le niveau scolaire et socio-économique était comparable. Un taux plus élevé de célibat a été noté chez les multi-suicidants sans être toutefois statistiquement significatif. Pour ce qui est de l'âge moyen, il était quasiment le même pour les deux groupes.

Antécédents familiaux

Les **antécédents familiaux de tentatives de suicide** ont été significativement plus fréquents chez les suicidants à répétition (13,2 versus 0, $p=0,03$). Il en est de même pour les **antécédents médicaux personnels** (diabète, épilepsie, cardiopathie, néphropathie, etc.)

(28,9% versus 9,4%, $p=0,04$).

Dans le même sens, les antécédents psychiatriques familiaux ainsi que les événements marquants pendant l'enfance, tels que les pertes parentales précoces (avant l'âge de 10 ans), étaient plus souvent retrouvés chez les suicidants récidivistes sans que la différence ne soit statistiquement significative. (Figure 1)

Caractéristiques cliniques

Seul l'**abus de substance** (alcool, cannabis et psychotropes) était corrélé aux récidives suicidaires (34,2% versus 12,5% chez les primo-suicidants, $p=0,03$)

Les troubles de la personnalité étaient plus fréquents chez les récidivistes mais la différence n'était pas significative (21,1% versus 12,5%).

Par ailleurs, les deux groupes étaient comparables concernant les moyens utilisés pour la réalisation de leur TS. (Tableau 2)

Discussion

Ce travail a montré une fréquence élevée des suicidants récidivistes parmi l'ensemble des suicidants. Il nous a également permis de relever certaines corrélations à la récurrence suicidaire.

Toutefois, ces résultats sont à considérer avec critique étant donné les limites de notre étude, inhérentes à son caractère rétrospectif, rendant les informations collectées parfois peu précises et à la taille réduite de l'échantillon. Elle souffre

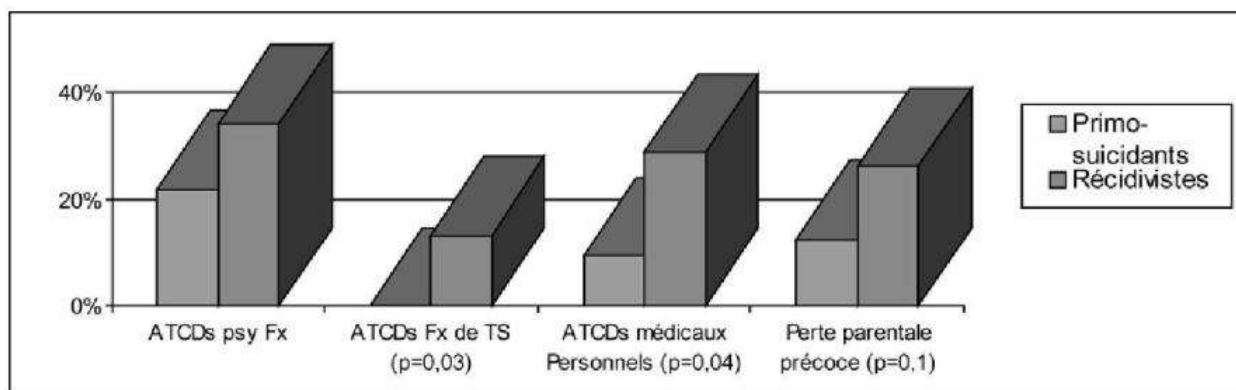


Figure 1 : Répartition en fonction des antécédents familiaux et personnels.

Tableau 2 : Répartition en fonction des caractéristiques cliniques

	Primo-suicidants	Suicidants récidivistes	Indice de Significativité (p)
Age de début des troubles (ans)	26,4	23,9	0,14
Délai de prise en charge (ans)	0,86	1,88	0,62
Diagnostic (DSM IV) :			0,5
- Schizophrénie	62,5 %	52,6 %	
- Tr de l'humeur (T.Bip et EDM)	18,8 %	18,4 %	
- Tr de l'adaptation	18,8 %	23,7 %	
- Autre	0 %	5,3 %	
Abus de substances	12,5 %	34,2 %	0,03
Troubles de la personnalité	12,5 %	21,1 %	0,3
Moyen utilisé (1 ^{ère} TS) :			0,4
- Précipitation ou défenestration	37,5 %	21,1 %	
- Médicaments	12,5 %	28,9 %	
- Produits ménagers	15,6 %	18,4 %	
- Strangulation ou pendaison	15,6 %	13,2 %	
- Autres	18,8 %	18,4 %	

également d'un biais de sélection en rapport avec le recrutement de notre service et de l'hôpital en général, qui draine essentiellement les pathologies lourdes ainsi qu'une classe sociale défavorisée. Ceci nous amène à nuancer nos résultats et conclusions.

Taux des suicidants, fréquence des suicidants à répétition

Nous avons relevé un taux de suicidants de 4,37% au cours de la période d'étude.

Dans notre pays, les tentatives de suicide sont loin d'être systématiquement déclarées du fait des considérations religieuses et culturelles [5], les taux sont ainsi largement sous-estimés. Cependant, et malgré le peu d'études épidémiologiques ayant porté sur ce sujet, nous assistons à une augmentation de la fréquence des conduites suicidaires [6, 7].

Par ailleurs, et concernant les récides suicidaires, les différentes études rapportent des taux allant de 41 à 56% [2, 3, 8-10]. Cette divergence des résultats peut être liée à la variabilité des méthodologies empruntées dans ces études. (Choix de la population étudiée, durée de suivi...) [8, 11] Les récides suicidaires sont responsables de l'augmentation des TS recensées dans certaines études épidémiologique [6, 9, 12].

Elles représentent un indicateur pronostique péjoratif: de multiples tentatives de suicide sont considérées comme un facteur aggravant d'une éventuelle évolution vers un suicide [6, 10, 11, 13].

Dans notre étude, 54,3% des suicidants ont tenté plus d'une fois à leur vie.

Deux études tunisiennes précédentes réalisées en 1984 et en 2005 ont trouvé des taux plus bas respectivement de 23% et de 42,2 % [6, 7]. En dépit des différences méthodologiques, ces résultats peuvent rendre compte de l'inflation croissante des récides suicidaires dans notre pays.

Facteurs socio-démographiques

Notre étude a montré que le **sexe masculin** et le fait d'être au **chômage** étaient des facteurs prédictifs de récide suicidaire.

Les autres paramètres socio-démographiques étaient comparables dans les deux groupes.

Il est classiquement rapporté dans la littérature une prédominance féminine des tentatives de suicide; quant aux tentatives de suicide à répétition, leur **répartition en fonction du sexe** semble divergente selon les auteurs; alors que certains confirment la prédominance féminine, d'autres ne retrouvent pas de différence [3, 11, 13], et certains mentionnent même une prédominance masculine [6, 14], ce qui rejoint nos résultats.

Concernant le **statut professionnel**, le chômage était associé à la récide suicidaire dans de nombreuses études [3, 11, 12] corroborant ainsi nos résultats; cependant, certains auteurs ont avancé l'hypothèse de l'absence de lien direct entre ces deux phénomènes, le chômage favoriserait la récide chez une population vulnérable sur le plan psychique. [6, 15].

Dans notre travail, le **niveau scolaire** ne différait pas entre



les deux groupes, ce résultat rejoint celui de Bille-Brahe [11]. Cependant, selon certains auteurs, le bas niveau scolaire serait un facteur de risque plus spécifique des récidives suicidaires [3, 16]. Quant au **statut marital**, le pourcentage des célibataires dans notre étude était plus important chez les suicidants récidivistes sans que la différence ne soit significative.

De nombreuses études ont rapporté un taux plus élevé de célibat, de divorce, de séparation conjugale et de veuvage chez les suicidants à répétition [2, 3, 12, 17]. Ces facteurs induisent un isolement familial et affectif, constituant ainsi des facteurs de risque de récurrence suicidaire [18].

L'absence de corrélation de ces facteurs à la récurrence suicidaire dans notre étude pourrait être liée à la taille réduite de notre échantillon mais également aux caractéristiques sociodémographiques de la majorité de nos patients.

Antécédents familiaux, personnels, évènements de vie précoces

Dans notre étude, les antécédents familiaux psychiatriques ont été plus fréquemment retrouvés chez les récidivistes. Cependant leur nature n'a pas pu être précisée à partir des dossiers médicaux.

Les antécédents familiaux psychiatriques sont considérés par plusieurs auteurs [3, 4, 16] comme facteur de risque suicidaire. Ils sont plus fréquents en cas de récurrence suicidaire [2, 12]. Il s'agit essentiellement d'antécédents de dépression et de toxicomanie [6].

Quant aux antécédents familiaux de tentative de suicide, ils étaient corrélés à la récurrence suicidaire dans notre étude. ($p=0,03$)

Ce résultat partagé par certains auteurs [12, 16] souligne l'importance du spectre familial et le rôle des mécanismes d'identification [6, 12].

Concernant les antécédents médicaux personnels, ils étaient plus fréquents chez les récidivistes ($p=0,04$). En effet, la présence de pathologies somatiques et d'affections chroniques concomitantes favorisent la récurrence suicidaire et ce d'autant plus qu'elles sont hyperalgiques, fonctionnellement handicapantes ou réputées incurables [17].

Par ailleurs, nous avons retrouvé plus de pertes parentales précoces chez les récidivistes sans que toutefois la différence ne soit significative.

Une étude précédente tunisienne en 2005 n'a pas objectivé de différence concernant ce facteur entre les deux groupes [6].

Néanmoins, d'autres auteurs ont rapporté des taux significativement plus élevés de placements en institution ou dans des familles d'accueil chez les suicidants à répétition [12, 19].

Caractéristiques cliniques

Nous n'avons pas objectivé de différence concernant le diagnostic clinique entre les deux groupes. La prédominance de la schizophrénie dans notre échantillon est liée au recrutement du service.

Cependant, les données de la littérature montrent une surre-

présentation des troubles psychiatriques de toutes catégories à l'exception des troubles de l'adaptation, qui seraient plus fréquents chez les primo-suicidants [3].

Selon les auteurs, des corrélations étaient retrouvées avec les troubles dépressifs [20] et les troubles psychotiques [13].

Quant à l'abus de substance, il est considéré comme un facteur de risque important de récurrence suicidaire dans 6 à 12 mois [13, 19]

Dans ce sens, nous avons retrouvé une différence significative concernant l'abus de substance entre les deux groupes. Il est à signaler que les taux retrouvés nous semblent largement sous-estimés. En effet, et du fait de son caractère illicite, la consommation de toxiques est souvent non rapportée voire niée par les patients et de ce fait sous diagnostiquée dans notre pays.

Contrairement à notre étude, une liaison entre troubles de la personnalité et récurrences suicidaires a été relevée dans plusieurs travaux [14, 21].

Ceux qui paraissent les plus impliqués sont les troubles de la personnalité de type anti-sociale, limite ou les traits de personnalité marqués par l'impulsivité et l'agressivité [18, 22].

Cette divergence pourrait être expliquée par la sous-estimation de ces troubles qui ne sont pas explorés systématiquement dans notre pratique.

Caractéristiques de la TS

Nous n'avons pas relevé de différence entre les deux groupes concernant le moyen suicidaire utilisé, ce qui rejoint les résultats d'une étude tunisienne antérieure [6]

Cependant, certains auteurs rapportent une augmentation de la fréquence des intoxications médicamenteuses chez les suicidants à répétition de sexe féminin [23].

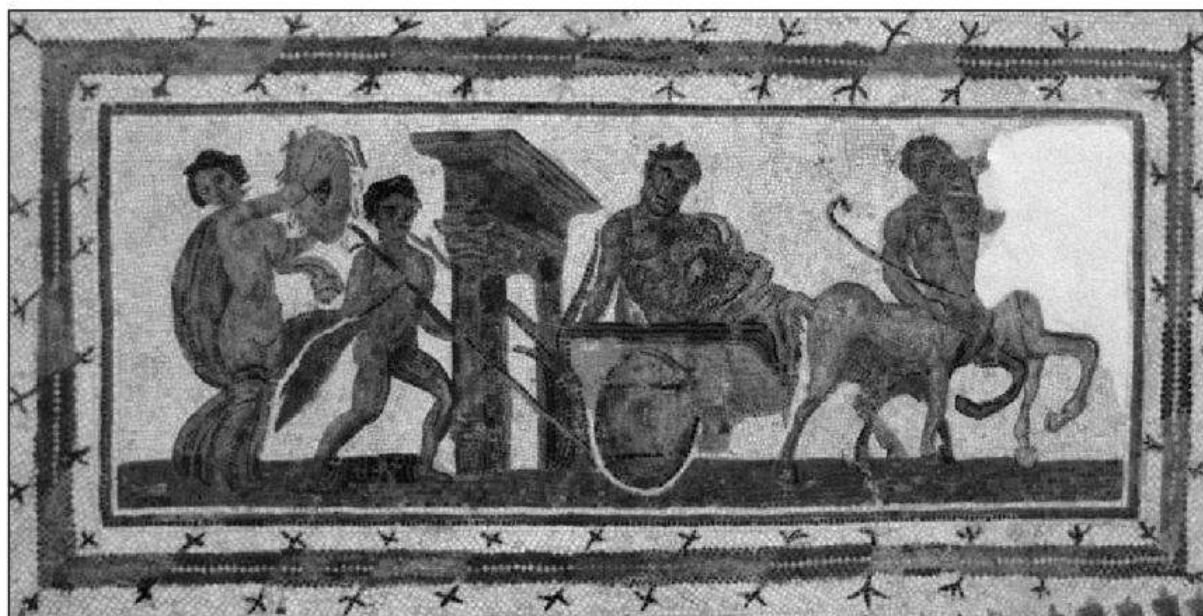
Conclusion

Dans notre pratique quotidienne, nous sommes de plus en plus interpellés par la problématique du suicide et essentiellement dans le cadre d'une évaluation du risque suicidaire et celui de la récurrence, démarche particulièrement délicate dans la mesure où aucun moyen scientifiquement fiable ne permet de prévenir le patient de ce risque.

Axé sur les récurrences suicidaires, notre travail nous a permis de mettre en exergue certains facteurs de risque notamment le chômage, les antécédents familiaux de TS, les antécédents personnels somatiques et les comorbidités toxiques. D'autres facteurs rapportés dans la littérature n'ont pas été objectivés dans notre étude. Outre les biais méthodologiques, ceci pourrait être en rapport avec notre contexte socio-culturel. La recherche systématique de ces facteurs prédictifs de récurrence constitue le premier temps d'une action préventive, qui nécessitera une meilleure prise en charge hospitalière par la mise en place de structures spécialisées, et un suivi à travers un réseau d'intervenants multidisciplinaires (médecins, psychologue, psychiatres), limitant ainsi la répétition éventuelle de ces actes et l'aboutissement au suicide accompli.

Références bibliographiques

1. Bouvard MP, Doyen C. Le suicide chez l'adolescent. *Encéphale* 1996 ; Sp IV: 35-9.
2. Chastang F, Rioux P, Dupont S. Enquête prospective sur les tentatives de suicide. *Encéphale* 1997 ; 23 : 100-4.
3. Davidson F, Phillippe A. Suicide et tentative de suicide. Une étude épidémiologique. Paris : Doin, 1986.
4. Lejoyeux M, Léon E, Rouillon F. prévalence et facteurs de risque de suicide et des tentatives de suicide. *Encéphale* 1994 ; 10 : 495-503.
5. Ammar S, Douki S, Ghorbal M. Echec de la tentative de suicide, réussite du suicide : à propos des suicides et des tentatives de suicide en Tunisie. *Psychiatr Francoph* 1983 ;1 :27-32.
6. Mechri A, Mrad A, Ajmi F, Zaafrane F, Khiari G, Nouira S, Gaha L. Les récides suicidaires: étude comparative des caractéristiques des suicidants à répétition et des primo-suicidants admis aux urgences d'un hôpital Général tunisien. *Encéphale*, 2005 ;31 : 65-71, cahier1.
7. Gaha L, Skhiri T, Bouchoucha S. Etude épidémiologique des tentatives de suicide hospitalisées au CHU de Monastir. *Tunisie Med* 1988 ;66 (2) : 103-6.
8. Eudier F, Batt A, Levaou P. Les récides suicidaires précoces: suivi et analyse des précautions prises. *Ann Med Psychol* 1998 ; 156 : 529-39.
9. Palazzolo J, Favre P, Julerot J-M. Caractéristiques des patients hospitalisés dans un centre hospitalier spécialisé après une tentative de suicide. *Encéphale* 2002, 28 :39-50.
10. Pommereau X, Favarel-Garrigues JC. Tentatives de suicide par intoxication volontaire aigue. *Rev Prat* 1990 ;81 :31-4.
11. Bille-Brahe U, Jessen G. Repeated suicidal behavior: a two-year follow-up. *Crisis* 1994; 15(2): 77-82.
12. Chastang F, Rioux P, Kovess V et al. Etude épidémiologique des patients et suicidants admis aux urgences psychiatriques d'un hôpital général. *Revue Epidem Sant Publ* 1996 ; 44 : 427-36.
13. Vajda J, Steinbeck K. Factors associated with repeat suicide attempts among adolescents. *Aust NZ J Psychiatry* 2000; 34(3): 437-5.
14. Kreitman N, Casey P. Repetition of parasuicide: an epidemiological and clinical study. *Br J Psychiatry* 1988; 153:792-800.
15. Abbar M, Caer Y, Schenk L. Facteurs de stress psychosociaux et conduites suicidaires. *Encéphale* 1993 ;19 :179-85.
16. Bocheran D. tentatives de suicide à répétition chez l'adolescent. *Rev Prat* 1998 ;48 :1431-4.
17. Perlemuter L. Guide de thérapeutique. Paris, Elsevier Masson 2008.
18. Bagley C, Greer S. Clinical and social predictors of repeating attempted suicide. *Br J Psychiatry* 1991;119:515-25.
19. Stewart SE, Manion IG, Davidson S. Suicidal children and adolescents with first emergency room presentations: predictors of six-month outcome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40(5):580-5.
20. Goldston DB, Daniel SS, Reboussin BA. Psychiatric diagnoses of previous suicide attempters , first-time attempters, and repeat attempters on an adolescent inpatient psychiatry unit. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37(9): 924-32.
21. Bourgeois M, Facy F, Rouillon F et al. Epidémiologie de suicide. *Encycl Med Chir Psychiatrie* 1997 ; 37397-A20,10p.
22. Soloff PH, Lis JA, Kelly T. Risk factors suicidal behavior in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1994;151:1316-23.
23. Mercier-Conrie N. Étude épidémiologique des conduites suicidaires. *Psychol Med*1987 ;19 (5) : 6885-7.



Mosaïque romaine, El Jem, Tunisie.

Actualité scientifique

méditerranéenne et occitane

Alger les 6 et 7 décembre 2009 : le sujet en souffrance*



Alger vue depuis le lieu du congrès.

Ce texte est dédié à la mémoire de Mahfoud BOUCEBSI, professeur de pédopsychiatrie, fondateur de la Ligue algérienne des droits de l'homme, assassiné à Alger le 15 juin 1993 par des « FIS de la haine », selon l'expression de R. Boudjedra.

UN COLLOQUE INTERNATIONAL s'est tenu les 6 et 7 décembre 2009 au Palais de la Culture de style andalou, du plateau des Annassers, au coeur d'un superbe jardin dominant la baie d'ALGER.

Il était co-organisé par l'association française NOUR, animée depuis Aix-en-Provence par l'infatigable **Rachid GUENNOUN**, par la SARP (Association algérienne pour l'aide, la Recherche et le perfectionnement en Psychologie) qui regroupe beaucoup d'hospitalo-universitaires et publie la remarquable Revue d'études et de critique sociale NAQD, dont le comité de rédaction a fourni l'essentiel des intervenants de ce colloque, et par l'Association AMINE, présidée par le Pr **Abdenour LARABA**, pédiatre au CHU.

Colloque d'émotion, car il n'y a pas de neutralité possible avec ce qui concerne l'Algérie.

(NB : l'auteur de ces lignes a choisi ne pas répercuter les interventions françaises).

L'argumentaire :

« Dans une société comme l'algérienne où la tradition résiste à la modernité, où la question identitaire collective est au centre des pensées et des débats, la subjectivation peine à avancer, en particulier durant ces deux dernières décennies de régression sociale avec la montée des intégrismes religieux, et l'envahissement du champ des sciences sociales par le cognitivo-comportementalisme. Ces deux courants ont en commun le déni de l'individu en tant que sujet. Le premier le renie au profit de la communauté et de l'Umma, et le second le réduit à un ensemble de mécanismes bio-physiologiques ».

Le cadre :

Cette dernière décennie algérienne, marquée par de (trop) grandes tragédies aura mobilisé comme jamais les psycho-

* Compte rendu de Jean-Jacques Lottin.

logues cliniciens et les psychiatres en quête d'élaboration et de prise en charge de traumatismes multiples, touchant de plein fouet la génération des enfants et petits-enfants de la guerre d'indépendance et de son million de tués.

Comment faire face à ce trop, lorsque comme soignant on a soi-même été marqué par les crimes des intégristes, et que s'y AJOUTENT des catastrophes civiles : 2001, l'inondation de Bab-el-Oued (800 morts), 2003, le séisme de Boumerdès (2300 morts), 2008 l'inondation de Ghardaïa, en même temps que les massacres de Gaza très douloureusement ressentis en Algérie comme « leur » guerre qui continue ailleurs...

Tous ces intervenants ont été personnellement concernés et engagés par et dans ces événements. C'est dire qu'ils n'ont pas besoin qu'on leur exporte de vertueuses théories et conseils, ni de compassion, mais que nous devons être en position d'écoute humble et attentive d'un vécu à élaborer, éventuellement à aider.

* * *

Le colloque fut ouvert par notre collègue psychanalyste de Montfavet, **Simone MOLINA**, sur le thème du mal-entendu qui se développe sur le terrain du « pied de la lettre »... Chacun pouvant prendre à son compte son avertissement lorsqu'il s'agit de ressouder les deux rives de la Méditerranée. Elle y pratique régulièrement la supervision clinique, et rappelle que « dans la cure, le soin est de surcroît » et que l'écriture sert aussi à payer une dette (réelle ou imaginaire).

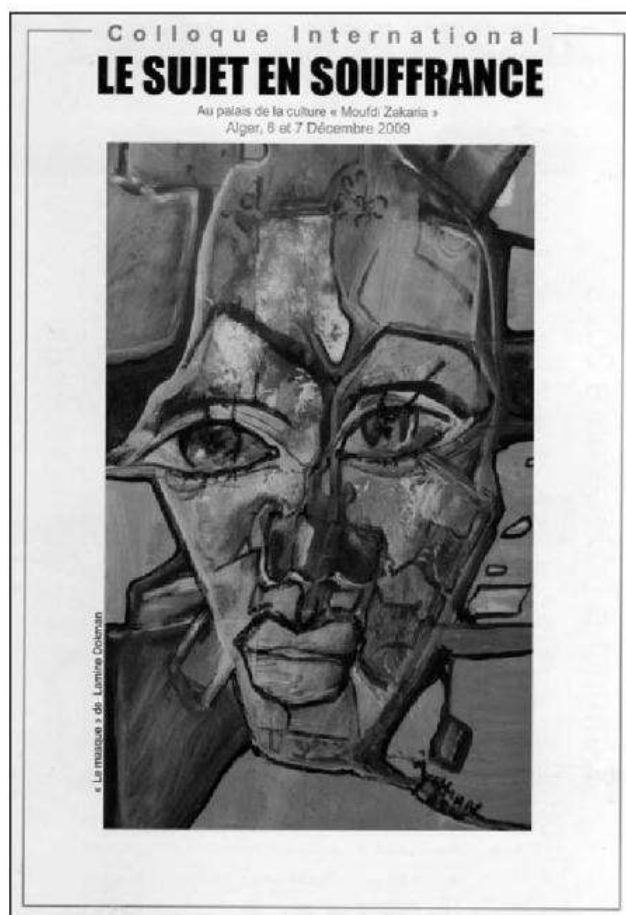
S. Molina par la suite, interviendra dans toutes les discussions, à l'aune de sa grande sensibilité pour ce qui concerne et la psychanalyse, et l'Algérie.

Pierre ÉVRARD aura l'occasion d'apporter des éclats de lumière et de raison à quelques moments de tension clinique ou dialectique...

Noureddine KHALED, psychanalyste et enseignant de psychologie à l'Université d'Alger, présente « Les traumatismes de l'enfance et leurs devenirs », chez des descendants de parents martyrisés par les terroristes. Sa recherche tente d'analyser pourquoi un tiers d'entre eux semble ne pas présenter de séquelles, du moins dans leurs performances scolaires (ce qui me semble un critère discutable, celui de la compliance adaptative, effaceuse des symptômes). Pour lui « le destin du traumatisme réel se forge en fonction de « l'état de santé » de son milieu familial. »

A cette occasion, il évoque avec distance les concepts un peu mésusés de résilience et de « vulnérabilité ».

Karima LAZALI, psychologue-psychanalyste algéro-française que les habitués des journées rémoises de La CRIÉE connaissent bien, a évoqué cette mystérieuse aventure anthropologique d'EL RAGUED, « l'enfant endormi », un mythe très ancien de connivence de genre « entre femmes » appelé ailleurs « le fœtus en sommeil », croyance qu'un enfant en gestation peut arrêter de grandir un temps plus ou moins long, en attente (inconsciente) d'un événement déclencheur (ALLAH ?) de son advenue au monde...



L'affiche du congrès.

Cette grossesse qui s'arrête, tandis que l'enfant continue de vivre, puis redémarre est bien entendu une RUSE, un avatar, un symptôme d'angoisse maternelle dans l'attente qu'il y ait ENFIN du père, plutôt que du géniteur...

Une défense non-dite contre le pesant patriarcat qui rend si difficile la vie des femmes en pays arabe ? El Ragued signe la tension parfois indicible entre l'émergence d'un appel vers le devenir sujet, et son incessant refus au nom de l'engloutissement par un collectif massifié : ou comment peut se maintenir le sujet comme lieu de résistance au moi ?

Mohamed BOUHAMIDI est un philosophe très engagé dans la lutte pour la démocratie dans son pays, écrivain et polémiste redoutable. Il évoque avec une grande passion l'impérissable figure de Frantz Fanon, psychiatre martiniquais à l'hôpital de Blida, qui devint combattant pendant la guerre de Libération. Il rappelle les termes de son manifeste, « *Peaux noires et masques blancs* » toujours d'actualité : « comment se fait-il que le dominateur entre dans les têtes du dominé ? » Et y reste...

Et sa réponse : « c'est par sa maîtrise du langage », formule qui ne peut que nous aider, en France, à décrypter le fonctionnement de notre pouvoir d'état, à l'ombre des ouvrages de Klemperer et d'Hazan sur la montée des totalitarismes. La colonisation est encore présente dans beaucoup de têtes. Bouhamidi développe ensuite une théorie originale sur le

racisme comme pathologie sexuelle...reposant sur la supériorité sexuelle fantasmée du dominé, même juif...

Abddelhak BENOUNICHE est chef du service des urgences psychiatriques du CHU de Bab-el-Oued, c'est dire qu'il parle de ce qu'il connaît...

Sous le titre « La psyché, comme un phénix », il aborde avec le pessimisme de l'intelligence, le délabrement de l'offre de soins psychiatriques et la pauvreté des pratiques alignées sur le DSM, la dominante des TCC dans l'enseignement et la standardisation, qui font disparaître le concept même de sujet, à l'heure où l'idéologie identitaire se développe derrière l'effondrement des repères symboliques et l'irruption d'un imaginaire tout-puissant, faisant sienne la formule de Charles MELMAN « *le silence des victimes aiguise le couteau des bourreaux* »...

La psyché algérienne après tant de souffrances, renaîtra-t-elle de ses cendres ?

Daho DJERBAL, par ses engagements politiques et sociaux, son courage face au terrorisme et à sa dénonciation, est un intellectuel clé de l'Algérie. Il est maître de conférences d'histoire contemporaine à l'Université, et a beaucoup travaillé la question

clé de la citoyenneté féminine en Algérie.

Directeur de la revue NAQD, il nous donne avec « *Les avatars de la mémoire en situation postcoloniale. Entre amnésie et hypermnésie* » une intervention d'un niveau exceptionnel, à l'ombre tutélaire de Germaine Tillon, Francis Jeanson et Alice Cherki... et cultive l'optimisme de la volonté contre l'effacement de l'altérité.

Pour résumer sa thèse : il n'y a pas eu d'élaboration du trauma de la guerre de libération. Des mini guerres de clans et de religion se sont greffées sur ces séquelles « oubliées », dont elles ont obscurci le sens. Les plaies se sont refermées sur une vision officielle et la propagande d'état. Les héros ont été effacés. Un pacte dénégatif des souffrances a été élaboré, créant le risque du soubresaut fratricide (comme au Liban). Une génération plus tard, le F.I.S. n'a eu qu'à puiser dans le stock des modèles de violences de la guerre française, que certains avaient éprouvées dans leur chair. Et achever le travail colonial contre leurs pairs... « Sans travail de mémoire, le soin ne peut pas guérir le trauma ».

Khaoula TALEB est linguiste à l'Université d'Alger. Elle traite « De la difficulté de se dire et de se vivre Algérien »... même quand son football bat l'Egypte et refabrique à bon compte une unité patriotique de façade, un masque identitaire ! Il lui semble que l'algérianité ne se vit que dans des situations paroxystiques, le quotidien étant fait de haines et détestation de soi marquées par la perte des repères de terre, de langues, de mémoire, d'histoire, c'est-à-dire, ce qui permet le vivre ensemble.

Qu'il est difficile de jouir d'une indépendance mal structurée et trop chèrement payée...

Et comment changer cette haine en amour ?

Mustapha HADDAD est psychosociologue universitaire. Il propose une lecture critique de l'ouvrage de Moustapha

Safouan « Pourquoi le monde arabe n'est pas libre », en particulier dans ses langues (dialectal, littéral, berbères, français « créolisé »), dont le contenu symbolique est confisqué par les pouvoirs d'état et religieux, limite de toute volonté « démocratique », quand le « modèle » occidental ne fonctionne pas ici.

En passant, HADDAD constate que le peuple et les jeunes peuvent accéder au bonheur en Algérie par des fêtes, beuveries, travestissements féminins à l'occasion d'une victoire au football, qui reconstruit momentanément une fierté identitaire à fort risque nationaliste.

Chérifa BOUATTA est psychanalyste, et travaille les « Situations traumatiques et leur devenir dans des groupes de paroles de femmes victimes de violences terroristes ».

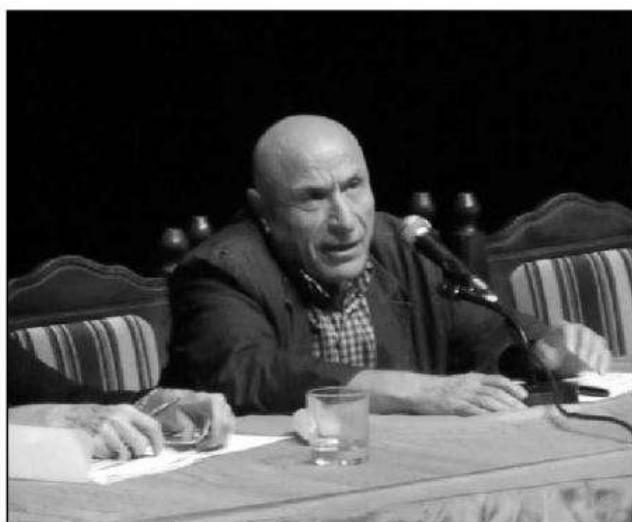
Paroles de vérité, et analyse puissante et sans complaisance du FIS, dont elle pose l'hypothèse qu'ils sont eux-mêmes enfants de parents qui se sont entretués entre FLN, MNA, harkis en quête de la légitimité de pouvoir, dans une culture désespérée de l'entre soi, cet homogène qui voit de l'étranger partout et cherche à l'éliminer, et constitue une pulsion sexuelle infantile. Les « purs », les « impurs ». Les boucs émissaires, les juifs, « même la France ne nous a pas fait ce que les FRÈRES ont fait »... mais quelle est donc cette ogresse qui gouverne l'Algérie, et comment en sortir ?

Mohamed CHAKALI, psychiatre à Frantz Fanon à Blida, expose avec humilité l'action du monde associatif autour d'un centre de transit, vers les malades errants et les traumatisés de plus en plus nombreux face aux défaillances hospitalières.

Dalila SAMAI-HADDADI évoque « La souffrance et le conformisme social » à quoi se résume la vie civile lorsqu'elle parvient à se dégager de l'emprise du religieux, seule base d'une ébauche de pacte social, donné comme sacré et immuable, prêt à porter puritain sclérosé, visa pour le paradis et ses houris... Où est le sujet dans tout cet effacement programmé de l'individuation ? « Inconsciemment, les femmes ne souhaitent toujours pas élever des garçons à être libres »...

La fin du colloque se tint sous la présidence de **Fadila CHITOUR**, professeure d'endocrinologie, et responsable du Mouvement WASSILA d'aide aux femmes maltraitées, nièce et fille des frères BOUMENDJEL, avocats du FLN dont Ali fut assassiné par le général Aussaresses en 1957.

Rachid BOUDJEDRA, un des maîtres de la littérature française, auteur d'inoubliables romans (La macération, l'Inondation, la Répudiation, le Démantèlement), avait la charge de tirer les leçons du colloque. Il le fit avec une certaine violence, accusant « les intellectuels » français d'être muets face au drame palestinien, et de ne pas remettre en cause le modèle occidental arrogant. Il rendit hommage à Pascale Hassoun, et rappela que s'il était encore en vie malgré sa condamnation par les « FIS de la haine », c'était grâce à la protection de la police et de l'armée algérienne dont certains voulaient faire les complices des années rouges.



Rachid Boudjedra.

En conclusion :

Ces débats ont témoigné d'une grande liberté de ton et de critique, et ouvrent à l'évidence – malgré les souffrances du sujet souvent insurmontables – une fenêtre à l'espoir. Les intervenants algériens pratiquent un niveau d'analyse rare en France, où l'on se réfugie souvent dans des débats scholastiques impuissants à cerner le réel de l'ici et maintenant. Tous marqués par la psychanalyse, ces Algériens ont prouvé que l'engagement social et citoyen, souvent à risque, et la prise de parti ne nuisaient pas au dogme clinique de la « neutralité ». Ils forment le noyau dur d'une réflexion politique sur l'avenir de leur pays, et méritent notre respect. Pas nos « conseils », encore moins nos leçons.

Notes de lecture



Les confidences du miroir

Henri Charignon et Françoise Bourdon
Charidep Édition, juin 2009

Henri Charignon nous a adressé son ouvrage, écrit en collaboration avec un écrivain spécialisé dans la rédaction de biographies, accompagné de quelques lignes au dos d'une carte illustrée par cette remarque de Jules Renard : « Je sais que la littérature ne nourrit pas son homme. Par bonheur, je n'ai pas très faim ». Henri Charignon, psychiatre libéral au Havre, est depuis de nombreuses années un fidèle de Psy Cause, apportant son humour et sa joie de vivre dans les voyages - colloques que nous organisons à l'étranger. Par ses quelques mots d'accompagnement, il se situe dans la dynamique de transmission qui sera le thème de notre Journée d'étude du 10 mars : « *voici le livre écrit (...) pour illustrer une « journée » de psychiatre libéral, afin de donner quelque vocation à des jeunes (ou moins jeunes) et pour défendre toute la psychiatrie... Des extraits peuvent être publiés dans la revue, si besoin.* »

Nous ne manquerons de faire quelques pas en compagnie du Docteur Irénée Désir au décours de sa journée de consultation, lors de notre prochain dossier sur la transmission.

Jean Paul Bossuat



Contre l'uniforme mental Scientificité de la psychanalyse face au neurocognitisme

Gérard Pirlot
Doin Éditeurs, janvier 2010

Pour l'auteur de cet essai engagé, ex praticien hospitalier, psychanalyste de « l'institut », professeur de psychologie à l'université du Mirail à Toulouse, et de surcroît rédacteur de Psy Cause, le discours cognitivo-comportemental est une « lobotomisation théorique » et un prêt-à-porter intellectuel assorti au politiquement correct ambiant qui veut éliminer la réflexion apportée par la psychopathologie psychanalytique. Cet ouvrage montre combien nombre d'hypothèses freudiennes sur l'associationnisme cérébral et psychique, la mémoire, le refoulement, l'inconscient, les liens entre émotion, souvenir et acte moteur, les fonctions du rêve sont aujourd'hui validées par les neurosciences. Là aussi, un enjeu très actuel.

Jean Paul Bossuat

Colloques et Conférences

Congrès sur la clinique interculturelle : Les langages de l'être, quand l'esprit parle au corps

Congrès de Marrakech (Psy Cause et ASCEIDOH)

Avec : Simone Molina (psychanalyste, Avignon), Karima Lazali (psychologue, psychanalyste, Paris et Alger), Sadek El Idrissi (psychiatre à l'hôpital militaire de Marrakech), Asmac Benadaba (sociologue, Fès), Abdeslam Dachmi (psychologue clinicien, directeur du laboratoire de psychosociologie clinique et pathologique à la faculté des lettres et des sciences humaines de Rabat), Sophie de Mijolla-Mellor (psychanalyste à Paris, sous réserve), Roland Gori (psychanalyste à Marseille), Anita Gueydan (psychanalyste à Avignon), Habib Samrakandi (psychosociologue du fait religieux en culture d'Islam, Toulouse), Benjamin Jacobi (psychanalyste à Marseille, sous réserve), MF Bencheckroun (ex professeur au CHU de Rabat Salé, psychiatre, psychanalyste, Rabat), Sfia Mosnier (psychologue clinicienne, Montfavet), El Hassan Rahoua (psychiatre et directeur de l'hôpital Ibn Nafis de Marrakech), Alain Gleyse (art-thérapeute, directeur de l'institut de recherche en art-thérapie à Avignon), Jacqueline El Faïze (psychologue clinicienne, hôpital Ibn Nafis de Marrakech), Moustapha Ettajani (psychologue et psychanalyste, Marrakech), Mohamed El Boussouni (psychiatre privé à Marrakech), Fatima Asri (psychiatre à l'hôpital Ibn Nafis de Marrakech et Professeur agrégé à la faculté de médecine de Marrakech), Imane Tazi (psychiatre chef de service à l'hôpital Ibn Nafis de Marrakech, Présidente de la société marocaine de psychiatrie, Professeur à la faculté de médecine de Marrakech), Miriam Reda (psychologue clinicienne, Montpellier), Jean Motte dit Falisse (psychologue clinicien, Docteur en criminologie, expert agréé près de la Cour d'Appel de Poitiers, chargé de cours universitaire), Saïd Ibrahim (pédopsychiatre, Marseille), Madeleine Gueydan (psychanalyste, Nîmes), Guy Largier (psychosomaticien, directeur de formation, Avignon), Rajaa Sitou (psychanalyste à Montpellier, sous réserve), Florence Pellegrin (psychologue clinicienne à Montfavet), Pascale Blanc (psychologue clinicienne, Valence), Patrick Verdié (infirmier, musicothérapeute, Montfavet), Jalil (psychiatre et psychanalyste à Rabat, Fondateur du cercle psychanalytique marocain), François Pommier (psychanalyste, Paris, sous réserve), Anne Rivet (psychologue clinicienne à Montfavet), Ilham Ibrahim (Association Cham's Marrakech), Sydney Levy (psychanalyste, Paris), Jean-Luc Delval (artiste peintre et psychanalyste), Pascale Hassoun (psychanalyste, Paris, sous réserve). Liste non limitative.

Le congrès sera introduit par Rahoua El Hassan (Président du congrès, Directeur du Centre Hospitalier Ibn Nafis de Marrakech), Gérard Mosnier (Président de l'ASCEIDOH, association d'échanges inter-hôpitaux de Montfavet), Jean Paul Bossuat (Président et Directeur de Psy Cause), Jean Pierre Staebler (Directeur du Centre Hospitalier de Montfavet).

L'organisation du congrès est pilotée par Rahoua El Hassan, Ikrame Brando et Claudine Fuya (psychologues cliniciennes à Montfavet, coprésidentes du congrès). Renseignements téléphoniques : Ikrame Brando (00 33 (0) 4 90 03 89 30) et Claudine Fuya (00 33 (0) 4 90 03 90 93).

Information détaillée (dont la partie découverte du Maroc) et inscription sur le site du congrès :

<http://www.psychocause-asceidoh-marrakech2010.org>



Centre Hospitalier de Béziers : une œuvre de l'atelier d'art-thérapie.

L'art dans le soin

XIV^{ème} Colloque inter-régional
et II^{ème} Congrès national de Psy Cause

CENTRE HOSPITALIER DE BÉZIERS

Le vendredi 22 octobre 2010

Argument

Art-thérapie, médiation artistique, expression créatrice, psychothérapie médiatisée, autant de définitions, autant de polémiques. Pourtant, l'art a toujours eu une place privilégiée dans les institutions psychiatriques depuis le XIX^{ème} siècle, en France et à l'étranger. Est-ce parce qu'il est un point de rencontre entre la folie et la normalité, parce qu'il donne une identité sociale au patient, mais est-ce suffisant pour dire qu'il est thérapeutique ?

La pratique de l'art avec le patient, selon certains, est thérapeutique parce que réorganisatrice du psychisme, selon d'autres, parce que la création introduit une démarche qui débouche sur une reconnaissance et une identité, et qui permet d'aller de l'avant vers un projet. Là est le cœur du débat.

Toute démarche psychothérapique n'est-elle pas une création de l'intime qui parfois peut déboucher sur de l'art ?

Inscriptions (repas non compris) : 120 € avec prise en charge (paramédicaux et formation médicale)
50 € sans prise en charge

S'inscrire au secrétariat du secteur 27 – Chantal Roose, CH de Montfavet BP 92, 84143 Montfavet cedex
Tél : 04 90 03 92 76 – Courriel : chantal.roose@ch-montfavet.fr

Renseignements : Jean-Louis AGUILAR, Centre Psychothérapique Camille Claudel
2 rue Rivetti, 34500 Béziers – Tél. : 04 67 35 74 59

Psy Cause : N° d'agrément Formation Continue 93840166884,

N° d'enregistrement en Préfecture : 208250, N° SIRET : 44519187700015, N° APE 804C, N° SIREN : 445191877

✂

BULLETIN D'INSCRIPTION - à retourner à l'Association Psy-Cause

Centre Hospitalier - Secrétariat Secteur 27 (Pôle Avignon Sud Durance) – 84143 MONTFAVET Cedex

NOM : Prénom :

Profession :

Adresse :

Tél. : Courriel :

Prix de la formation : • avec prise en charge (paramédicaux et formation médicale continue)....120 € ☐

• sans prise en charge.....50 € ☐

Chèque à l'ordre de Psy-Cause

L'intime

Le Centre Intersectoriel de Thérapie Familiale de l'Aude organise son deuxième colloque sur le thème de l'INTIME, le jeudi 29 Avril 2010 à l'amphithéâtre du centre hospitalier général de Carcassonne (11000) avec la participation du Docteur Robert Neuburger (Paris) et de Serge Escots (Toulouse).

Pour tout renseignement, contacter Pierre Griffe au 06 89 52 21 65, ou mmelin@asm11.fr

L'équipe de Psy Cause

■ Directeur de la publication et de la rédaction

Jean-Paul Bossuat (Avignon et Zarzis)

■ Rédacteurs en chef

Pierre Evrard (Avignon)

Brigitte Manivel (Avignon)

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

■ Administrateur trésorier

Guy du Bois (Roquemaure)

Adjoint : 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)

Rachel Bocher (Nantes)

Hervé Bokobza (Montpellier)

Jean-Marc Boulon (St-Rémy-de-Provence)

Anny Castel-Guilpart (Arles)

Fabienne Cayol (Laragne)

Jean-Paul Champanier (Grasse)

Jacques Dubuis (Lyon)

Baba Fall (Valence)

René-Louis Fayaud (Thuir)

Jean-Yves Feberay (Pierrefeu)

Olivier Fossard (Avignon)

Hervé Gady (Avignon)

Jean-Michel Gaglione (Martigues)

Réjane Galy (Béziers)

Marie-Claude Gardone (Avignon)

Dominique Gauthier (Laragne)

Dominique Godard (Martigues)

Jean-Louis Griguer (Valence)

Bernard Javellot (Pierrefeu)

Patrick Jouventin (Avignon)

Boh Souleymane Kourouma (Pierrefeu)

Arnaud Masquin (Villeneuve-lez-Avignon)

Claude Miens (Arles)

Jean-Baptiste Orler (Cannes)

Rafael Ortiz (Avignon)

Hosni Ouahchi (Avignon)

Yves Petit (Papeete, Polynésie)

Jacques Peyre (Montpellier)

Rémi Picard (Avignon)

Danielle Raoux (Salon)

Philippe Raynaud (Thuir)

Aline Rothman (Orléans)

Jacques Rustan (Toulouse)

Pascal Schindelholz (Papeete, Polynésie)

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)

Patrick Boyer (Uzès)

Ikrame Brando (Avignon)

Yves Chmielewski (Avignon)

Laurence Feller (Uzès)

Huguette Ferré (Martigues)

Thierry Fouque (Nîmes)

Marielle Fontaine (Avignon)

Jean-Marc Galland (Fréjus)

Alain Gavaudan (Marseille)

Jean-Jacques Lottin (L'Isle sur Sorgue)

Carole Mitaine (Antibes)

Jean-Pierre Montalti (Montpellier)

Youssef Mourtada (Le Mans)

Marie-José Pahin (Marseille)

Errol Palandjian (Draguignan)

Gérard Pirlot (Toulouse)

Patricia Princet (Fains)

Mila Ramon (Béziers)

Anne Rivet (Avignon)

Sophie Sauzade (Martigues)

Gilbert Schott (Uzès)

Dominique Schneider (Strasbourg)

■ Correspondants étrangers

Hassen Ati (Nabeul, Tunisie)

Béchir Ben Hadj Ali (Sousse, Tunisie)

Ahmed Benrqiq (Oujda, Maroc)

Alexandra Berankova (Ostrava, Tchéquie)

Andrew Blewett (Exeter, Angleterre)

Farid Bouchene (Alger, Algérie)

Jan Cimiski (Prague, Tchéquie)

François Dethier (Lernieux, Belgique)

Habachi El Gammal (Assouan, Égypte)

Rahoua El Hassan (Marrakech, Maroc)

Faten Ellouze (Tunis, Tunisie)

Vladimir Esaulov (Moscou, Russie)

Michaïl Fedorovitch Denisov (Saint-Petersbourg, Russie)

Ivan Galuszka (Bila voda, Tchéquie)

Prosper Gandaho (Abomey, Bénin)

Momar Gueye (Dakar, Sénégal)

Fakhreddine Haffani (Tunis, Tunisie)

Pavel Hlavinka (Opava, Tchéquie)

Kapouné Karfo (Ouagadougou, Burkina Faso)

Drissa Koné (Abidjan, Côte d'Ivoire)

Baba Koumare (Bamako, Mali)

Françoise Lanet (Lausanne, Suisse)

Ola Lindgren (Karlstad, Suède)

Nasser Loza (Le Caire, Égypte)

Corentin Nascimento (Niamey, Niger)

Mary-Kay Nixon (Victoria, Colombie Britannique, Canada)

Valère Nkelzok (Douala, Camérout)

Shigeyoshi Okamoto (Kyoto, Japon)

Arouna Ouedraogo (Ouagadougou,

Burkina Faso)

Ahmed Ould Hamadi (Nouakchott, Mauritanie)

Eugeny Snedkov (Saint Petersburg, Russie)

Maria Socolsky (Buenos Aires, Argentine)

Gyöngyigyi Szilagy (Budapest, Hongrie)

Mohamed Tadlaoui (Tlemcen, Algérie)

Petr Taraba (Opava, Tchéquie)

Raymond Tempier (Saskatoon, Saskatchewan, Canada)

Bertrand Turet (Gatineau, Québec, Canada)

Mathieu Tognidé (Bénin)

Sergeï Yakovlevitch Svistunov (Saint-Petersbourg, Russie)

Youri Zharkov (Moscou, Russie)

■ Conseil Scientifique

Thierry Alberne (Antibes)

Charles Alezrah (Thuir)

Dominique Arnaud (Avignon)

Charles Aussilloux (Montpellier)

Michel Bartel (Pierrefeu)

Jean-Pierre Baucher (Marseille)

Moïse Benadiba (Marseille)

Daniel Bley (Arles)

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)

Martine Fournier (Marseille)

Marie-France Frutoso (Uzès)

Claudine Fuya (Avignon)

Robert Julien (Marseille)

Dimitri Karavokyros (Laragne)

José Lamana (Avignon)

Jean-Luc Metge (Martigues)

Gérard Mosnier (Avignon)

Régis Polverel (Martigues)

Madeleine Pulcini (Lyon)

Gérard Pupeschi (Aix)

Dominique Pringuey (Nice)

Yves Rousselot (Aix)

Nicole Vernazza (Arles)

■ Directeur honoraire fondateur

Thierry Laverne (Pierrefeu)

Abonnement

– Bulletin d'abonnement –

Abonnement pour un an à la revue *Psy Cause* : 50 € 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 à :

PsyCause
Secrétariat du secteur 27 – A l'attention de Chantal Roose
Centre Hospitalier – 84143 Montfavet cedex

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).

Corps et langage
Quand l'esprit parle au corps
Congrès sur la clinique interculturelle
de Psy Cause et de l'ASCEIDOH*



À Marrakech du 6 au 12 juin 2010

Renseignements et inscription :

- Le site du congrès avec inscription en ligne :
<http://www.psychause-asceidoh-marrakech2010.org>
- Ikrame Brando, co-présidente du comité d'organisation,
Secteur 27, Pôle Avignon Sud Durance, Centre Hospitalier,
84143 Montfavet cedex. Téléphone 04 90 94 37 02
- Claudine Fuya, psychologue clinicienne,
Secrétariat du Pôle Centre Est Vaucluse, CHM,
84143 Montfavet cedex. Téléphone 04 90 03 90 93

* Association de coopération interhospitalière du Centre Hospitalier de Montfavet