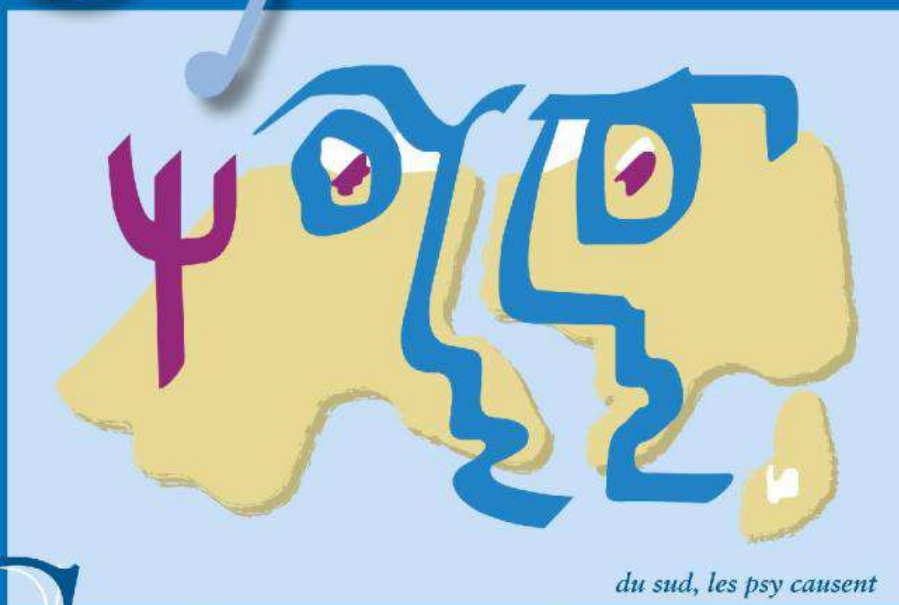


Psy



du sud, les psy causent

Cause

- Transmettre
- Opinion

Mario Mella
EDITION

Sommaire

Éditorial.....	2
PsyCause I – Transmettre	3
La psychothérapie institutionnelle est la psychiatrie	
Pierre Evrard.....	4
La place du psychologue en psychiatrie	
Geneviève Badoc.....	8
Les confidences du miroir	
Henri Charignon.....	10
Émotion et transmission. Entretiens avec François Grisoni	
François Grisoni.....	16
De l'hermétique à l'herméneutique, ou	
Aspects psychodynamiques du symptôme en psychiatrie	
Dominique Barbier	26
Le café philo	
Manuela Dubec.....	31
Médiation sonore dans la psychose infantile et	
qualités plastiques de l'enveloppe psychique	
Darwin Liegl.....	32
Le Pack en pédopsychiatrie	
Eric Rosse de Présent.....	39
La thérapie familiale analytique	
Christian Brouard	42
Ressources francophones en psychiatrie sur le web : où les trouver ?	
Nathalie Berriau, Carine Herbez	46
PsyCause II – Opinion.....	48
La psychiatrie basée sur l'évidence :	
une histoire à prendre avec modération !	
Raymond Tempier	49
Colloque de Béziers.....	54



Transmettre et caetera

Le titre de l'édito de ce numéro du premier trimestre 2010 s'inspire de la journée organisée pour Psy Cause par Didier Bourgeois au Centre Hospitalier de Montfavet le 10 mars 2010 avec pour thème « la transmission ». Journée qui s'acheva par ces mots de François Grisoni : « j'ai essayé de transmettre, je crois que ce n'est pas possible ». L'histoire n'est pas avare de temps troublés où se posa la question de la transmission : ce fut le cas à la chute de l'Empire Romain suivie de l'avènement du Moyen Age. Les moines copistes conservaient pieusement l'héritage de l'Antiquité qui ne fut exploité que bien des siècles plus tard avec la Renaissance. Bel exemple de transmission qui énonce une évidence : pour qu'il y ait transmission, il faut des hommes aptes à l'accueillir.

L'impression qui domine aujourd'hui au sein de ce qui fut et est (encore) le creuset de Psy Cause est métaphoriquement du même ordre : la chute d'une civilisation (celle de la psychiatrie humaniste issue de la grande aventure des établissements créés par la loi de 1838 et dont le dernier avatar fut la psychiatrie de secteur) et l'absence de relève adéquate. Transmettre serait, dans un premier temps, sanctuariser des pratiques dans des écrits, dans l'attente de professionnels aptes à les accueillir parce que plus tard le contexte sera de nouveau favorable tant au niveau des idées que de l'organisation des soins.

La question du consensus vient d'être dénoncée par le sulfureux ouvrage de Claude Allègre, « L'imposture climatique », qui s'appuie sur le constat de trois années consécutives de refroidissement de la planète et le propos d'Anaxagore : « La science, c'est de ne pas croire ce que tout le monde croit ». C'est un fait qu'il faut toujours avoir un regard critique sur des modèles susceptibles de prédire l'avenir le plus sombre et sur les idéologies dominantes. Un regard critique, cela implique deux attitudes complémentaires : être conscient des problèmes et être à l'écoute de l'inattendu. Jacques Lacan affirmait dans la séance de son séminaire consacrée au Grand Autre : « quelle chance d'être déçu par une réponse parce qu'elle n'est pas celle qu'on attend ! ».

Lors de cette journée du 10 mars sur la transmission, la composition de l'assistance était plutôt inattendue. Nous aurions attendu une forte majorité d'infirmiers, un nombre conséquent de psychiatres et quelques rares psychologues... Nous avons une majorité de psychologues dont de nombreux étudiants : ils étaient, comme le fit remarquer Pierre Évrard, « l'avenir de la psychiatrie ». Nous avons des interlocuteurs qui, par leur présence, se déclaraient concernés par le legs d'une civilisation en voie de disparition.

François Grisoni ajoutait à propos de la transmission : « l'explication empêche la transmission » ; transmettre, n'est pas seulement « écrire à l'imparfait », c'est aussi communiquer un mode de pensée. Au-delà de l'explication, il y a la surprise. Notre jeune public ne s'y trompait pas. Voilà qui est encourageant pour l'avenir. Alors, pour conclure, pourquoi ne pas paraphraser un air de Reggae qui accompagna jadis la Marseillaise : « Transmettre et cetera » ?

Jean-Paul Bossuat
Zarzis, le 18 mars 2010



1. Table ronde des psychologues.
2. Un public attentif.
3. Psychologues stagiaires : la relève.
4. De gauche à droite : Stanislas Struczyk, François Grisoni, Daniel Vigne.

Transmettre

Le 10 mars 2010, s'est déroulée au Centre Hospitalier de Montfavet, une journée organisée par Didier Bourgeois, de conférences, de témoignages et de débats sur le thème très actuel de la transmission. Plusieurs facteurs contingents à notre début du XXI^e siècle en France annoncent une rupture possible dans la pérennisation de pratiques et de références théoriques. Se conjuguent en effet un aspect démographique avec le départ massif d'une génération à la retraite, très partiellement remplacée au niveau des psychiatres publics et libéraux, remplacée par des soignants n'ayant pas bénéficié de la même formation spécifique que leurs aînés au niveau des infirmiers ; et un aspect organisationnel des soins qui apparemment bride l'initiative dans l'innovation clinique, du moins pour l'instant. Cette Journée s'est voulue une sorte d'inventaire d'un héritage à transmettre. À noter que le corps professionnel des psychologues fut majoritairement représenté et concerné : faut-il y voir une indication sur une mutation qui s'annonce ? Il fut très présent avec beaucoup de jeunes qui entrent dans le métier. La prospective, c'est-à-dire comment adapter nos pratiques dans le nouveau contexte pour un nouveau départ, sera le thème de notre congrès national annuel 2011 à Nantes organisé par Rachel Bocher.

Nous démarrons ce dossier consacré à la transmission, centré sur les communications du 10 mars mais pas uniquement, avec l'intervention de Pierre Évrard « La psychothérapie institutionnelle est la psychiatrie » qui expose le point de vue d'un psychiatre qui a fait le choix de travailler dans le service public hospitalier. Suit un positionnement concernant sa profession d'une psychologue exerçant dans le même lieu, Geneviève Badoc. Henri Charignon est psychiatre d'exercice libéral au Havre. Nous donnons ici, à sa suggestion, des extraits d'un livre « Les confidences du miroir » qu'il a publié pour susciter des vocations et transmettre son expérience, dans un style plein d'humour.

Avec François Grisoni, nous abordons la seconde partie du dossier, celle de la transmission de corpus théoriques. Ce psychiatre a profondément marqué de son empreinte « l'histoire » du Centre Hospitalier de Montfavet tant par la profondeur de son engagement professionnel que par l'originalité de sa pratique qui renvoie à Reich et à l'analyse des émotions. Suit une réflexion de Dominique Barbier, psychiatre chef de pôle, sur le symptôme à décrypter comme une souffrance qui fait signe : une appréhension théorique éloignée des actuelles préoccupations du DSM.

En troisième partie, viennent des témoignages sur des pratiques soignantes spécifiques pour lesquelles il est opportun de poser la question de leur transmission : le café philo avec une infirmière, Manuëla Dubec, la musicothérapie avec un psychologue musicothérapeute, Darwin Liedl, le pack avec un psychomotricien, Éric Rosse de Présent, la thérapie familiale avec Christian Brouard.

Nous concluons ce dossier avec une communication de l'ASCODOCPSY, qui est un réseau documentaire regroupant de nombreux établissements psychiatriques et dont le projet est de fédérer les revues francophones de psy au niveau d'un référencement francophone sur le plan international. Psy Cause est bien entendu partenaire de ce projet et d'ores et déjà ce dossier se réfère aux mots clé de la base du thesaurus Santépsy de l'ASCODOCPSY. Notre projet est de rapprocher progressivement notre revue des normes scientifiques internationales et d'être correctement référencés dans l'intérêt de nos auteurs.

Jean-Paul Bossuat



Pierre Evrard

La psychothérapie institutionnelle est la psychiatrie

Mots-clés : issus du thesaurus Santépsy : évolution, profession, psychiatre, psychiatrie, psychothérapie institutionnelle, étude critique, management, politique

L'argument s'ouvre sur une question : le métier de psychiatre est-il voué à disparaître ? De quel métier s'agit-il ?

Pour beaucoup ce métier a de l'avenir, tant le psychiatre est sollicité de toutes parts. Peut-être faut-il distinguer la **profession** de psychiatre, inscrite dans la division du travail, reconnue par l'Université, l'ordre des médecins et les instances sociales, du **métier** qui par ses résonances artisanales évoque davantage un engagement personnel, un souci éthique et un bricolage de ses propres outils.

Voilà plus de 40 ans que « professionnel » j'exerce le métier de psychiatre. Faisant partie de cette « génération qui s'en va » il me faut tenter très sommairement de répondre à ces questions :

Qu'ai-je à transmettre ?

Que faut-il protéger ?

En premier lieu : que m'a-t-il été transmis quand je suis entré dans ce métier ?

Ce qui a amené beaucoup d'entre nous, étudiants en médecine dans les années 60 à devenir *psychiatre* c'est, entre autre, le caractère souvent *inhumain des services médico-chirurgicaux* : le non respect de la **personne** des malades y étant alors dominant. Cela n'empêchait pas les « sciences » apprises à la Fac d'être souvent passionnantes, mais le contraste avec le milieu hospitalier était considérable. Nous découvrons ainsi l'envers, le négatif, d'une élémentaire **psychologie médicale**.

À l'époque, la neuropsychiatrie était une discipline unique. Quand on se retrouvait externe dans un service de neurologie, on rencontrait aussi des patients dits « psy ». Certains maniaque-dépressifs venaient à l'hôpital neurologique en phase dépressive, mais étaient envoyés à l'HP lors d'un accès maniaque. Le milieu psychiatrique demandait

la séparation de la Neurologie et de la Psychiatrie, ce qui sera obtenu à l'automne 68 d'Edgar Faure, poussé par sa fille psychiatre.

Balvet comparait le métier de neuropsychiatre à celui de **vitrier-friteur** (voilà bien un métier disparu !). S'il militait pour la séparation, c'était au nom d'une différence de **méthode** : le neurologue objective des signes dont le malade n'est que le porteur ; le psychiatre lui se doit d'accueillir **une personne** dont les symptômes sont avant tout la manifestation de son **existence** même. L'insistance actuelle du leitmotiv « le patient n'est pas un objet mais un sujet » n'est donc pas nouvelle. La spécificité de la psychiatrie a toujours poussé la psychiatrie à ne pas laisser enfermer dans l'ordre médical.

La séparation répondait aussi à un choix **politique** face au scandale de l'HP où s'entassaient 2700 malades dans des dortoirs de 40 et plus, face à un hôpital neurologique tout neuf aux moyens conséquents, où régnait un certain mépris pour l'HP. « L'extermination douce » pendant l'occupation ne remontait qu'à 25 ans. Il fallait en quelque sorte choisir son camp. Devenir Interne des Hôpitaux psychiatriques consistait en un **engagement** dans une conception de l'**humain**, de nature politique.

Ce que nos aînés m'ont transmis à cette époque, c'est cette combinaison inextricable entre **une critique** permanente de la condition **sociale** faite aux malades, leur exclusion, leur ségrégation, le rejet, le mépris, les préjugés dont ils étaient l'objet, et l'apprentissage de ce que **soigner** veut dire. (Bonnafé faisait du discours fou sur la folie l'objet de la psychiatrie autant que la folie elle-même).

Cet apprentissage n'était pas tant celui de techniques à appliquer mais celui d'**une manière de se disposer** soi-même et collectivement. Notre propre **subjectivité**, notre propre **appareil psychique**, notre être **social** devenaient le principal de nos outils. Il nous fallait dès lors articuler critique sociale et psychanalyse.

À cette époque, il y avait une vie d'internat ; on passait 4 ans dans le même hôpital. Les plus jeunes apprenaient beaucoup

Psychiatre

Centre Hospitalier de Montfavet.



auprès des plus anciens et de quelques « maîtres ». Nous étions plongés dans un **bouillon de culture** : ainsi pour moi celui du Vinatier à la fin des années 60. Quand éclata mai 68, ce fut l'occasion d'une analyse institutionnelle des rapports de pouvoir, des hiérarchies, de la bureaucratie asilaire, de l'oppression subie par les malades...

Rétrospectivement, je puis dire qu'il y eut peu de dérives, quelques illusions bien sûr, mais beaucoup de débats passionnants et sérieux. Nous recevions régulièrement des conférenciers : Lacan, Gisela Pankow, Serge Leclaire, Woodburry, Basaglia, Resnik, Lucien Goldmann, Serge Mallet, je ne les cite pas tous... Notre génération a été au contact des pionniers qui avaient connu d'autres effervescences : celles de la guerre et de la Libération.

Nous avons appris que l'Histoire de la psychiatrie n'est pas seulement celle des techniques de soins mais qu'elle reflète les convulsions de l'Histoire tout court laquelle donne sa couleur à la façon de **problématiser** la psychiatrie. – Aujourd'hui l'heure étant à la mondialisation néolibérale, au primat de l'économie, à la privatisation des services publics, à la compétition dans tous les domaines, à **la peur** devant tout ce que la centrifugeuse sociale fabrique d'inadaptés de toutes sortes... la psychiatrie se problématise dans ce contexte.

Les diverses facettes de ce métier me sont apparues à cette époque de « formation » :

- Critique de la condition sociale des malades.
- Analyse de ma propre implication : « qu'est ce que je fais là », avec l'aide de la phénoménologie et de la psychanalyse.
- Souci éthique du malade le plus rejeté.
- L'analyse des **facteurs d'aliénation du milieu, autant pour les soignants que pour les soignés** (les clefs, les portes, les blouses, un électrophone.... devenaient des objets dignes d'analyse.)
- Conviction qu'il y a des « questions préalables à toute entreprise de soins » « débroussailler le terrain ».
- Que cela passe par une analyse des institutions qui nous traversent, nous contraignent ou au contraire nous libèrent.
- Que **rien ne va de soi**, pas plus pour le psychotique que pour nous autres.

Toutes ces facettes ont trouvé leur cohérence dans **un corps de concepts** élaboré par le mouvement de psychothérapie institutionnelle. Je n'en retrace pas l'histoire. J'ai baigné très tôt dans le récit de l'histoire de Saint-Alban puisque Balvet dont j'étais l'interne, en avait été le médecin directeur. C'est lui qui avait accueilli Tosquelles, jeune réfugié de la guerre d'Espagne en 1940. D'autre part un certain nombre d'anciens internes de Balvet étaient allés ensuite à LA BORDE (René Bidault, D.Rothberg, N.Guillet). Je devais passer 5 ans dans le Loir et Cher, à proximité de ces cliniques de « psychothérapie institutionnelle » : La Borde, la Chesnaie, Sommeville, Freschines, qui constituaient un autre « bouillon de culture »..

J'en viens donc au titre que j'ai choisi : la Psychothérapie Institutionnelle EST la Psychiatrie.

C'est un slogan récurrent du mouvement de Psychothérapie Institutionnelle

(A. Buzaré a pris ce titre pour rendre compte de son expérience à Angers).

Qu'entend-on par P.I. (Psychothérapie Institutionnelle) ?

Ce syntagme « P.I. » a été choisi par Daumezon (cf : Fleury les Aubrais) et Koechlin en 1952. Si l'on examine le destin de cette dénomination, on constate beaucoup de malentendus et de contre sens.

Il faut répéter une fois de plus que *L'institution n'est pas l'établissement.*

Les institutions évoquées par la PI sont celles que l'on institue en tant que **médiations** de l'échange entre des personnes. Ce sont des systèmes de règles régissant les rapports des hommes entre eux. Ainsi des réunions, des ateliers, des horaires, dont le réseau forme un tissu institutionnel, une « tablature » (Oury)

Une institution n'est pas seulement un fait social objectif extérieur aux individus, mais aussi un fait subjectif intériorisé par eux. Les institutions sont révisables, elles peuvent même dépérir ou être attaquées et détruites.

La langue pour de Saussure est une institution. Elle est là, **instituée** extérieure au locuteur, lequel installé dans cette langue se fait **instituant** par la parole (faute de locuteurs on sait que des langues disparaissent). Ces institutions ont pour but de libérer la **créativité**, la **parole**, l'**initiative**, la **démocratie**, dans les groupes aussi bien des « soignants » que des « soignés ». Les soignés sont aussi des « soignants » à l'instar de l'« analysant » (terme rendant davantage compte de son rôle actif, que celui d'« analysé »).

La psychiatrie est elle-même une institution. Elle comprend un certain **style de rencontre** avec ses règles, ses habitudes, ses préjugés, ses attentes ou ses rejets...

Un certain nombre de **concepts** issus de la PI sont toujours valables, même s'ils sont attaqués de toutes parts à l'heure actuelle. Ils sont porteurs de **valeurs et de sens critique**, y compris la critique du sens commun.

Parmi ces concepts :

- La distinction entre aliénation sociale et psychique
- Accueil de l'insolite et de la singularité
- Le transfert
- La greffe d'« ouvert »
- la transversalité
- Le collectif, etc...

« Pour une thérapeutique plus active en H.P » était le titre choisi par le psychiatre allemand Hermann SIMON qui déjà en 1929 énonçait que pour soigner les malades, il fallait d'abord **soigner l'hôpital**. Les conduites d'agitation, les conduites de passivité étaient considérées par lui comme un effet néfaste du milieu. Oury parlera de pathoplastie pour nommer cette sur- aliénation sociale recouvrant l'aliénation mentale. Pensons aussi à la notion de malade-symptôme. Hermann Simon préconisait de donner le plus possible de **responsabilités** aux malades, le préjugé de leur irresponsabilité ne faisant qu'aggraver leur pathologie. La notion de **Club thérapeutique** trouvera là une de ses racines.

À ce sujet, on est malheureusement obligé de constater l'échec historique des clubs. Il n'en subsiste que quelques uns en France, institués du reste dans la Cité, donc pas nécessairement intra hospitaliers.

C'est sur cette carence que s'instituent de nos jours les **G.E.M** que l'on oblige, en pratique, à être complètement séparés des équipes de psychiatrie, de par des diktats administratifs prétendant que des soignants ne doivent pas donner du temps à une association loi de 1901, sur leur horaire de travail !! On se prive là d'un outil essentiel.

Le Comité Hospitalier de notre hôpital rassemble certes beaucoup de bonnes volontés mais n'échappe pas à un certain paternalisme et montre sa réticence à associer des malades à sa gestion. (Imaginons une externalisation du Comité Hospitalier dans la Cité avec son théâtre, son bar, sa galerie d'expositions, son CATTP..., le réaliser est une autre paire de manches.)

Traiter l'hôpital ou n'importe quel autre dispositif de soins c'est traiter l'**ambiance**, c'est promouvoir un certain type d'**accueil**, une certaine manière d'**être avec l'autre**, de favoriser ses investissements, c'est pour les dits soignants,

trouver suffisamment de disponibilité afin de pouvoir s'engager dans **une relation**, d'en parler en groupe... c'est l'**action d'instituer**.

Tout cela implique des **conditions** qui ne sont pas seulement celles de qualités personnelles (évaluables) mais qui sont **institutionnelles**. Cela touche des questions de **hiérarchie**, de **règlements** dictés de l'extérieur qui au lieu de favoriser les motivations ont souvent l'effet inverse : celui de démotiver.

Comment s'engager dans la tâche de pousser l'autre à désirer quand son propre désir est écrasé par toute une machinerie qui produit de l'**embarras** et de l'**empêchement**, d'où nombre de passages à l'acte et d'acting out.

La **politique de la peur** et l'obsession sécuritaire renforcent cette tendance. Le malade redevient celui dont on se méfie ou qu'il faut surprotéger et enfermer, et n'est plus celui que l'on rencontre, avec lequel une certaine connivence s'installe, auquel on fait confiance, même au prix de certains risques à assumer.

Dans les services hospitaliers, c'est de plus en plus flagrant : l'« **ambiance** » est souvent déplorable, cela étant même justifié par des arguments du genre : ici ce n'est pas un hôtel, ce n'est pas un lieu de vie, ou encore la « **frustration** est thérapeutique ». Quand on sait toute la finesse qu'implique le soin à un schizophrène et le souci permanent de sa « **vie quotidienne** » qui devrait être de mise : bonjour les dégâts.

Mais tout cela est masqué par le recours de plus en plus massif à des neuroleptiques.

Un schizophrène qui va bien serait un patient soumis. Bien sûr que son apragmatisme est une conséquence de la psychose, mais pas seulement. Il est aussi lié à une carence en « **institutions** » qui pourraient l'ouvrir, en prenant le temps... Le système institutionnel dominant actuellement dans nos hôpitaux renforce plutôt les mesures de contraintes. Il semble de plus en plus aller de soi qu'un patient qui dénie sa pathologie, soit systématiquement mis en unité fermée. Comme s'il devait être médicamenté à tout prix, sans égard à tout un tissage de liens transférentiels, à tout un travail d'accrochage qui devrait éviter cela.

La séparation manichéenne entre l'intra et l'extra hospitalier favorise de telles régressions.

À ce **clivage** institué entre le dedans et dehors, on peut opposer ce que la politique de secteur avait instauré : celui d'une bande de Moebius où l'on peut passer de l'un à l'autre sans franchir de bord.

Ma génération a combattu l'asile. J'ai moi-même longtemps travaillé en Centre Hospitalier Général en développant CMP et CATTP ; avec peu de moyens. Combattre l'asile ne veut pas dire supprimer le droit d'asile.

Il faudra toujours des lieux d'accueil de la misère existentielle. La Psychiatrie de secteur, politique officielle de la psychiatrie publique dont je suis contemporain de l'installation, est désormais mise à mal.

On imagine volontiers, le mouvement qui va vers la privatisation des structures extra hospitalières, les services intra

hospitaliers répondant, en tant que fonction régaliennne de l'Etat, à une volonté de plus en plus sécuritaire. Retour en force de l'« enfermement ». Les malades ne pouvant pas vivre dans la cité étant au mieux hébergés dans des structures médico-sociales.

Alors même que le schizophrène est victime d'une maladie de toute une vie, la notion d'équipe de secteur l'accompagnant tout au long de son parcours est en voie de disparition. L'éthique de la psychiatrie impose un devoir d'hospitalité alors même que ça et là on constate une psychiatrie de représailles ; (distinction inspirée de Winnicott reprise par G.Dana) « l'hospitalité » est le paradigme d'un psychiatre digne de ce nom.

Cette démarche d'hospitalité se retrouve aussi bien dans une simple consultation dans un bureau de CMP. Nous connaissons des infirmières ou des assistantes sociales qui font ça très bien. Mais quel décalage avec l'infantilisation qu'elles subissent parfois de leur hiérarchie qui les renvoie sèchement à un statut d'exécutant. !!

Félix Guattari distinguait les **groupes sujets** et les **groupes assujettis** :

- Le groupe sujet s'efforce d'avoir une prise sur sa conduite, il secrète les moyens d'élucider son objet, et s'ouvre vers un au-delà des intérêts du groupe.
- Le groupe assujetti subit sa hiérarchie, se laisse dicter ses règles de l'extérieur, se ferme sur lui-même, secrète des mécanismes de défense mortifères.

Une équipe soignante peut selon les moments passer d'une position à l'autre. Pour répondre à sa mission, elle se doit de dépasser les facteurs d'assujettissement pour s'ouvrir aux autres : les dits soignés.

Les contraintes assujettissantes de tous ordres sont de plus en plus fréquentes chez les infirmiers, mais chez les médecins aussi

Il est piquant de considérer qu'il existe une « organisation des soins » qui ne concerne même pas les médecins !! (la seule marge de manœuvre restant au médecin serait-elle de choisir entre Risperdal ou Zyprexa dans sa prescription ?) Le peu d'indépendance conservée par le psychiatre des hôpitaux est en train de disparaître.

Un seul patron à l'Hôpital : le directeur. Le médecin de service public, ce « magistrat du soin » selon une formule pertinente, sera engagé par le directeur, sur un contrat d'objectifs chiffrés....

Rappelons nous que les expériences de Psychiatrie Institutionnelle les plus développées dans le public l'ont été sous la conduite de Médecins Directeurs. :

- TOSQUELLES à St Alban
- DAUMEZON à Fleury les Aubiers
- AYME à Moisselles...

Ce n'est pas obligatoirement une garantie, tant la consistance de l'Imaginaire sclérose les rapports de pouvoir. Les médecins ne sont pas à l'abri d'une intériorisation de « modèles managériaux », pas plus que la hiérarchie infirmière. C'est bien pour cela qu'est plus que jamais nécessaire une analyse institutionnelle éclairant les obstacles à une dynamique vraiment thérapeutique.

L'assujettissement des médecins et des infirmières à de multiples contraintes se manifeste souvent dans un empêchement de penser, l'emprise d'un « il faut bien que.. » masquant la perception que « cela ne va pas de soi ».

Il m'arrive de penser que les psychologues, de par leur moindre implication dans des décisions contraignantes à prendre, sont en position de mieux conserver leur esprit critique. Pour combien de temps ?? demanderait un pessimiste ; ils sont peut-être l'avenir de la psychiatrie publique, se risquerait un optimiste.

Tout cela, de l'ordre d'une microsociologie des dispositifs de soins de psychiatrie publique est bien sûr la répercussion de ce qui se joue à l'échelle de notre société.

Un changement de culture

Le **changement de Culture** qu'a connu la psychiatrie est contemporain de la suppression de l'internat des Hôpitaux Psychiatriques et de la formation spécifique d'infirmier psychiatrique, ainsi que des ravages de l'idéologie managériale (Cf mon article sur le management dans Psy Cause n° 52) infiltrant les hôpitaux, et de ceux de l'idéologie sécuritaire dans les structures de soin et dans les têtes.

Les entraves de cuir ont réapparu. Je n'en avais jamais vu aux débuts de ma carrière. Notons en passant une dérive sémantique courante qui confond « contention » avec « fonction contenante ».

Il y a 40 ans, les blouses blanches avaient peu à peu disparues des services de psychiatrie. Elles sont de retour, un DATI dans leur poche.

Au Vinatier, Balvet avait fait appel à des malades pour abattre des murs, voici qu'on en reconstruit. Les médecins et leurs équipes n'ont plus aucune latitude dans les recrutements.... La notion « d'équipe » elle-même disparaît. Chacun est interchangeable. Cela tient du miracle quand ceux qui se trouvent là à travailler ensemble par hasard parviennent à partager des objectifs communs.

Je m'étais engagé dans le métier de psychiatre de service public, je vais le quitter. Mes successeurs deviendront des « prestataires de service » sous la condition qu'ils soient bien assujettis aux objectifs de l'hôpital-entreprise.

Ces mutations entraînent un véritable « **choc de cultures** ».

Voilà donc quelques bribes, importantes selon moi, d'une « culture » à transmettre et à protéger.



Geneviève Badoc

La place du psychologue en psychiatrie

Mots-clés issus du thesaurus Santépsy : psychologue, institution, psychiatrie, coordination, association professionnelle, formation permanente, transmission du savoir, représentation du personnel

Psychologue clinicienne depuis une trentaine d'années au Centre Hospitalier de Montfavet, je dirai paradoxalement que les psychologues dans l'institution sont aujourd'hui mieux représentés que par le passé. Nous sommes 70 environ et la demande est de plus en plus forte. Les nouveaux collègues ont des formations de grande qualité, mais notre fonction soignante qui exige éthique et créativité est mise à mal par la logique comptable si nous ne sommes pas vigilants.

Quelle est la place du psychologue dans l'institution psychiatrique ?

Nous sommes psychologues de la fonction publique hospitalière. Ce titre chèrement acquis récemment par quelques collègues à l'issue du concours de titularisation, nous donne des droits et des devoirs.

Le patient est au centre de notre travail, mais nous ne pouvons exercer dans l'institution comme nos collègues en libéral. Nous soutenons les équipes pluri-professionnelles dans lesquelles nous sommes insérés.

Même si toujours nous avons essayé de nous réunir pour défendre notre statut (recrutement, passage en hors classe, temps FIR), nos rencontres d'alors s'inscrivaient dans une démarche syndicale. Ce n'est que depuis 6 ans qu'à l'initiative de quelques collègues dont Claudine Fuya, le collège des psychologues a vu le jour. Ce collège n'est pas une instance officielle comme le sont les commissions paritaires, le CTE mais son rôle de représentation institutionnelle élargit son champ d'action.

Le collège des psychologues

Au CHM, cette instance a été pensée comme un lieu de rencontre, d'information et de solidarité. Elle se propose aussi d'être un espace d'échange et d'élaboration autour de préoccupations cliniques, épistémologiques et professionnelles telles que :

- l'éthique de la pratique clinique,
- la sauvegarde des outils de travail spécifique à la profession,
- le souci de la transmission et de la formation.

Le Collège permet une cohésion et une lisibilité de la représentation des psychologues au sein de l'hôpital. Ainsi, il est un lieu d'adresse clair et un organe de liaison qui permet de faciliter les échanges avec les autres composantes institutionnelles (administratives, médicales...), mais aussi avec les divers organismes extérieurs qui souhaitent solliciter les compétences des psychologues du CHM (observatoire régional de la santé, conseil de santé mentale, universités...).

Le collège des psychologues regroupe tous les psychologues de l'hôpital, qui y sont membres de droit et ce quelque soit leur statut administratif ; c'est un organe de liaison entre nous et notre hiérarchie – il permet une réflexion et des prises de décision nous concernant (stagiaires, organisation du temps de travail, temps FIR, évaluation, formation spécifique aux psychologues). Par ses représentants, dont je suis, 3 élus pour deux ans, renouvelable une fois, il articule le corps des psychologues à l'institution dans la fonction hiérarchique (directeur) et dans ses liens fonctionnels (médecins). Les psychologues participent à certains groupes de réflexion de l'institution (groupe éthique, groupe d'évaluation).

Dans sa fonction d'accueil des jeunes diplômés, des nouveaux collègues, des stagiaires, le collège assure la transmission d'une réflexion sur notre fonction soignante et sur le positionnement du psychologue au sein de l'institution, avec les différents partenaires.



Le collège a pu bénéficier depuis 4 ans d'une enveloppe globale pour une formation spécifique : c'est ainsi que des collègues se sont formés aux techniques projectives Rorschach, TAT.

La réflexion autour des nombreuses demandes de régulation d'équipe que les différents services du CHM adressent au collège a abouti à la mise en place d'une formation spécifique, permettant ainsi de répondre aux demandes institutionnelles dans une perspective de qualité.

La création du collège a permis que les psychologues soient directement sollicités par l'administration pour participer à la réflexion en s'inscrivant dans des groupes de certification.

En renforçant leur place d'acteur institutionnel, le collège permet aux psychologues de faire entendre la singularité de leur voix, et de soutenir, face à l'évolution des contraintes administratives, la spécificité du positionnement clinique qui fonde leur action professionnelle selon le code de déontologie des psychologues : « Le respect de la personne dans sa dimension psychique est un droit inaliénable, Sa reconnaissance fonde l'action des psychologues. »

Un autre exemple de transmission au sein du corps des psychologues est :

La transmission de notre clinique

À notre initiative, un groupe d'une dizaine de psychologues auxquels se sont adjoints parfois quelques médecins et analystes privés se réunit depuis 4 ans autour de la psychothérapie analytique de patients psychotiques. Ce qui nous réunit, c'est de pouvoir nous soutenir au cours de suivis longs et difficiles, c'est aussi la question du transfert de travail qui nous est commune, ou comment chacun des participants exposant un suivi questionne le groupe, les questions des collègues relançant notre processus associatif.

Ce groupe de travail adossé au Point de Capiton fonctionne réellement et symboliquement dans l'institution hospitalière comme un lieu de résistance : « un de derniers endroits de l'Hôpital où l'on peut penser le travail » comme le disait un des participants.

En conclusion

Le psychologue pourra mieux tenir sa place dans l'institution s'il connaît l'organisation dans laquelle il s'inscrit, les règles qui définissent sa profession.

Se soutenant de l'affiliation au corps des psychologues, reconnu par ses pairs, il sera affermi dans son identité pour exercer le plus souvent seul auprès des patients et des équipes.

C'est toute l'importance de nos rencontres (collège, groupes de travail...) plus indispensables aujourd'hui pour continuer à penser et à résister au rouleau compresseur de la nouvelle gouvernance mais qui nécessitent investissement, éthique, humilité et bienveillance.



Henri Charignon
Extraits du livre de Henri Charignon¹
et Françoise Bourdon²,
choisis et montés par Jean-Paul Bossuat*

Les confidences du miroir

Mots clé issus du thesaurus Santépsy : roman, autobiographie, psychiatre

Le personnage de ce roman autobiographique, campé par Henri Charignon, est un psychiatre havaïen d'exercice libéral nommé Irénée Désir...

IRÉNÉE ! Il ouvrit les yeux et se mit à égrener sa journée de travail. Il n'en connaissait pas le détail. Il suffirait, le moment venu, de consulter l'agenda posé sur la table de verre qui lui servait de bureau. En préparant la pile de dossiers de la veille, il savait à quoi s'attendre. Il passa en revue quelques habitués qu'il allait revoir (...). Il jugea qu'il était temps de se raser et de s'habiller et quitta, à regret, la baignoire. Il s'approcha du miroir et commença le rasage. Le miroir, encore dans les vapes, lui renvoya une image floutée. Il l'essuya avec une serviette et son visage lui apparut : le teint basané, la peau lisse. Pas si mal ! Pour une soixantaine qui s'assume et puis la calvitie qui l'avait longtemps taraudé, lui allait bien. Il avait même lu dans un magazine, pourtant un sérieux, un de ceux auxquels il était abonné, que les femmes appréciaient cette marque de distinction, sans compter que nombre de stars du sport ou du show-biz en avaient fait une mode. Il enfila un polo orange qui faisait ressortir son hâle et un pantalon de toile beige. Il lissa une dernière fois, à deux mains, ses cheveux imaginaires, fit un clin d'œil satisfait au miroir. (...)

Le chemin était court, à peine dix minutes, entre son appartement et là où il travaillait. Il aimait particulièrement ce bol d'air matinal. (...) Avant de franchir le seuil et d'entrer dans l'immeuble, il posa un regard sur les trois plaques de plexiglas aux lettres dorées sur fond noir. Rien n'avait changé depuis la veille, le dentiste restait au rez-de-chaussée pendant que son associé pratiquait, tout comme lui, au deuxième étage. (...)

1. Psychiatre libéral

Le Havre

2. Écrivain spécialisé dans la rédaction de biographies

Charidép Édition, juin 2009.

* Avec l'aimable autorisation, et la suggestion d'Henri Charignon.

La journée s'annonçait bien. Le sourire aux lèvres, le docteur Désir grimpa les volées de marches avec l'aisance d'un randonneur, déverrouilla la porte palière, traversa le couloir sombre. Il ouvrit son bureau. Moquette verte, à droite un divan ou plutôt un canapé de cuir blanc aux larges accoudoirs, à gauche le piano qui servait maintenant à entreposer les dossiers. Au fond de la pièce, les premiers rayons de soleil s'immisçaient par la porte-fenêtre. (...)

Tout à coup, l'image de Bernard, casqué, à vélo, tout à l'heure dans la rue, s'imposa. Il n'avait pas changé. Bernard. Ils avaient beaucoup travaillé ensemble pendant dix ans. Leur relation était devenue presque familière. Très intellectuel, passionné d'art, il lui parlait de ses dernières découvertes au musée, mais Irénée dut s'avouer qu'il enviait la facilité avec laquelle il voyageait, notamment en Italie. Bernard évoquait Sienne, Rome, Venise... avec de telles envolées lyriques et une telle exaltation qu'on avait peine à ne pas vouloir faire partie du prochain séjour.(...) . (Irénée) se souvient qu'à cette époque, il n'était pas question de voyage : il était jeune dans la profession, ses enfants étaient petits...

Trotskiste, Bernard arrivait souvent au cabinet avec quelques exemplaires des tracts qu'il avait distribués entre les rendez-vous et s'enflammait avec la même vigueur qu'un feu de paille. Dans ces moments de « manie », Irénée devait le retenir pour ne pas se laisser entraîner et l'aider à revenir à la réalité. Bernard souffrait de maladie maniaco-dépressive et sa réalité était moins brillante. Il décrivait de grandes difficultés relationnelles avec ses collaborateurs et avec ses deux fils. Sa femme était partie quelques années auparavant, lassée sans doute des extrêmes. (...)

Sept heures cinquante cinq ! La stridulation caractéristique de la demande d'entrée se fit entendre. Il décrocha le



combiné mais ne prononça aucun mot, se contentant d'appuyer fermement sur la commande d'ouverture. Il quitta son cabinet pour accueillir ce nouveau patient, le mena jusqu'aux deux fauteuils recouverts de velours bordeaux et s'assit derrière la table de verre.

La trentaine, assez baraqué, un mètre soixante dix-huit, quatre-vingt kilos, François E... s'installa dans le fauteuil de droite. Sans ambages, il expliqua : « Je sors de l'hôpital psychiatrique, j'y avais été admis à cause du stress. Je suis sujet à des angoisses, à des fécalithes... » À coup sûr, il avait entendu le mot à l'hôpital, mais Irénée était sur ses gardes. Le dossier ouvert sur des feuilles blanches qu'il sépara verticalement d'un trait noir, il commença à écrire.

François E... avait l'habitude du milieu psychiatrique, il venait pour faire une psychothérapie. Il expliqua qu'il avait été diagnostiqué schizophrène, quelques années auparavant, qu'il était stabilisé grâce à sa bonne observance du traitement : un neuroleptique retard. De l'autre côté de la table, le fauteuil vert émit un couinement et une voix demanda à partir de quel moment, les troubles étaient apparus (...). Cela remontait à cinq ans, lors de son service militaire chez les pompiers de Paris, à la suite d'une ambiguïté, on l'avait tabassé, lynché... Le psychiatre de là-bas l'avait hospitalisé en urgence. Sportif, les cheveux à la Bob Marley, François E... fit rapidement penser à un autre patient. (...)

Sa pensée, un peu comme celle d'un autiste, se repliait sur elle-même et se nourrissait de complexes inconscients, au lieu de se nourrir des échanges relationnels. Irénée écoutait, interrompait, par moments, le discours qui prenait parfois un tour cocasse, pour une précision.(...) « Nous commencerons la psychothérapie, la semaine prochaine ! Même endroit, même heure, cela vous convient-il ? » Le patient suivant n'était pas arrivé. Il ouvrit largement les deux battants de la porte-fenêtre et aspira de profondes goulées. (...) Se tournant vers la table où traînait encore

le dossier de François E..., il le revit assis dans le fauteuil de velours .(...)

Dans le couloir, il ouvrit un immense placard dissimulé dans la cloison et s'empara d'un dossier concernant ses jeunes patients puis revint à la table. Il ouvrit la boîte et feuilleta les chemises intérieures colorées : vertes, roses, bleues... « Vingt et un ans qu'il dort aux archives ! », se dit-il. Il pensa qu'il aurait aimé faire des enquêtes. (...) 1977 ! Tout s'emboîtait. Il s'agissait bien de François E... Deux décennies avant, il accueillait un jeune garçon de douze ans adressé par un confrère pédiatre parce qu'il souffrait « d'une instabilité psychomotrice » (...). Irénée notait que François E... n'avait pas fait la moindre allusion aux séances d'autrefois bien qu'elles aient eu lieu avec le même thérapeute. Il est vrai que Freud avait déjà évoqué ces consultations de l'enfance dont les enfants ont perdu le souvenir à l'âge adulte. Des collègues psy le lui avaient dit aussi, mais en faire l'expérience soi-même... !

(...) Il quitta son bureau pour prendre en charge le patient suivant et tomba nez à nez, si l'on peut dire, sur une boule de poils qui se colla tout de suite à ses chaussures. (...) Le chien jappa comme pour prévenir son maître de l'arrivée imminente du docteur Désir dans la salle d'attente. Irénée serra la main qu'on lui tendait et invita à le suivre. Heureusement qu'il avait pris l'habitude de lancer un « bonjour ! » bien sonore et sans autre précision car une fois de plus il aurait dû s'excuser. Quelle idée !, cette salopette en jean informe, la chemise de bûcheron plus vraie qu'au Canada, mais surtout les cheveux coupés à la brosse (Sûr que le temps chez le coiffeur était réduit !)... ! On ne peut pas dire qu'elle ressemblait à une femme, Catherine M... ! À chaque fois, il se faisait prendre ! Joly, son fox-terrier, ne présentait aucune ambiguïté et continuait à sauter une folle sarabande autour d'Irénée. Catherine M... s'assit dans un des fauteuils rouges pendant qu'Irénée reprenait sa place. Elle lui tendit



Le port du Havre.

immédiatement une page dactylographiée en s'écriant : « J'ai trouvé ! J'ai trouvé votre ange gardien (...) »

La journée de consultations se poursuit (à lire dans le livre, avec toujours autant de remarques savoureuses), lorsque le psychiatre décide de s'accorder une petite pause.

Irénée décida qu'une petite pause serait la bienvenue. Il remplit la bouilloire qui attendait au pied de son bureau, le bon vouloir de son maître, l'alluma. Bientôt, un borborygme presque digne de l'enfer se fit entendre. Ah ! Non pas l'enfer. Parfois, il avait l'impression de le côtoyer à travers les récits de ses patients. Enfin, un petit coin de paradis, s'il vous plaît, à ne penser à rien d'autre que la verdure, à une verdure encore vierge des traces de l'humanité. Il tira le sachet de thé vert à la menthe de la boîte, déplia le cordon et le plongea dans le liquide brûlant, étiquette à l'extérieur. Il poussa un long soupir en s'étirant voluptueusement dans le fauteuil vert puis ramena ses mains sur son visage et les fit glisser doucement vers l'arrière en fermant les yeux (...). Il jeta le sachet dégoulinant dans la poubelle et commença à siroter. Les tensions s'effaçaient au rythme de l'ingestion du liquide parfumé. Il songea au principe des vases communicants et se dit qu'il serait bon de remplacer ainsi les miasmes quotidiens. Hélas ! Les choses ne fonctionnaient pas de cette manière. Pas de poubelle dans la tête pour jeter ce qui était usé et repartir avec du neuf. Un recyclage permanent jusqu'à la mort. Oui !, c'était bien ça, un recyclage sans fin, une bonne gestion des déchets, on fait du neuf avec du vieux. Le rire qu'il laissa échapper à l'extérieur le fit sursauter. Le mieux c'est qu'il faisait son recyclage pour lui, et qu'il

s'était donné comme mission d'aider les autres à faire leur recyclage ! Curieux ! (...)

Il en était là de ces réflexions quand le téléphone, placé dans l'ancien secrétariat se mit à sonner. Il laissa le répondeur faire son travail d'enregistrement. « Chaque chose en son temps ! », se dit-il et il but d'un trait le reste de thé attiédi.

Après les petits rangements domestiques, il avisa une lettre cachetée et l'ouvrit. L'en-tête le fit sursauter. Il s'agissait d'un confrère généraliste, ancien interne de ... Interne, interné... Hôpital psychiatrique départemental. 1970 ! Il en gardait une impression profonde mêlée d'horreur. Les malades attachés dans des pièces, ou plutôt dans des culs de basse fosse, gisant sans matelas, sur des paillasses souillées. Des infirmiers avec dix clés à la ceinture, au milieu des cris, des odeurs pestilentielles... Un univers clos, un univers carcéral du XIX^e siècle transposé au XX^e ! Il s'était, pendant quelques instants imaginé en Pinel des temps modernes, ce même « Pinel détachant les aliénés » qu'un sculpteur avait immortalisé devant La Salpêtrière. En réalité, Irénée savait que le premier à s'être soucié des malades mentaux était un certain Jean-Baptiste Pussin. Il était infirmier et pour avoir fréquenté l'hospice de Bicêtre comme indigent, il avait compris mieux que personne l'inhumanité du traitement des malades, mélangés aux criminels, aux prostituées, (...) tous enchaînés. C'était en 1789. Pussin avait raconté son combat dans des mémoires qu'Irénée avait lu avec intérêt. Ainsi donc, malgré ces esprits novateurs, Irénée avait pu constater que peu de chose avait changé. Son esprit soixante-huitard en avait été révolté mais il avait dû attendre 1972 qu'un hô-

pital psychiatrique nouvelle génération s'installe au cœur des villes pour demander à y travailler. Là, il n'y avait ni grille, ni chambre d'isolement, ni serrure..., des portes vitrées.

Le docteur Désir reprit l'enveloppe ouverte et se fit la remarque que quarante ans après, il lui fallait bien avouer que nombre de ces idées « libérales » était de l'ordre de l'utopie dans les hôpitaux psychiatriques. On avait instauré, au fil du temps, davantage de vigilance, voire des caméras de surveillance... La tendance carcérale tendait à reprendre le dessus et Irénée se disait que, malheureusement, les faits avaient eu raison des théories humanistes. Aujourd'hui il était fier d'exercer, dans un cadre choisi, son activité de praticien libéral. « Profession libérale », pour lui n'était pas une simple expression, c'était un sens, un sens donné à sa conception de l'autre, du patient.

Irénée déplaça la lettre : « Cher confrère,... Ma patiente Noria D... que vous connaissez... ». S'il la connaissait, Noria ? Pour ça oui ! Il l'avait vue pour la première fois à l'H.P. comme on disait en jargon professionnel. Elle était hospitalisée pour troubles étiquetés « schizophréniques » : entre autres, elle entendait des voix dans la rue. Puis elle avait suivi la thérapie en ville, dans son cabinet. Il se souvint que lors d'une séance, elle avait révélé qu'elle avait été violée à l'H.P. Cet épisode avait été suivi de gros troubles du comportement. Par deux fois elle avait tenté de se suicider en se jetant par une fenêtre. Elle en était restée handicapée, malgré de longues périodes de rééducation. Jamais elle n'avait manqué sa séance, tous les mois. Pendant trente ans ! (...) Malgré les nombreuses tentatives de ses parents pour la marier, elle était restée célibataire. Une fois elle a demandé au docteur Désir : « Voulez-vous m'épouser ? ». Irénée lui avait fait comprendre, sans parler des raisons intimes, que ce n'était pas possible, que c'était contraire à la déontologie. Il s'était heurté à une incompréhension totale car comment de comportement déontologique à quelqu'un qui a subi un manquement à la déontologie dans un lieu où il doit absolument être protégé ? Tout un système de valeurs est ébranlé. Noria continue à vivre avec sa mère, et l'on peut difficilement les reconnaître l'une de l'autre. Lors du dernier rendez-vous, Irénée lui a prescrit un neuroleptique de nouvelle génération pour réduire ses hallucinations et le délire : du *risperdone*, un par jour... (...)

Irénée porta machinalement le regard sur l'un des fauteuils cramoisis et se remémora une scène qui l'avait laissé pantois. Une fois, une patiente, tee-shirt blanc, short blanc, était entrée en sueur ; « Ho ! La ! La ! Comme il fait chaud ! ». Sans qu'il ait pu réagir, elle avait retiré tee-shirt et short, et avait pris place en string sur le fauteuil. Le docteur Désir se souvenait de son émoi. Il sentait encore les gouttes de sueur perler sur son front dégarni. Elle n'arrêtait pas de bouger les jambes, les croisant, les décroisant, les écartant, les alignant. Il était resté imperturbable tout au long de la séance, derrière son bureau. Tentation, provocation...

Au bout d'une demi-heure d'entretien, il avait fixé le prochain rendez-vous, prit congé comme d'habitude et la patiente s'était rhabillée. Cet épisode lui avait fait

prendre conscience de sa faiblesse mais aussi de sa force. Pourquoi n'avait-il pas dit d'emblée « rhabillez-vous ! » à cette femme ? Il était médecin, pas moralisateur, et s'était dit, après coup, qu'il était plus subtil d'arriver, par son attitude, à faire comprendre à l'autre qu'on était dans un cadre thérapeutique. Il avait aussi mieux compris combien le respect du cadre thérapeutique était important pour le patient et pour le médecin. La pièce, son aménagement et son ambiance, la place des protagonistes, devant ou derrière le bureau, les horaires à respecter, tout devait contribuer à sécuriser le patient. (...)

La sonnerie de la porte d'entrée ne tarda pas à se manifester, mais au lieu d'ouvrir grâce à la commande à distance comme d'habitude, le docteur Désir s'enquit de l'identité du visiteur : « Madame B... ». Malgré lui, Irénée Désir ne put s'empêcher de relever qu'elle s'était appelée « madame », alors que la juste utilisation des termes voulait qu'elle indiquât ses prénom et nom. Certes, il n'allait pas se faire « plus royaliste que le roi », mais il aimait à retrouver le sens profond des choses, l'authenticité du vocabulaire pour traduire au mieux les situations, les émotions. Son travail ne consistait-il pas, aussi, à aider le patient à mettre des mots sur les maux pour se les approprier d'abord, puis pour mieux les tenir à distance et enfin pour les surmonter ? Avec son « Madame B... », sans qu'elle s'en rendit compte, elle s'effaçait en tant que personne à part entière au profit de son image sociale. Irénée décida de mettre un terme à sa réflexion. Le dossier d'Irène B... attendait sur le bureau.

Il l'ouvrait quand il entendit des pas dans l'entrée. Il accueillit une belle blonde de cinquante ans qui s'assit immédiatement dans le fauteuil cramoisi. Le docteur Désir avait l'habitude maintenant de son entrée théâtrale. Vêtue à la dernière mode, une longue écharpe sur l'épaule, on ne pouvait manquer de la remarquer. Toutes les semaines, depuis des années, Irène B... venait avec son lot d'aventures, les plus inattendues, pour surprendre le thérapeute. De là à voir une entreprise de séduction, il n'y avait qu'un pas qu'Irénée franchit allègrement, car c'était justement un des symptômes du mal-être d'Irène B... . À l'époque où elle était mariée, elle était témoin de Jéhovah avec son mari et leurs trois filles. Un instant, Irénée l'imagina compassée et austère, emmitouflée dans des nippes. Elle avait tenté de se canaliser mais des antécédents l'avaient fait sortir de ce cadre. Certes, elle avait un ami, un amant se reprenait-elle, depuis six ans, un cuisinier de vingt-huit ans, mais elle collectionnait les aventures avec des hommes parfois impuissants ou violents, qui, tout compte fait, la laissait insatisfaite. (...) Ce jour là, Irène B... reprit son épopée. Elle venait de faire la connaissance d'un vieux cultivateur du coin, Gérard, qui, après quelques partouses avec des entraîneuses de bar conviées chez lui et après des jeux de piste dans sa cave pour découvrir son magot, avait trouvé en Irène la compagne du moment. « Il parle cauchois et il lui manque les dents du bas mais il sait que son argent ne m'intéresse pas. C'est pas comme les filles à poil qui sont venues chez lui... Mais aucune n'a trouvé. »



Le port du Havre.

Le docteur Désir ne dit rien, se remémorant seulement que Gérard faisait déjà partie d'une longue liste. (...) Le docteur Désir se fit la remarque que jamais Irène B... n'avait investi affectivement une rencontre. Elle s'en rendait plus ou moins compte car, une fois elle s'était livrée : « Je me demande si les hommes, ça me va ». Irénée Désir n'avait vu dans cette remarque une quelconque envie de se tourner vers les femmes, mais plutôt une lucidité concernant sa difficulté à éprouver des sentiments.

« La belle indifférence des hystériques », Irénée fut surpris par cette expression qui lui revient de la période où il était encore étudiant. Charcot, Freud ? En tout cas, Irène B... était une patiente qui menait un travail sur elle-même avec le thérapeute car elle souffrait. (...) Quand il l'avait vue pour la première fois, le docteur Désir avait bien compris qu'il ne s'agissait pas de simulation ni de souffrance masquée, même quand elle énuméra ses symptômes qui allaient de troubles digestifs, en hémorroïdes, de problèmes pulmonaires en acouphènes... On aurait pu la penser hypocondriaque, mais Irénée avait appris à décrypter les demandes, les détresses. Les différents médecins avaient sûrement fait de leur mieux mais, pour nombre d'entre eux, enfermés dans leur vision physiopathologique des patients et malgré la multiplication des examens, IRM et autres, ils étaient passés à côté, oubliant le b-a ba : l'être humain ne se réduit pas à son corps. Grâce à la thérapie et à la prise d'anxiolytique, Irénée réussissait à juguler les symptômes somatiques. « Saut mystérieux du psychisme dans le physique », se remémora-t-il.

Irène B... se cala un peu plus dans le fauteuil cramoisi, relevant, dans un geste très féminin, la mèche blonde qui

lui cachait le regard depuis quelques minutes. Elle souriait arborant un hâle assez soutenu pour ne pas provenir du littoral normand. Irénée croisa son regard : elle était détendue, heureuse. Elle se lança aussitôt dans le récit de ses dernières vacances. L'arrivée en république dominicaine, l'hôtel de luxe (« de rêve », précisa-t-elle), la joie de son petit fils, Casimir, âgé de six ans... bref tout y passa : les repas, les ébats dans les eaux turquoises, les promenades, les rencontres. Le docteur Désir éprouva pour elle une réelle satisfaction devant ces joies simples qui reflétaient un équilibre. Irène B... continua le récit : « Un jour que nous étions sur une plage, certes proche de l'hôtel, mais qui n'était pas réservée aux clients... » ; elle s'interrompit : « Vous comprenez, j'en avais un peu marre de trouver sur mon chemin une vieille anglaise sèche et rabougrie qui passait son temps à se faire bronzer l'intérieur des bras, les mains ouvertes et tendues, comme en prière. Le visage luisant de crème avec une espèce d'entonnoir sur le nez, elle pinçait les lèvres dès qu'elle nous voyait. Il y avait aussi le couple de Français... J'avais essayé d'engager la conversation, mais... pantouflards, scrogneugneu... bref, pas du tout mon genre. » Elle demanda un verre d'eau au médecin et reprit : « Un jour, que nous étions partis « en explorateurs », Casimir et moi, nous sommes tombés sur une petite crique occupée par les gens du coin. C'est vrai, ça m'a plu, ils étaient noirs, métis, ça change des blancs pâlichons. J'ai bien l'impression qu'il y en avait peu qui venaient pour se baigner, ça ne m'étonnerait pas, d'ailleurs, qu'il y ait des trafics de drogue ou autre... Mais j'ai appris quelque chose, docteur, vous me croyez, n'est-ce pas ? On dit toujours que les Noirs ont une grosse bite, eh bien, moi je peux vous dire... que c'est vrai ! Y

en avait un qui se baladait avec un short très court. Je sais pas trop ce qu'il faisait car il est passé plusieurs fois devant nous. Entre nos baignoires, nous nous allongions sur le sable. Le plus souvent, Casimir, avec son seau et sa pelle essayait de construire un château, sans s'éloigner. Mais, vous me croyez ?, le short était très court qu'à un moment j'ai vu son sexe,... énorme. Lui, il ne s'en est pas rendu compte et a continué ses allées et venues comme si de rien était. Casimir a vu, il n'a pas compris, il a eu peur. J'ai ri. »

Elle but une gorgée d'eau, plantant ses yeux dans les yeux du médecin qui lui faisait face. Manifestement, elle épiait la moindre amorce témoignant du choc ou de l'excitation que son récit suscitait, et à travers lui, qu'elle-même suscitait. Le docteur Désir, comme à l'accoutumée, se garda bien de s'extérioriser d'une manière quelconque. Il était bien confronté au problème existentiel d'Irène B... . Beaucoup de son mal-être surgissait dans ce récit. Elle voulait être intéressante ? Eh bien elle l'était !

Le docteur Désir devait écouter certes, mais aussi encadrer, recadrer les choses. Pas question pour lui de juger, de moraliser mais d'aider les patients à retrouver le contexte, à se rendre compte des situations et à en tirer profit pour un comportement mieux adapté dans des situations futures. À l'aide de questions et en instaurant un réel dialogue, il arrivait à lui faire « comprendre » son imprudence à rester dans une zone où vraisemblablement elle n'avait rien à faire, (n'avait-elle pas évoqué les trafics ?). Irénée lui rappela qu'elle n'était pas seule, que si elle avait une responsabilité envers elle-même, cette responsabilité était multipliée par le fait qu'elle soit adulte responsable d'un enfant de six ans, en la circonstance. Irène B... ne connaissait pas les limites. Certes c'était sûrement rigolo de se retrouver seule Européenne entourée d'autochtones, mais avait-elle pensé un seul instant que le manège du Noir était délibéré, pour l'exciter et la voir tomber dans son jeu ? Avait-elle pensé à son petit fils de six ans agressé par ces deux adultes irresponsables ? Elle disait qu'elle avait ri. Pour l'enfant, c'était une autre forme d'agression, il devait être respecté dans son intimité. Mais la notion d'intimité était inconnue pour Irène et, pourtant, le thérapeute l'avait, maintes fois, mise en garde dans ses relations avec ses filles...

« Patience et ténacité », c'était sûrement, parmi celles qu'il devait posséder, les qualités les plus sollicitées chez le docteur Désir. Rien n'était jamais fini, tout était toujours en chantier, il voyait heureusement de légères améliorations chez ses patients. Ainsi, Irène B... avait, depuis longtemps déjà, abandonné la tentative de suicide pour appeler au

secours. (...) Toujours et encore, l'action du docteur Désir consistait, quand il avait connaissance de ses plans, à la mettre en garde face aux dangers générés par certaines situations ou certaines personnes, et à essayer de mettre un peu de raison dans les « délires ». Elle sortait toujours du cadre, se retrouvant dans des situations aberrantes. Une fois, en Thaïlande, lors d'une des visites à son ex-mari, elle avait rencontré, séduit, un Arabe richissime qui l'avait invitée... De retour, elle avait raconté au psychiatre, son séjour dans un palais digne des « mille et une nuits », le plus souvent alanguie, un verre à la main, au bord de la piscine... En fait, sa maladie consistait en une quête éperdue d'excitations, qui n'étaient pas forcément génitales, pour exister.

Quand le médecin lui demanda quels étaient ses projets, elle répondit tout de go, qu'elle avait quelques semaines de travail devant elle : un emploi saisonnier de ramassage de pommes de terre, en pleine campagne à une dizaine de kilomètres de la ville. Il n'en fut pas surpris. Courageuse, dure à la tâche, elle s'adaptait même à l'inconfort.

Le docteur Désir ne put s'empêcher de souffler intérieurement : elle était épuisante et demandait au thérapeute, un surcroît d'énergie. Soulagé d'arriver à la fin de la séance, il prit le cahier pour fixer les prochains rendez-vous et les lui soumettre. « Oui, c'est d'accord pour le 5, pour le 12 aussi », elle cocha sur son propre agenda. « Mais le 19, je ne serai pas là. Je viens de prendre un billet pour Djerba. Huit jours, c'est pas long, mais ça va me faire du bien ! Docteur, connaissez-vous l'hôtel *La rose des sables* ? Il paraît que c'est sublime. » Irénée prétextait un document à remplir pour la sécurité sociale et la laissa quitter les lieux, sans l'accompagner. Harassé, il ouvrit la fenêtre toute grande. Il resta quelques instants assis sur le fauteuil vert tourné vers l'extérieur. Il se rendit compte qu'il ne pensait à rien. Il était épuisé et il goûta la sensation du vide qui l'habitait. Voilà qui ne lui était pas arrivé depuis longtemps. Il ferma les yeux, se prit à prendre le temps de respirer profondément. Il resta ainsi immobile...

Soudain, il sentit un courant d'air frais. Il frissonna, ouvrit les paupières... Il avait faim. En jetant un coup d'œil à sa montre, il s'aperçut qu'il était déjà plus de midi et demi.

Nous voilà au milieu de la journée de consultations du docteur Irénée Désir... et au milieu du livre d'Henri Charignon et Françoise Bourdon. Nous laissons à cet instant le lecteur... sur sa faim. La suite des aventures du docteur Irénée Désir, à lire dans ce savoureux témoignage à commander chez votre libraire préféré !



François Grisoni

Émotion et transmission. Entretiens avec François Grisoni

Mots clés issus du thesaurus Santépsy : interview, émotion, psychomotricité, corps.

Transmettre (mars 2010)¹

François Grisoni exerça les fonctions de psychiatre chef de service au Centre Hospitalier de Montfavet de 1975 à 1992. Ses collègues lui avaient confié, comme rituel d'accueil, la charge d'une unité de « défectologie » qui regroupait les cas déficitaires qui encombraient leurs services. François Grisoni en fit une unité pilote, un véritable laboratoire de recherche, qu'il nomma « le Ventoureso ». Il réalisa dans ce lieu de soins un film qui fut primé en 1987 au festival de Lorquin, intitulé « Les innommables ». Cette prise de position était emblématique de son engagement auprès de tous les patients dont il avait la charge dans son service, avec en corollaire un souci permanent de la formation de son personnel. Les années 1970, contemporaines de son arrivée à Montfavet, étaient celles d'un foisonnement théorique porteur d'immenses espérances. D'un côté, il y avait la psychanalyse revisitée par Jacques Lacan, d'un autre la mise en place du secteur, l'âge d'or de la psychothérapie institutionnelle, et enfin l'arrivée de ce qu'on appelait alors la bioénergie ou la dynamique émotionnelle. On relisait Reich, on espérait suivre la voie de Janov vers le cri primal, on explorait son architecture émotionnelle en groupe, on vivait des expériences de renaissance sous des matelas. Moi-même, à l'époque, j'avais expérimenté à Fleury les Aubrais des prises en charge émotionnelle de patients dépressifs et participé à un marathon de bioénergie piloté par Roger Gentis. C'était une époque passionnante bien éloignée du positivisme actuel. François Grisoni n'a cessé d'expérimenter et de théoriser tout au long, et au-delà, de sa carrière cette approche du soin de la personne humaine via l'émotion.

1. Chapitre introductif rédigé par Jean-Paul Bossuat à partir d'une prise de notes et d'une présentation de Daniel Vigne dans « Évolutions psychomotrices » N°7, août 1990.

Ce texte intitulé « Entretiens avec François Grisoni » s'inscrit dans la question de la transmission à plus d'un titre : transmission d'un corpus théorique et de pratiques « décalées » avec notre début du XXI^e siècle, voire aujourd'hui impossibles dans la plupart de nos institutions, transmission de paroles. Il en fut ainsi dans une ambiance chargée d'émotions ce 10 mars 2010 au sein de la salle de conférences du Centre Hospitalier de Montfavet. Malgré des conditions d'écoute difficiles (François Grisoni n'avait pu monter sur la scène de la salle), le public était recueilli, conscient de vivre un moment particulièrement chargé de sens.

« J'ai essayé de transmettre, mais je crois que ce n'est pas possible. » Par ces mots, François Grisoni introduit son propos, ajoutant : *« parce que l'explication empêche la compréhension »*. Il nous décrit Freud comme étant un inventeur au gré de son improvisation : *« il a passé toute sa vie à nous décrire les instances de l'inconscient. Il nous a donné son fantasme de ce qu'est l'inconscient. »* Or, précise-t-il, *« ce qui m'intéresse, ce n'est pas ce qu'on a à me dire, mais l'expression. Freud nous apprend que je ne peux pas me fier à mon expression, c'est-à-dire à mon imaginaire et à mon sentiment, alors que c'est cela qui compte. »*

« La transmission, je m'y suis essayé par écrit. Il se trouve que je ne peux pas écrire à l'imparfait ce qui est encore actuellement présent. L'imparfait est une exigence pour essayer de transmettre ce que j'ai fait. On me demandait des explications : c'est facile, on prend un exemple et l'on a tout de suite des explications rationnelles. Mais alors, on s'arrête à l'explication. Or, au-delà de l'explication, il y a mon sentiment qui, dans le cas présent, fut la surprise. » François Grisoni nous dit qu'il y a 48 heures, il travaillait sur un texte et à qu'à 10 heures du soir, il ressentait une grande fatigue. Or il ne se couche pas habituellement avant deux heures du matin. Il s'est dit : *« il s'agit là d'un signal que l'inconscient se manifeste, d'un phénomène qui ne dépend pas de ma volonté et va bouleverser mon projet : le désir. »*

J'avais oublié que j'avais promis de venir à Montfavet alors que j'avais promis que je n'y reviendrai jamais. »

Il écrivait sur le contre-transfert : *« un transfert et un contre-transfert se présentent ensemble. Or il y a deux transferts et deux contre-transferts. L'idéologie dominante dit que le transfert est l'affaire du patient tandis que le contre-transfert est l'affaire du thérapeute. Je ne crois pas que ce soit vrai. »*

Didier Bourgeois, organisateur de cette journée du 10 mars sur la transmission, interroge François Grisoni, sur la pratique des marathons. *« Le projet était simple, répond ce dernier. Je commençais à pratiquer des thérapies corporelles et les gens m'ont demandé ce que c'était. Je leur ai alors dit dans le bulletin du personnel : venez faire un marathon de sensibilisation. Puis j'en ai fait un deuxième. On m'a dit qu'il fallait continuer. Il y eut ainsi un premier groupe de perfectionnement. Et il y eut une trentaine de marathons. »*

Claudine Fuya, psychologue à Montfavet, lui fait observer : *« êtes-vous au courant qu'il y a des infirmiers orphelins de Grisoni ? » « Je crois qu'ils sont dans l'illusion que je manque », répond-il.*

Il enchaîne sur ce qui lui semble important, à savoir l'engagement dans son métier : *« mon regret est de ne pas m'être retrouvé en prison. On ne peut pas être psychologue ou psychiatre dans un hôpital public sans mériter la prison. »* À titre d'exemple, il nous raconte qu'il a fait sortir un malade en HO en permission de week end alors qu'elle était interdite. Mais, ajoute-t-il, *« comme j'étais psychiatre, j'ai échappé à la prison »*. Serait-ce encore vrai de nos jours ? Pourrait-on encore aujourd'hui travailler comme le faisait François Grisoni ? Il nous a en tout cas délivré le message d'un engagement qui exige de l'audace.

François Grisoni nous confie l'importance qu'a eu pour lui le psychodrame. Le concept d'abréaction, mis en évidence par Freud, à savoir la réactivation d'une émotion passée par une cause présente, autrement dit la réactivation d'une émotion qui n'a pas été ressentie, l'a beaucoup intéressé. Or, dit-il, *« mon expérience du psychodrame m'a montré l'importance de l'émotion présente. Être présent, c'est exprimer ce que je ressens. C'est ce que m'a appris le psychodrame. Et il m'a appris la psychiatrie. »*

« Il y a, poursuit-il, deux façons d'être malade : soit on est fou et guidé par la raison (c'est à dire paranoïaque), soit on est fou et guidé par l'imagination. Lorsque j'étais jeune psychiatre, assistant en psychiatrie, j'ai fait une bouffée délirante : j'en avais fait le diagnostic sur moi-même. Heureusement, je faisais du psychodrame. Je garde de cette expérience un souvenir ébloui. Je comprenais tous les gestes des élèves que j'avais. Je me suis dit un beau jour : c'est formidable et je ne veux pas arrêter. Alors cette garce de bouffée délirante a disparu dans les deux heures. On m'a demandé au psychodrame : pourquoi appelez-vous cela une bouffée délirante ? Parce que je suis psychiatre, ai-je répondu. Depuis Palo Alto, on pense que la bouffée délirante est une expérience émotionnelle : j'étais dans mon imagination. »

François Grisoni articule alors sa causerie entre le passé et l'avenir. *« Je n'ai qu'un français véhiculaire car ma mère ne parlait pas sa langue maternelle au moment de ma naissance. »* Cela lui a donné du recul sur la parole qui *« n'est qu'une construction trompeuse »* même si elle définit l'humain. *« Nous avons oublié notre passé : qui se rappelle que l'homme est un animal évolué ? L'homme cache son animalité. »* (Nous aurions pu lui parler de l'approche actuelle de Boris Cyrulnik).

Il poursuit par la transmission des interdits parentaux : *« je me les suis donnés à moi-même comme tout le monde. Vos parents ont fait ce qu'ils ont pu, ils vous ont transmis ce qui leur a été transmis par leurs parents. Ce qui nous a été transmis comme interdiction a généralement cent ans d'âge, soit deux générations. Ils nous ont transmis des interdits discutables. »*

La transmission peut-elle être utile pour l'avenir ? Ce n'est pas l'avis de François Grisoni : *« je ne crois pas à la transmission car il y aurait une prise sur l'avenir. Je ne peux imaginer l'avenir au niveau de mes expériences et de mes craintes. Je sais que je vais mourir ... mais pas ce soir. Je n'existe qu'entre le premier cri par la claque sur les fesses lorsque je suis né, et le dernier râle qui m'attend à ma mort. »*

Pierre Évrard met l'accent sur un aspect éthique : *« il y avait le François Grisoni des innommables avec le souci éthique à l'égard des malades les plus rejetés. »* À cette remarque, ce dernier répond : *« le lien que je peux faire, c'est la colère. J'avais pris un engagement vis-à-vis de ces innommables : je viendrai vous voir dans votre pavillon deux heures toutes les semaines. J'ai tenu le coup longtemps. Une innommable à chaque fois me pinçait et me griffait. Un jour, je me suis mis en colère. Je l'ai attrapée, couchée sur la table, et je me suis couché dessus. Et je lui ai récité « les coquillages », un poème érotique de Baudelaire. Lorsque j'ai relevé la tête, il y avait trois infirmières qui m'ont dit : on ne nous a jamais récité un poème comme celui-là ! Alors, le comportement disparut. Cet épisode m'a révélé que j'avais besoin d'être en colère pour formuler une interprétation sauvage valable. »* François Grisoni ajoute que Freud disait à propos d'une interprétation qui fait mouche, qu'alors *« les gens sont libérés de leur symptôme mais aussi de leur psychanalyste. »*



Jouissance de Sainte Thérèse, Rome.

Ce fut à un autre tournant de la vie de François Grisoni, peu de temps avant son départ du Centre Hospitalier de Montfavet, en août 1990, que Daniel Vigne, psychomotricien dans son service, se chargea de faire publier dans le numéro 7 de la revue « Évolutions psychomotrices » l'interview qui va suivre à propos de l'émotion. C'est encore aujourd'hui Daniel Vigne qui la propose à Psy Cause pour le dossier sur la transmission avec l'accord de l'auteur et de la revue dans laquelle elle fut publiée. Cette interview s'intégrait dans un dossier sur l'émotion où fut évoquée la pensée de Reich qui établit que l'émotion est une expression fondamentale de la réalité humaine : il n'y a pas de vie sans une expression émotionnelle. Dans cet entretien, François Grisoni est présenté comme psychiatre, psychodramatiste, médecin chef, co-fondateur de la Société Française de Thérapie Analytique et Corporelle individuelle et de groupe.

L'interview, août 1990

F. Grisoni :

– Je ne sais pas grand-chose de l'émotion.

M. Contant :

– *Pour nous, en psychomotricité, c'est important car ça nous oblige à penser les liens entre le psychique et le somatique, ça exige aussi l'articulation de plusieurs champs disciplinaires, la physiologie, la psychologie, la psychanalyse, la sociologie.*

F. Grisoni :

– Il est là question de vocabulaire, question que nous ne résoudrons pas aujourd'hui. Je ne considère pas que mon approche actuelle de l'émotion mérite d'être considérée comme une recherche théorique. Je me limiterai à quelques pistes issues de ma pratique clinique en psychiatrie et en thérapie analytique-et-corporelle.

Le terme émotion reste pour moi une notion, pas un concept. Les définitions qui en sont données, le plus souvent, renvoient à un champ d'expérience, voire un champ de recherche. C'est-à-dire réduit à l'un ou l'autre (au mieux à quelques) aspects d'un phénomène dont vous avez souligné qu'il peut être abordé de différents points de vue... et ils sont nombreux.

Pour ma part je retiens un certain nombre de caractères de l'émotion... et je suis sûr de ne pas être exhaustif :

- c'est manifesté, exprimé,
- c'est présent,
- c'est contagieux,
- c'est chaotique.

1. C'est manifesté, exprimé... et pas seulement verbalisé. Certes, une réflexion sur l'émotion doit prendre en compte le processus que **REICH** a appelé **Rémotion**, ce qui s'exprime verbalement par « être touché », « ressentir intérieurement », « rester indifférent »... Mais sur le plan clinique, la distinction s'impose. Émotion et rétention émotionnelle n'appellent pas la même réponse, n'aboutissent pas à la même résolution :

- l'expression émotionnelle constitue le lieu-moment d'émergence de potentialités, de créativité,
- la rétention émotionnelle (rémotion) recentre sur la rétention qui va en fonction des motivations du sujet de l'attitude du thérapeute

- se maintenir,
- être levée et aboutir à un soulagement cathartique,
- être « analysée »... et trouver un sens.

2. C'est présent. L'émotion, c'est toujours ici-et-maintenant. Une parole naissante, alors partie intégrante du processus émotionnel, peut alors être distinguée d'un discours sur l'émotion qui ne peut être tenu qu'avant ou après : discours sur la genèse, la valeur ou les fonctions de l'Émotion, discours sur la genèse du caractère, de la personnalité, sur les sentiments... Ce n'est qu'à une distance spatio-temporelle, aussi minime soit-elle, que peuvent se tenir ces discours.

L'existence de cette distance révèle à la fois

- que l'on n'est plus dans l'émotion dont on parle,
- que l'instant émotionnel constitue à la fois un aboutissement et une origine réunissant deux dimensions essentielles de l'acte analytique.

3. C'est contagieux. Ceci est bien mis en évidence par ce que l'on sait des phénomènes de foule et par l'utilisation qui est faite en thérapie de groupe de la résonnance émotionnelle. La conséquence clinique importante de ce caractère de l'émotion est que je ne peux approcher l'émotion de l'autre qu'à partir de l'impact qu'elle a sur moi. Condition nécessaire mais non suffisante : l'expérience clinique montre rapidement que s'il est bon de faire confiance à ce que l'on ressent, il est bon aussi de se méfier de la compréhension qu'on en tire. En effet, le stimulus auquel répond l'impact reçu n'est pas seulement l'émotion exprimée par l'autre ; c'est aussi la situation, la démarche qui a amené cette émotion, les mots prononcés. Quand quelqu'un dit qu'il a peur, l'impact émotionnel sur moi ne correspond pas à coup sûr ni à l'impact que ce mot a sur lui, ni à ce qu'il ressent. Un travail thérapeutique ne se conclut pas là ; il est devenu possible.

4. C'est chaotique. Peut-être est-il temps d'aborder quelle est ma conception de la fonction de l'émotion.

Aboutissement et origine cela peut se dire aussi déstructuration – restructuration.

L'émotion, en effet, est **un scandale** : ça ma possède, ça m'envahit, ça me dépersonnalise plus ou moins. Je ne suis plus moi-même et, en plus, ça peut-être agréable.

L'émotion, c'est **une perturbation** : elle est son propre cadre spatio-temporel et va déterminer de façon non négligeable le repérage temporel donc l'histoire de celui qui la vit.

La représentation que nous avons de notre propre histoire est plus souvent située chronologiquement par des « avant » ou « après » d'événements à fort contenu émotionnel que par les dates. Il en est de même pour les lieux

L'émotion surtout est une **catastrophe** théorique. La demande théorique exclut l'émergence de l'émotion ; tend

à assigner place et statut à ce qui en est négation (au sens de Basaglia).

Ce qui me scandalise, me perturbe, m'apparaît comme catastrophe ne peut être simplement envisagé comme désordre. Ce peut être aussi manifestation d'un ordre que je ne (re)connais pas.

La fonction de l'émotion dans les processus vitaux me conduit à lui attribuer un caractère chaotique, transcendant les notions d'ordre et de désordre.

Je ne rentrerai pas ici dans ce que peut apporter la notion de chaos à travers les travaux des physiciens contemporains, question de compétence.

Mais cette notion est abordée dans le premier livre de la Bible. C'en est même un des premiers mots.

La plupart des lectures de la Genèse en font un récit chronologique de la création du monde se déroulant en étapes successives.

Une lecture plus attentive permet de reconnaître :

- qu'il s'agit de « séparation » plus que de création,
- qu'il y a, simultanément à une séparation spatiale, une séparation temporelle.

Ce n'est pas seulement en lisant la Bible que l'on implique la préexistence d'un temps orienté par rapport à une organisation de l'espace. Or dans tout ce qui touche le travail corporel en thérapie ou en psychomotricité, organisation temporelle et organisation spatiale sont indissociables. Nous le savons. Qu'en faisons-nous ?

Le fantasme de préexistence de l'organisation temporelle n'est pas sans conséquence en ce qu'il conduit à négliger les dimensions vécues de l'instantanéité et de la permanence, irréductibles à toute chronologie. En d'autres termes, à négliger l'ordre du désir. C'est un point sur lequel nous aurons sans doute à revenir.

Plus en rapport avec les caractères et les fonctions de l'émotion sont les éléments que peut nous apporter un (trop) rapide examen de la notion de chaos.

Dans notre mode de pensée le plus courant, ce terme est synonyme de désordre. Or ce n'est pas ça. L'obstacle est qu'il est difficile de se représenter et donc de dire ce qui échappe aux catégories de temps, d'espace, d'ordre (et donc de désordre) ; ce qui caractérise le processus primaire décrit par FREUD ; ce que peut être dans la « cécité psychique » le fait d'avoir perdu non seulement la vue mais la notion même de vision.

Inimaginable, cet hypothétique « hors temps et espace » où la notion même d'ordre disparaîtrait.

Ce que je viens de dire, ce qui peut se dire, ne se conçoit que dans le cadre d'une question rétrospective (dans le temps) formulée en terme de recherche sur les origines, la genèse. Ce mode de questionnement n'est-il pas reflet de la confusion (la Bible dit flottement) dont témoigne la notion de Chaos. Mais voyons ce qui en est fait.

L'ordre est séparé du chaos, la lumière est séparée des ténèbres. C'est le texte.

Une lecture rapide, la tendance à appréhender les choses « en oppositions » et une connotation positive (affectivement) de la lumière et de l'ordre conduit à opposer ordre (+) à chaos (-), lumière (+) à ténèbres (-).

Or l'opposé de l'ordre n'est pas le chaos, l'opposé de la lumière ce n'est pas les ténèbres.

L'émergence d'un ordre, la séparation de la lumière ne font pas que disparaissent chaos (exclusif de toute notion d'ordre ou de désordre) et ténèbres (exclusives de toute notion de lumière ou d'obscurité).

Le mode de pensée dualiste conduit à la méconnaissance d'une structuration déjà triangulée :

Chaos – ordre/désordre

Ténèbres – lumière/obscurité

Comme la lumière luit dans les Ténèbres, l'ordre (un ordre peut se déployer dans le chaos ; il n'y règne pas).

En tant que scandale, perturbation, catastrophe théorique, par son caractère chaotique, l'Émotion n'est pas désordre mais aboutissement d'un ordre ancien, matrice de l'émergence d'une organisation nouvelle.

A. Calza :

– Cette notion de chaos évoque pour toi des potentialités non explorées, ignorées, qui demandent ensuite à pouvoir s'exprimer, alors tu parles de nouvel ordre, d'organisation nouvelle.

F. Grisoni :

– Il ne faut pas se leurrer. D'un point de vue énergétique, organiser, mettre de l'ordre c'est toujours fermer de nombreuses potentialités. En termes reichiens, il faut bien voir que la cuirasse musculaire est un processus d'organisation, d'ordre. L'énergie investie ou figée dans la cuirasse n'est pas disponible. De plus elle canalise l'énergie circulante. Dans une démarche thérapeutique ou rééducative, il s'agit tout autant de déstructurer que de structurer.

Le choix analytique est, à mes yeux, d'accompagner la déstructuration (la remise en question), d'accompagner celui qui tente d'ébranler des cadres dans lesquels il se sent enfermé et de proposer un lieu où quelque chose va pouvoir renaître qui viendra à lui.

A. Calza :

– Je voulais revenir sur la question de potentialités, en faisant un parallèle dans ce que tu dis de ce chaos, de l'émotion en tant que chaos qui donc laisse émerger, laisse entrevoir des potentialités. Est-ce qu'on ne pourrait pas faire un parallèle entre le gribouillis chez l'enfant et ce que devient le dessin. C'est-à-dire que les gribouillis peuvent être le lieu de potentialités extraordinaires qui va ensuite en mettant de l'ordre devenir le dessin du corps ? Ou bien est-ce que tu parles de la genèse qui va dans le sens du moins organisé au plus organisé ? Ou encore de la genèse et notamment de l'émotion comme quelque chose qui présente une potentialité d'emblée et qui ensuite va s'organiser, se structurer ?

F. Grisoni :

– Je parle de l'émotion comme d'un processus matriciel. Je ne parle pas d'un contenu plus ou moins organisé. Cliniquement ce qui se transforme dans une émotion, c'est l'organisation elle-même. On passe d'une organisation à une autre organisation : ce qui peut se faire vers une nouvelle fermeture ou vers une organisation plus complexe, plus libre. Ceci est fonction du contexte. Je vais y revenir.

C'est dans ce dernier cas, évolution vers une organisation plus complexe, qu'il y a émergence d'un sens par la prise en compte par l'intéressé de plusieurs aspects d'un vécu ou d'une compréhension. La fermeture se marque toujours par la rigidité, l'univocité.

Mais j'ai évoqué le contexte : le devenir d'une émotion est lié à l'autre, absent ou présent. L'émotion, réponse à une situation de la vie quotidienne, qu'elle soit agréable ou désagréable, peut aussi bien aboutir à l'épanouissement, l'ouverture ou à l'isolement, la fermeture.

C'est là que je ferai intervenir la présence d'un thérapeute et le caractère « contagieux » de l'émotion c'est-à-dire son pouvoir de communication directe. Cette question pourrait être abordée en termes d'empathie.

Je peux l'aborder plus utilement en termes de tensions : le thérapeute travaille le plus souvent à partir de la rétention.

La tension que j'aperçois chez moi face à l'autre m'appartient, sinon, je ne la percevais pas.

En tant que ma réponse à la situation, cette réactivation d'une tension naît-elle à ce moment-là pour me protéger ? M'informe-t-elle de la tension que vit mon patient ? On en parle habituellement en termes de transfert et de contre-transfert. Nous le disons en termes de réaction et de contre-réaction pour en souligner le caractère préconscient ou conscient.

En ce qui concerne le gribouillis, je ne sais pas distinguer ce qui va résulter de l'induction du milieu, du modèle proposé plus ou moins explicitement, de ce qui est de l'expression du sujet.

M. Contant :

- Cela rejoint ce qu'a dit REICH sur l'émotion qui n'échappe jamais à la prise du culturel et qu'elle entre toujours dans des codes sociaux et se voit attribuée une fonction de signe.

F. Grisoni :

– C'est très juste. Je crois cependant qu'il faut considérer là le double aspect :

- positif, important qui constitue à proprement parler la culture,
- et que le processus en jeu est celui de la rémotion.

C'est la répression qui fonde la culture. Mais il ne faut pas négliger de tenir compte de la pression surrépressive (au sens de Marcuse) susceptible de s'exercer par le canal des « codes sociaux ».

La notion de contagion émotionnelle connote l'existence

d'une dimension « non codée » de la communication interindividuelle où l'émotion (et la rémotion) tient la place essentielle.

La naissance de l'émotion se manifeste en moi par un phénomène qui correspond à une perte, au moins partielle, de contrôle. C'est ce qui est partagé dans la contagion émotionnelle : le vécu d'une expérience de perte du contrôle. Quelque chose naît qui m'échappe.

Je crois que se communique aussi l'expérience de la rétention. Il y a contradiction à se repérer, comme je le fais,

- à l'émotion chez l'autre,
- à la notion de contagion émotionnelle.

Le fait est que j'évoque des situations où deux personnes co-présentes sont « émues ». En co-présence, la question de situer l'origine de l'émotion chez l'un ou chez l'autre, nous resitue dans la perspective d'un déterminisme causal. C'est dans l'après-coup, dans le discours sur l'émotion qu'une réponse pourra être apportée sous forme d'un accord dont tout me porte à croire qu'il constituera plus le repère de la relation établie qu'une donnée fiable sur l'origine.

De l'émotion comme de la psychose, je pense que ça se passe entre moi et l'autre, pas seulement chez moi ou chez lui. L'attribution du lien relève d'autres paramètres.

Depuis WALLON, nous savons que l'émotion est un phénomène socialement surdéterminé et socialisant.

A. Calza :

– À propos de ce phénomène de contagion de ce sujet là, dont tu disais dans V.S.T. ²qu'en présence d'un mélancolique tu pouvais avoir des frissons dans le dos et que c'est un exemple du phénomène émotionnel par excellence, est-ce qu'on peut dire qu'en face d'autres personnes mélancoliques ça serait le même phénomène qui apparaîtrait ou bien quelque chose qui est en mouvance ?

F. Grisoni :

– C'est très en mouvance dans la mesure où je n'ai plus besoin de passer par cette émotion. Mais je le dis avec une certaine hésitation. Ai-je élaboré un processus plus économique, ce que je crois, ou ai-je développé une anesthésie à ce genre d'émotion ? Je crois que cette évolution s'est faite à travers deux mécanismes : tout d'abord un affinement des perceptions ; je crois que l'expérience m'a amené à percevoir des signes plus ténus de ce qui est en jeu. Mais je suis persuadé que l'expérience n'aurait pas suffi si parallèlement ne s'était pas développée la verbalisation. L'affinement des perceptions est corollaire du passage au langage. Je les crois indissociables.

Au thérapeute se pose sans cesse la question du moindre coût. Le passage par la décharge émotionnelle contrôlée thérapeutiquement ne se justifie que si le nécessaire processus interprétatif est obtenu à un moindre coût que par les seules associations verbales. Et réciproquement. Mais c'est une question de pronostic donc de formation.

2. La souffrance et le corps : François GRISONI.



M. Contant :

– Une chose qui est confuse pour moi, c'est la différence entre affect et émotion parce qu'il y en a qui mettent une hiérarchie comme Max PAGES qui parle d'émotion émotive, affect qui se rapprocherait de la représentation.

F. Grisoni :

– Il s'agit là de questions portant sur le fonctionnement de l'appareil psychique, d'ordre théorique, qui dépassent ma compétence. Je ne comprends pas à quelle hiérarchie du te réfères ?

M. Contant :

– Qu'est-ce qui fait le lien entre l'affect et la représentation ?

F. Grisoni :

– Je laisse à ces termes d'affect et de représentation leur sens psychanalytique. Cliniquement le lien n'est pas à établir entre affect et représentation. Peut-être que ce qui sera lié thérapeutiquement en clinique, entre émotion et images sera lié dans l'appareil psychique entre affect et représentation.

Plus sérieusement : j'attache beaucoup d'importance à ce que le patient connecte images et décharge émotionnelle. Avec une préférence nette pour les images (visuelles, kinesthésiques, etc.) qui peuvent être verbalisées ou agies en connexion avec une émotion naissante dans un cadre centré sur l'analyse du transfert.

M. Contant :

– Sans chercher à faire des liens à tout prix, mais est-ce que ça ne rejoint pas les travaux de F. DOLTO sur l'image du corps lorsqu'elle parle beaucoup des émois qui sont fondamentaux

dans l'amorce du langage et que pour elle l'image du corps consiste justement à ce que ces émois corporels acquièrent un statut représentatif.

F. Grisoni :

– Je le crois volontiers mais je voudrais renouveler ma remarque sur l'utilisation des concepts psychanalytiques. Dans la mesure où les « émois corporels » sont d'ordre pulsionnel, il est conforme à la théorie freudienne que c'est en acquérant le double statut représentatif (affect et représentation) qu'ils participeront des processus secondaires.

Je ne vois pas à quelle clinique se rapporte cette question.

M. Contant :

– En fait, quels sont les liens entre émotion-image et statut de la représentation ?

F. Grisoni :

– Il s'agit de notions qui appartiennent à deux registres distincts.

En clinique, s'expriment des émotions, se manifestent parfois verbalement des images et se prononcent des paroles. La parole témoigne de la connexion entre images et émotions. Mais il n'est pas rare que la culture de l'émotion coupe l'émergence des images et alors la « prise de conscience » n'accompagne pas la catharsis. Réciproquement l'accumulation d'images maintenant une distance à l'émotion, conduit à une verbalisation explicative, descriptive, désaffectivée.

A. Calza :

– Pour toi l'émotion est-elle d'abord un phénomène organique au sens où ça se passe dans le corps ?

F. Grisoni :

– Non ! C'est un phénomène organismique qui se réfère à l'organisme en tant qu'entité et pas seulement à ses dimensions corporelle ou psychique considérées isolément : qui transcende donc les notions réductrices de corps et d'âme.

A. Calza :

– Ce que je voulais dire, c'est qu'il me semble comprendre dans la notion d'émotion que si elle n'a pas lieu dans le corps, si elle ne reste pas présente dans le corps...

F. Grisoni :

– Absolument ! Être présent, c'est être dans mon corps tel qu'il est ici et maintenant et c'est être.

C'est la facilité d'évitement de la présence dans les démarches verbales, la possibilité de se limiter à la pensée qui permet d'être hier, demain et/ou ailleurs (ou de faire comme si) qui a donné sens à ce que l'on a appelé le retour au corps en thérapie. Comme si on avait perdu de vue que le corps est toujours présent.

M. Contant :

– Mais en même temps on le nomme différemment. Il y a le corps, vécu, émotionnel, réel, imaginaire. De quel corps s'agit-il ?

F. Grisoni :

– Je ne veux pas, je ne peux pas entrer dans la discussion d’une question posée en ces termes. Le choix explicite d’une approche multi-référentielle en thérapie analytique-et-corporelle se fonde sur l’idée que l’utilisation d’un référentiel par le thérapeute à un moment donné témoigne surtout du point de vue qu’il a alors adopté. Quelle que soit l’importance et la valeur des éléments qui fondent rationnellement ce choix, ce potentiel dynamique repose sur les éléments irrationnels qui le déterminent.

Les notions de corps réel, corps fantasmatique, corps libidinal, corps imaginaire... doivent donc être réexaminées dans le cadre de la dynamique réaction/contre-réaction et de la dynamique transfert/contre-transfert et en particulier du point de vue du transfert du thérapeute sur la théorie. Je trouve plus économique l’idée de l’unicité de l’entité organismique individuelle.

A. Calza :

– *Pour en revenir sur quelque chose de clinique, sur l’émotion et le corps. Quelle est la place de la lecture du corps en thérapie ?*

F. Grisoni :

– Vaste question. Du point de vue de l’émotion, je dirais que ce qu’on lit c’est la rémotion, ce qui a été mis en place pour contrôler l’expression émotionnelle, pour que ça ne sorte pas.

Je crois que le corps est un des lieux où se donne à voir, sous forme de compromis, ce qui n’a pas été exprimé sur le mode émotionnel et les modalités de la rétention. Peuvent se repérer, pour l’analyse, ces potentialités positives et négatives.

On « lit » donc les traces de ce qui n’a pas été exprimé et comment ce contenu a été (et continue à être) utilisé pour que ça reste implicite.

Je fais allusion là à la lecture d’un corps statique, qui ne s’exprimerait que par son aspect et sa posture. Ce n’est jamais le cas cliniquement. Il y a autant de lectures que de « regard » sur le corps.

Le regard porté sur le corps statique constitue pourtant une piste féconde. Daniel VIGNE a noté qu’on pouvait considérer que la première lecture psychanalytique d’un corps est le fait de S. FREUD.

Le Moïse de MICHEL-ANGE de FREUD est essentiellement la lecture d’un corps statique. Mais FREUD révèle bien que ce corps n’est pas immobilisé seulement parce qu’il s’agit d’une statue de marbre. L’analyse est fondée sur la prise en compte de la posture en tant que geste figé c’est-à-dire révélant, comme le montre FREUD, l’émotion en cause et les modalités de la rétention.

Ceci amène à réviser la notion de trauma, trop souvent rapportée au stimulus extérieur, la situation dite « traumatique ». Or la situation n’est traumatique que dans la mesure où l’impact sur le sujet entraîne une rétention. C’est une des sources des inscriptions corporelles.



Mais je ne saurais m’en tenir à cette vision de « soignant ». Si le corps est mémoire, il témoigne aussi des possibilités latentes, de ce qui pourrait être exprimé, de ce qui n’a pas été encore vécu...

A. Calza :

– *Ah ! Cette affirmation suscite mon étonnement et mon intérêt.*

F. Grisoni :

– Eh oui ! Quand on parle de potentialités, rappelons que pour FREUD sont inconscients non seulement les éléments refoulés mais aussi l’ensemble des possibilités de la vie : ce qui n’a pas encore émergé, ce que chaque progrès nous révèle, ce dont l’avenir est porteur et révélera... peut être.

D. Vigne :

– *Là, il y a une piste de recherche pour les psychomotriciens en ce qui concerne les dysharmonies évolutives.*

Qu’est-ce qui est resté figé dans la motricité, dans l’affectif, dans l’intelligence ? Comment on joue ces trois registres dans une lecture du corps ?

F. Grisoni :

– Je ne peux pas répondre en psychomotricien. Je ne le suis pas. Le concept de dysharmonies évolutives, la distinction des trois registres cités, relèvent d’un point de vue opératoire fondé sur une représentation rationnelle de l’évolution des individus. Pour le psychothérapeute, ladite dysharmonie évolutive se manifeste ici-et-maintenant sous l’aspect d’une « débilite motrice » voire d’une « discordance ». Mais il s’agit là de signes qui, s’ils peuvent être utilisés valablement dans une visée **explicative** (génétique ou théorique) **du trouble**, sont utilisés par le thérapeute dans le cadre d’une démarche compréhensive de la personne.

Dans une première perspective, et c’est la deuxième partie de la question, la lecture du corps ne peut être dissociée de l’ensemble de la démarche thérapeutique. On ne joue pas les trois registres cités, ou d’autres : on vise l’élaboration d’une hypothèse interprétative qui se formulera en tant qu’interprétation verbale ou sous forme d’une proposition de travail corporel.

Ceci montre bien que les concepts utilisés sont (sur)déterminés par le contexte de la pratique.

Se référer aux potentialités n'a pas le même poids si l'on se situe dans une perspective éducative, rééducative ou psychothérapique. Il ne s'agit pas ici pour moi de marquer des oppositions mais de souligner les différences.

Schématiquement les moyens de l'éducation se ramènent à actualiser des potentialités restées latentes, ceux de la rééducation visent à rectifier, réajuster des modes d'actualisation jugés insatisfaisants.

En thérapie, on travaille sur les obstacles à l'actualisation des potentialités. Il est évident qu'aucune de ces situations ne permet l'évacuation totale des autres démarches : lever les obstacles, réajuster des modalités d'actualisation des potentialités, induire l'actualisation des potentialités latentes vont alterner en éducation, rééducation et thérapie.

La formation de ces différents intervenants se doit de les mettre à même de contrôler cette alternance : un des critères étant le niveau d'implication émotionnelle suscitée. C'est dire l'importance de la formation « personnelle »...

On ne peut accepter dans les situations citées une compréhension purement intellectuelle. Raconter une expérience passée n'est possible qu'en faisant état des sentiments éprouvés. L'expérience de chacun montre la différence qui existe entre nommer une émotion (ce qui est de l'ordre de l'image) et réactiver cette émotion... ce qu'on appelle un peu vite la revivre.

Le travail à partir ou dans l'émotion ici-et-maintenant permet à l'intéressé de reconnaître des aspects jusque-là négligés de l'expérience passée.

Trop souvent la compréhension du présent est recherchée à la lumière du passé. L'analyse c'est le contraire : la notion même de transfert implique qu'une « nouvelle » image du passé peut naître de l'expérience présente. L'émotion signant cette dimension de présence ; ce qui permet un repérage du « passé dans le présent ».

Cela, c'est une référence morenienne. MORENO pour qui : « une seconde fois aboutie efface une première fois avortée ». L'aboutissement étant ici l'émergence d'une image verbalisable.

M. Contant :

– *Moi j'avais une question toujours à propos de la clinique. En psychomotricité, on s'intéresse beaucoup au travail lié à l'imitation. Imitation prise dans le sens de WALLON et de REICH qui a été le premier, avec des patients, à travailler dans ce sens, c'est-à-dire à prendre la position de ses patients pour sentir ce qu'ils ressentait. En psychomotricité, on s'aperçoit que ce travail est très lié aux émotions.*

F. Grisoni :

– Oui. Cette exploration de la posture du patient est un des modes de lecture du corps. C'est une pratique psychodramatique dans le cadre des techniques du double (ou ego auxiliaire). Mais je ne puis en parler en termes d'imitation. Comprendre un patient, c'est formuler, pour moi, dans

mon langage ce qu'il exprime et, si je veux être compris et réévaluer ma propre compréhension, reformuler ce contenu dans le langage qui est le sien. La prise de posture, l'accompagnement dans la posture, l'ajustement volontairement de ma respiration à celle du patient, c'est pour moi le moyen de partager une expérience non-verbale et d'y mettre des mots, de donner l'occasion au patient d'y mettre les siens. Je vais pouvoir l'accompagner dans son langage gestuel postural et verbal, y mettre des mots qu'il va accepter ou refuser.

A. Calza :

– *Parce qu'il peut le refuser ?*

F. Grisoni :

– Oh oui ! C'est très fréquent en psychodrame. La question n'est pas : est-ce qu'il va l'accepter ou le refuser, c'est : est-ce que moi, je vais entendre. Il faut aussi prendre en compte ce qui est refusé. Si ce qui est refusé c'est le contenu de la reformulation, dans la plupart des cas le patient propose la sienne, participation active qui marque son acceptation de la démarche. A contrario, l'acceptation passive de la formulation peut être un refus de la démarche. Refus qui doit être pris en compte, qu'il s'exprime verbalement ou non-verbalement, par un travail analytique sur les dimensions transférentielles/contre-transférentielles de la relation.

Mais l'expérience du double psychodramatique peut être une expérience émotionnelle cruciale : il n'est pas simple d'entendre verbalisé en dehors de son propre corps, par un autre, ce qui n'avait pas même accédé au langage intérieur ou ce qui est couvert par un interdit-de-dire.

Ce peut être une expérience directement libératrice de la verbalisation. Ce peut être aussi vécu comme une intrusion dépersonnalisante que j'ai décrite sous le nom de « choc au double ». C'est le fait de la rencontre de l'irrationnel. Car c'est irrationnel d'entendre une voix jusque là intérieure s'extérioriser ou des sentiments ou des perceptions jusque là non verbalisées. Il est important alors, sous risque de décompensation, de mettre des mots sur l'émotion naissant ici-et-maintenant, quelle que soit la tonalité.

A. Calza :

– *Cela fait intervenir la notion de dedans et de dehors.*

F. Grisoni :

– Oui. Mais il s'agit d'un espace intérieur intime lié à l'identité, à l'intégrité du sujet. Le choc au double, l'expérience immédiate de l'irrationnel ébranle ce qui limite cette conscience de soi.

C'est une question qui concerne, en permanence, toutes les pratiques d'aide ou de thérapie.

Tout travail de cet ordre implique une mobilisation énergétique dont on ne peut affirmer qu'elle n'aboutira pas à une émotion (au sens restreint que j'ai donné à cette notion). Il ne suffit pas de réunir les conditions de l'implication présumée utile à la tâche, encore faut-il être préparé à accompagner ce qui se manifeste.

Les décompensations auxquelles je faisais allusion à l'instant résultent dans la quasi-totalité des cas, d'une intervention interdicière de l'intervenant. Ce qui revient à interrompre

un processus vital. Mais j'ai déjà abordé l'importance de la formation personnelle...

Je tiens à signaler que si je parle ici en thérapeute et médecin qui pense toujours à la nécessité de ne pas nuire, je n'oublie pas que la rencontre de l'irrationnel est aussi le support de l'émotion esthétique.

A. Calza :

– Je me demande si l'on peut faire une analogie entre l'émotion et le rêve – ce que je veux dire par là : au moment où l'on est dans une émotion, on ne peut pas en parler au présent, et c'est la même chose pour le rêve, on ne peut pas dire je rêve au présent, on dit j'ai rêvé, à ce moment là on parle de quelque chose qui a eu lieu.

F. Grisoni :

– Oui. C'est une bonne analogie.

J'ai écrit quelque part qu'un corps se lit et se relit comme un rêve, associativement.

On ne peut pas dire, au présent, ni « je rêve », ni « je suis ému », ni « j'ai renvoyé de... », parce qu'il s'agit d'états où la prévalence d'un contenu s'impose. La verbalisation de ces états en tant que tels est un obstacle à l'expression du contenu : dire « je rêve », ce serait chasser le contenu imaginaire ; dire « je suis ému », c'est retenir l'expression de l'émotion alors en jeu ; dire « j'ai envie de... », c'est surtout exprimer qu'on se retient de ... dont on n'a peut-être, d'ailleurs, pas vraiment envie, ou au moins autant envie de ne pas...

Dans tous ces cas, en thérapie, le retour au présent s'impose dont témoignera une expression émotionnelle.

Mais une fois de plus la référence à la thérapie risque de faire oublier, et c'est regrettable quand on parle du rêve, que le dépassement vécu dans un sentiment de débordement qu'est l'émotion, peut être vécu dans un sentiment d'expansion, dans le plaisir.

On ne peut parler de l'émotion sans s'arrêter un instant sur les manifestations présentes, contagieuses, chaotiques vécues dans une tonalité agréable. C'est le plaisir, expression émotionnelle se développant jusqu'à son terme. Les prototypes en sont l'orgasme, la jubilation, l'extase.

Ce qui les réunit c'est l'absence de rétention. C'est du moins ce qu'on peut dire après avoir été dépassé, débordé, entraîné sans que s'engage un processus de rétention ou tout au moins sans que prédominent les mécanismes rétentionnels, c'est ce qui permet l'émergence d'un « ordre » différent. Ceci implique à la fois le « renoncement » à la maîtrise volontaire des événements et une réceptivité lucide de ce qui se passe.

A. Calza :

– L'émotion c'est au présent ; la question que je me pose c'est : est-ce que l'émotion peut se dire au moment où l'on est dans l'émotion ?

F. Grisoni :

– L'émotion ne peut se dire au moment où on est dans l'émotion. Mais je pense que c'est au moment et dans l'émotion que naît le langage.

D. Vigne :

– Il est inachevé, le langage...

F. Grisoni :

– Oui, bien sûr. Mais il faut distinguer langage véhiculaire et langage expressif. La différence est particulièrement nette chez les gens qui n'ont pas la même langue maternelle verbale que leurs parents, plus particulièrement leur mère ; des gens qui n'ont pas été éduqués dans la langue dans laquelle leur mère a été élevée.

Tout un travail peut se faire qui consiste à établir des possibilités d'expression émotionnelle dans les mots d'une langue véhiculaire. Cela ne peut se faire que dans l'expérience émotionnelle. Les rencontres de la vie quotidienne n'y peuvent toujours suffire. Il est facile alors de comprendre que cela passe par la réactivation d'émotions de la plus petite enfance.

M. Contant :

– Je comprends mieux l'émotion au présent. Je voyais mal comment l'émotion pouvait ne pas être reliée, pour en revenir à DOLTO, à ce qu'elle disait de la dyade émotionnelle primordiale.

F. Grisoni :

– À ce niveau original, les échanges, la relation, ne reposent pas sur la communication verbale. C'est du point de vue du Créateur qu'« au commencement était le Verbe ». En ce qui concerne la créature, il faut du temps pour que surgisse une parole... et c'est une parole révélatrice de la trahison ! Autrement dit : l'importance capitale de la Parole, expression du désir des parents, à l'origine d'un être, ne doit pas faire méconnaître qu'un langage nouveau naît de l'émotion commune langage primordial. Ce verbe qui naît pour chaque être de cette relation dyadique, ne peut être assimilé à la langue véhiculaire, transmissible.

Mais je ne dirai pas que l'émotion est reliée à la dyade émotionnelle primordiale. Bien sûr qu'elle y est reliée, puisqu'elle est reliée à tout phénomène vital.

Toute réflexion génétique fait référence à l'émotion et je ne dénie pas l'intérêt du point de vue génétique dans le cadre des recherches théoriques. Je conteste le statut de « vérité » clinique aux savoirs qu'elle produit. Il n'y a pas de vérité historique. Les faits historiques tirent leur intérêt d'être, ici-et-maintenant, imaginaires ; et c'est bien de ce caractère imaginaire que découlent les possibilités de changement thérapeutique. La redécouverte ou... l'invention d'un passé différent, l'accès à une « histoire » jusque là méconnue, changent le devenir d'un être individuel ou collectif.

Le point de vue génétique, en clinique, se révèle fécond quand il connecte le sujet à son histoire, non quand il confirme un mécanisme qui est le plus souvent référé à une représentation linéaire du temps.

A. Calza :

– C'est-à-dire que le temps est plus primordial que l'espace. Si par exemple dans un rêve, on rêve d'un personnage très petit, est-ce que l'on ne peut pas y inclure le fait que ce

personnage très petit qu'on voit s'éloigner, c'est aussi un support de la temporalité ?

F. Grisoni :

– Cela dépend de la représentation qu'on a du temps et de l'espace.

Je viens de tenter de resituer l'intérêt du point de vue génétique en me plaçant dans une perspective dynamique... j'aboutis à une image linéaire du temps.

Une perspective énergétique aurait été plus en rapport avec le thème de l'émotion mais plus difficile à manier. Dans cette perspective, temps et espace relèvent de la pulsation : expansion et contraction, inséparables l'une de l'autre, constituent à mes yeux une image plus satisfaisante de l'espace-temps primordial auquel réfèrent tous les mécanismes de la vie. L'Énergie vitale est pulsation. La cuirasse musculaire est le signe d'une accumulation d'énergie dépourvue de caractère pulsatile et constitue un obstacle à la circulation énergétique, donc entre autres choses, un obstacle à l'expression émotionnelle.

Cette représentation « métabiologique » situe la rémotion comme origine/effet de la stase énergétique.

Cette fantaisie n'a pas d'autre intérêt que de me permettre de revenir à la clinique.

En tant que thérapeute, je ne cherche pas à susciter « une » émotion d'une expression bloquée.

Faire accentuer une tension est un des moyens d'obtenir la détente liée à la libération du contenu réprimé.

J'oppose cette détente qui découle d'une « décharge » spécifique au soulagement que peut provoquer toute mobilisation énergétique en supprimant temporairement une tension ou en la déplaçant. C'est dire que la proposition de faire accentuer une tension est une façon de poser une interprétation ou un moyen de tester une hypothèse interprétative fondée sur la prise en compte de la relation transférentielle.

M. Contant :

– J'avais une question sur le stress, un terme bien à la mode, et là plutôt sur le versant physiologique : certaines études actuelles démontrent que les stress attaquaient le système immunitaire.

F. Grisoni :

– La notion de stress est tout à fait intéressante en biologie médicale.

Lorsque SELYE, dans les années 50, a développé l'idée d'un Syndrome Général d'Adaptation caractérisé par une réponse non spécifique à une stimulation extérieure, cela aurait pu n'être qu'une piste de recherche sur les concomitants physiologiques de l'attention, de l'intérêt...

Mais ses recherches se déroulaient dans le cadre de la pathologie : la mort peut résulter des réponses non spécifiques à une stimulation extérieure, c'est l'agression, le stress.

Cela remettait en cause un mode de pensée qui ne sévit pas seulement en médecine, fondé sur l'idée que pour modifier un phénomène, il faut en connaître la cause. Or l'expérience montre que ce n'est pas toujours nécessaire, et rarement suffisant. L'accent est souvent mis, en dépit de SELYE, sur la cause : l'agent agresseur. J'ai dit ce que j'en pense en parlant du trauma.

On a souligné par ailleurs le débordement des possibilités d'adaptation de l'organisme. Il n'est pas question de nier cette éventualité mais cette position ne fait que renvoyer à un autre système causal centré, alors, sur le sujet.

L'idée initiale était pourtant attachée à l'étude de l'interaction organisme/milieu.

Il fallait peut-être que cette question soit posée pour que la mort apparaisse de tout son poids dans sa relation à l'émotion. Mais la mort n'est pas la seule alternative à l'adaptation. Je me tairai donc sur cette idée : on peut mourir de « réaction non spécifique » ; on peut mourir d'émotion dit-on ; et pourtant ce sont bien des phénomènes témoignant de mécanismes vitaux liés aussi à la créativité et au plaisir.



Joyeux préparatifs pour le banquet funéraire, tombe de Nakht, Louxor.



Dominique Barbier

De l'hermétique à l'herméneutique, ou Aspects psychodynamiques du symptôme en psychiatrie

Mots clé issus du thésaurus Santépsy : symptôme, mécanisme de défense, hystérie, hypocondrie, trouble psychosomatique, psychodynamie, psychiatrie.

Le symptôme est ce qui appelle. Ce qui au-delà d'une souffrance fait signe, main tendue par delà le regard qui le cache.

Hiéroglyphe à décrypter sans en savoir la cause, le symptôme nous convoque à l'en-deçà de nos ignorances, là où l'humaine comédie ne peut qu'avoir des débuts prometteurs, c'est-à-dire dans la modestie !

Cette quête du sens qu'il induit, loin d'être immédiate peut s'en faut, nous renvoie tout d'abord à nos incertitudes. A quoi serviraient des grands prêtres pour n'être point mortels ?

Leurs jeux éducatifs, leurs hochements de tête, leurs mots latins ou hermétiques ne feraient alors que nous renvoyer à la Médecine de Molière et à ses pitreries espiègles.

Et pourtant, une vie sans symptôme s'affadit, en dehors de la division, elle vient scander l'automate qui fait peine à porter aux autres sa ténacité.

Eh ! Quoi ! L'obscurité ne serait-elle que le lot de ceux qui n'ont rien à dire au point que le symptôme fasse d'eux le saint-homme¹ ?

A dire vrai, c'est-à-dire à moitié, le symptôme nous rappelle par le stigmate qu'il inscrit au plus profond d'une chair envisagée, la visitation du visage de l'autre en ce qu'il a d'irréductible à la science disséquante qui n'en sait rien, accouche d'une souris, sans repentir.

Le symptôme fait de nous, trop humains au point d'assomption que nous ne sommes points des dieux, ce point de capiton fasciné par l'aurore boréale de la vie, mais fait de finitude et de mortalité là où nous voulons l'oublier, tache obscure, tâcherons que nous sommes.

Cette bête de somme que traduit le symptôme, de notre obscur destin tragique nous permet d'oublier l'humaine condition. Echappatoire ritualisé d'un lendemain qui n'offrirait que grisaille, le stigmate règle nos vies à la tempe horloge des Parques, tissant la trame de la corporéité, en ce qu'elle est supposée rider notre désir.

Arrimés, sommes-nous à ce qui pourrait se dire à notre insu, nous qui sommes de Glaise. De glaise ou d'Effroi !

Le terme de symptôme a été créé en 1503 par Guy de Chauliac, qui parle de *sinthome*.

En 1538, Rabelais fait allusion au symptôme et c'est Canappe qui lui donne son nom actuel, tiré du Grec *sun* : avec / *piptein* : tomber.

Symptôme au sens littéral signifie : accident, coïncidence. Il renvoie à la notion de concomitance, de concordance, voire de corrélation avec l'idée d'une occurrence qui lui est liée.

Boiste en 1803 créa le terme de symptomatologie pour désigner la science dont l'objet est le symptôme. Nous assistons donc à l'acte de naissance de la clinique officielle.

Au sens médical, le symptôme désigne le ou les phénomènes particuliers que provoque une maladie. S'ils sont découverts par le médecin, on les **déclare** objectifs ; subjectifs s'ils sont simplement **signalés** par le patient.

Certains sémiologues, plus éclectiques encore, considèrent qu'il ne faudrait réserver le terme de symptôme qu'aux troubles fonctionnels dont se plaint le patient, en réservant toute sa quintessence médicale au signe.

Il s'agit-là d'une variation sémantique qui mérite un détour. D'emblée, elle situe l'opposition entre imaginaire et symbolique. Une grammaire du sens est encore à inventer !

Le symptôme par son existence-même, vient dénoncer la non-correspondance du corps symbolique et du réel du corps, scander l'opposition entre le corps et l'organisme.

On ne peut accéder au symptôme, sans tenir compte de la part de jouissance qui y est liée.

N'oublions pas que la théorie du symptôme en psychiatrie est sans doute à refaire, dans la mesure où l'omnipotence

1. Allusion à l'appellation *sinthome* par Guy de Chauliac



L'âge d'or : sculpture de Camille Claudel, musée Rodin, Paris.

interprétative renvoie à une théorie du corps dans son entier dont s'enorgueillit la psychiatrie, tandis que les autres spécialités ne se préoccupent que d'un organe ou de groupes d'organes.

Traditionnellement, depuis Freud, on considère que le symptôme est une formation de compromis entre les exigences de la pulsion et l'interdit du surmoi. Sans se soucier d'aller plus loin, de saisir sa place dans l'économie psychique, ses avatars ou sa reviviscence, voire sa répétition.

C'est déjà là oublier la fonction standardisante du symptôme, qui vient masquer la révolte que l'originalité doit payer à l'aune de la civilisation, inductrice de malaise et dont on sait maintenant qu'elle est mortelle.

Il s'agit du gommage normatif de tout ce qui de l'homme s'avère comme élévation face à la fonction normatrice d'une logique administrative payée comme tribut à nos sociétés particulièrement perverses qui ritualisent la structure et empêchent la vie de jaillir en ce qu'elle a de torrentueux. Cette formation de compromis n'est-elle pas symptomatique en elle-même d'un mécanisme de défense où se lirait la soumission de l'individuel à l'autre, vécu d'emblée comme persécuteur ?

Ce qui fait signe ne fait pas obligatoirement sens.

L'arbitraire du signe ne renvoie pas forcément à la prise de parole. Et si certains se hasardent à dire qu'il pourrait exister entre l'individu et son symptôme une sorte d'interaction clé-serrure, voire même une relation de chiralité qui justifierait le saut charnel du psychosomatique, rien n'est dit ou presque du symptôme transférentiel.

C'est là oublier que le symptôme fait d'abord occurrence. Mais de quel type ? N'est-il pas la marque tangible sur le corps que l'homme est coupable d'être désirant ? Le désir en effet, déstabilise. Il n'est pas obligatoirement protecteur,

loin de là, dans la mesure où il témoigne de notre mortalité. Ce qui restera d'un homme sera le désir qu'il a animé, qui l'a animé. Ce désir se cogne au réel.

En cela le symptôme est standardisant, normalisateur, déresponsabilisant, parce qu'il scotomise la souffrance du désir pour se transformer en plainte – et qui plus est – celle-ci sera entendue dans l'ordre médical. Belle obsessionnalisation d'une fermeture à la parole, obituaire qui scelle la pierre tombale de nos savoirs ritualisés, imprégnés d'opérateur afin d'éviter la rencontre que le symptôme veut cacher et que bâillonnent nos prescriptions consuméristes.

Le symptôme est une facilité qui permet l'éviction de l'acceptation de la condition humaine. Ne repose-t-il pas sur une sorte de déni ?

Quel va donc être, dès lors qu'il est médicalisé, le destin du symptôme ?

Une des premières voies, dont il est rarement parlé, est celle de la **dépendance et de la régression**. Il s'agit-là d'une attitude de défense où celui qu'on a désigné comme malade attend qu'on fasse tout pour lui, dans un besoin régressif de protection. Cette fonction maternelle évoque la recherche de la position fœtale qui procure les conditions où l'individu réduit au minimum les contacts avec le monde environnant.

Dans cette dynamique, s'amorce un processus d'évitement d'une situation vécue comme traumatisante et de surcompensation face à elle.

La régression se caractérise par trois critères essentiels :

- L'égoïsme : comme l'enfant, le malade ne mesure et n'envisage le monde que par rapport à lui. Tout mouvement altruiste est temporairement stoppé. Le patient

est en particulier incapable de se mettre à la place des autres et ne peut envisager que ceux-ci puissent avoir leurs propres ennuis. Il faudrait que l'intérêt et l'attention soutenus de l'entourage soient focalisés sur lui.

- La réduction de l'espace-temps : seuls l'espace environnant et le moment présent sont les repères restreints dans lesquels vit le patient. Celui-ci ne supporte pas d'attendre, ne peut différer une envie et semble par ailleurs, se désintéresser de l'avenir.
- La dépendance : comme chez l'enfant, celle-ci peut devenir tyrannique. Le malade veut qu'on fasse tout pour lui, qu'on le maternise, qu'on se soucie de façon quasi-exclusive de son confort. À l'extrême, la dépendance se matérialise par une clinophilie et une fuite dans le sommeil.

Autre façon de procéder, la réaction agressive. C'est bien entendu en fonction de la structure de la personnalité qu'un individu réagira à la maladie dont il est atteint. Un paranoïaque utilisera ses mécanismes de défense projectifs et exprimera une agressivité sans commune mesure avec le symptôme présenté.

En dehors de cette relative quérulence, l'envers de la médaille est représenté par l'attitude victimaire, faite de récriminations incessantes. Le patient fait part de son mécontentement, refuse le traitement et considère les médecins comme responsables de ses maux, se plaint de ne pas être traité comme les autres et de ne pas trouver toute l'attention à laquelle il a droit.

Autre attitude, bien connue celle-là, la recherche de bénéfices secondaires et l'appoint narcissique. L'avantage que peut procurer un symptôme rend licite qu'un patient délaisse temporairement ses engagements et ses responsabilités. Les soucis quotidiens sont alors relégués d'où la sensation agréable d'une relative quiétude.

Par ailleurs, le fait de devenir le centre d'intérêt, l'objet de sollicitude de toute sa famille ou bien l'objet d'étude d'une équipe médicale, peut apparaître satisfaisant pour un individu qui auparavant s'accordait bien peu d'importance.

On voit donc, pour paraphraser une célèbre citation de Selye, que le symptôme est loin d'être la réponse non spécifique que donne le corps à toute demande qui lui est faite.

A ce point de notre réflexion, le symptôme donne l'apparence de la santé psychique en ce qu'il participe de l'homéostasie et qu'il évite de se poser la question du déséquilibre. Il nous évite de vire au quotidien notre folie en l'enkystant dans la corporéité ou la somatisation. Sans doute est-ce là une des figures du déni ?

Le prix à payer de la disparition du symptôme est aussi celui de la santé mentale. À l'origine était notre propre folie. L'abcès de fixation qu'est le symptôme l'oblitérait dans la plainte que médiatise la demande.

De tous temps, les hommes se sont interrogés sur la mort et son équivalent mineur, la maladie qui a toujours un « avant-goût » de mort.

Il était normal qu'une telle préoccupation qui est à la base des comportements religieux et moral traversât aussi le

champ de la médecine, qui dans son fondement humaniste n'a jamais cessé de s'interroger sur les relations tissées par le corps et l'esprit. Il y a deux interrogations majeures et constantes qui interpellent le médecin : la maladie et la mort.

La première est répétitive, et il s'emploie à y trouver des explications en nommant le coupable, en le débusquant, dans une vision de plus en plus morcelée et spécialisée, dans une recherche incessante de preuves à foison des différents mécanismes, qui ne sont là que pour masquer le vide et tenter d'éviter de répondre à la deuxième question :

Pourquoi la mort ?

Le symptôme, en ce qu'il spécifie le corps, pose à sa façon la question de la mortalité. C'est d'ailleurs la mort – et peut être la jouissance – qui seule renvoie à l'implicite du corps.

S'il est vrai que la médecine répond en partie à la question du mécanisme des maladies, elle exclut d'emblée une interrogation sous-jacente sur leur finalité et leur place dans l'économie psychophysique de l'individu. Tant il est vrai que répondre au comment permet d'escamoter la réponse au pourquoi.

En somme, il existe une double impasse, à deux niveaux, qui dépasse le sujet du sens de sa souffrance :

- la science médicale ne cherche qu'à expliquer des mécanismes,
- l'art médical ne se préoccupe que des maladies, jamais de la mort – et qui plus est - rarement de la maladie dans son rapport avec la mort, de la maladie en tant qu'elle est « privation de vie », diminution de capacité vitale, perte de liberté à gérer son bien-être ;

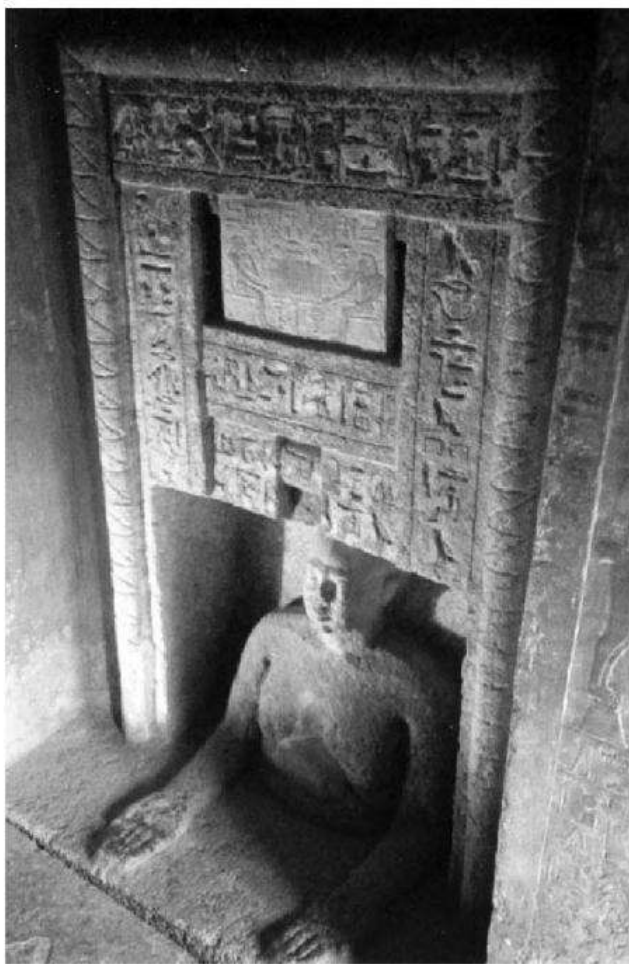
Il est vrai que dès qu'on arrive là, on dépasse le domaine médical pour entrer dans celui de la philosophie, de la religion, de la morale et s'interroger sur le sens de la vie. Mais pourquoi le médecin, de spécialiste qu'on l'oblige à être, ne se doublerait-il pas de l'apparat du philosophe ? Aurait-il à y perdre ? N'est-il pas d'abord homme et n'a-t-il pas à ce titre le devoir, en hommage à Tércence, de ne rien négliger de ce qui est humain ?

En ce sens, le symptôme, inlassablement, pose la question des relations du corps et de l'esprit

On fait remonter classiquement l'opposition du corps et de l'esprit à Descartes et l'on cite à ce propos les méditations métaphysiques, notamment la 2^e et la 6^e.

Dans la 2^e méditation, Descartes oppose l'esprit au corps. À partir d'une constatation sur un morceau de cire qui fond à la chaleur, se déforme et perd ses qualités originelles, Descartes en infère de l'opposition diamétralement irréductible entre corps et esprit.

Puisque la matière se déforme, se désagrège, que reste-t-il ? Le cogito cartésien impose de ne saisir sa propre existence que dans l'acte même de la pensée, ce qui revient à dire que



Ka du défunt ouvrant les bras dans l'attente des offrandes, Guizeh, Égypte.

l'homme a une « nature » uniquement pensante, d'où l'opposition entre le corps et l'esprit, ainsi que l'indépendance entre pensée et corporéité.

Dans la 6^e méditation, il écrit sans détour : « et quoique {...} j'ai un corps auquel je suis très étroitement conjoint ; néanmoins, pour ce que d'un côté, j'ai une claire et distincte idée de moi-même, en tant que je suis seulement une chose qui pense et non étendue et que d'un autre j'ai une idée distincte du corps en tant qu'il est seulement une chose étendue et qui ne pense point, il est certain que moi, c'est-à-dire mon âme, par laquelle je suis ce que je suis, est entièrement et véritablement distincte de mon corps et qu'elle peut être ou exister sans lui² ».

Cette distinction entre le corps et l'esprit, si elle pouvait s'expliquer à une époque où la scolastique, l'inquisition et le fanatisme religieux s'en nourrissaient pour véhiculer l'idée que la chair était pécheresse et que le croyant avait intérêt à se consacrer au salut de son âme immortelle, demeure toujours vivace dans notre culture occidentale, même si les termes un peu désuets en ont été modifiés.

C'est d'abord parce qu'on a trop vite imputé au seul Descartes, la responsabilité de la coupure dualiste entre le corps et l'esprit.

(D'ailleurs Descartes n'a pas bonne presse au XX^e siècle, Michel FOUCAULT³ le rend responsable du grand enfermement du fou à l'âge classique, tandis que Jacques LACAN, insistant sur la division du sujet démontre avec un brio un peu trop facile : « je pense où je ne suis pas, donc je suis où je ne pense pas », remodelée ensuite dans « la logique du fantasme⁴ » en « ou je ne pense pas, ou je ne suis pas », l'identification et la refente imposent certains détours que la logique ne connaît que trop bien !)

Revenons-en au symptôme et à l'hypothèse Cartésienne. Il faut faire justice à notre grand logicien, qu'une telle réflexion philosophique qui a pourtant des conséquences et des prolongements dans la médecine actuelle, en opposant le biologique et le psychologique ne date pas de Descartes.

Elle est vieille comme le monde et alimente d'incessantes querelles – parfois fécondes, il est vrai – et tire sa source de deux conceptions qui se veulent irréductibles et non superposables : celle de l'idéalisme et celle du matérialisme.

Avant de nous pencher sur la nécessaire tentative de reconstruction de l'unité somatopsychique de l'individu, base d'un réel travail, il apparaît nécessaire d'envisager rapidement les différentes conceptions qui sont à l'origine de comportements divergents dans l'exercice médical.

On peut grosso-modo, distinguer quatre grands courants relatifs aux relations supposées entre le corps et l'esprit :

- **l'interactionnisme**, pour lequel le corps est différent de l'esprit, véritablement scindé, mais où des influences de part et d'autres peuvent s'exercer ;
- **le parallélisme**. Dans cette conception, il n'existe aucune forme d'interaction, la rupture est consommée ;
- **le gradualisme**, pour lequel du fait de son passage sur terre, l'homme se manifeste d'abord par son corps puis par son âme en fonction de sa vie terrestre et ensuite de sa vie après la mort ;
- **l'hylémorphisme**, pour lequel il existe une indistinction totale entre le corps et l'esprit qui forment un tout et sont dans l'interdépendance.

Ces conceptions sont encore agissantes, à notre insu parfois, dans l'art médical et sous-tendent tout à tour notre activité soignante et les prolégomènes à la psychopathologie. Ce qui revient à dire que « si tous les processus peuvent être saisis dans l'éprouvette ou sous le microscope du chercheur, certaines causes ne peuvent être repérées que dans le champ du désir, lequel ne doit pas être simplement confondu avec un quelconque instinct d'ordre biologique ou naturel ».

Faut-il à ce propos considérer qu'il y a clivage entre les médecins du corps, relégués au rang de somaticiens et les médecins de l'âme, espèce en voie de définition, correspondant à des psychiatres à orientations psychanalytique ?

2. René Descartes, *Méditations métaphysiques*, Paris, Classiques Larousse, 1950, 102 p.

3. Michel Foucault, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard, 1972, 626 p.

4. Jacques Lacan, *Le Séminaire*, livre XIV, 1966-67, inédit.

Ne peut-on dire que la vision de l'observateur déforme les conditions de l'expérience, instaurant dans le champ médical l'équivalent du principe d'incertitude d'Heisenberg, ou bien peut-on considérer que l'investigation clinique répertorie des maladies particulières où le corps parlerait un langage agrammatical et syntaxique ?

Le symptôme est une métaphore

Cette assertion provocatrice en ce qu'elle nous oblige à penser, impose au clinicien une réflexion progrédiente qui de la somatisation passe par l'hypochondrie pour aboutir à l'archaïque du psychosomatique.

Traditionnellement, depuis Freud, on considère que la somatisation est le symptôme de l'hystérie.

Il est vrai qu'une personnalité immature, présentant des affects très superficiels, une grande suggestibilité associée à une dépendance vis-à-vis de l'entourage, semble placée au mieux pour convertir en symptôme somatique son angoisse.

Ce saut du psychique dans le corporel ne se fait pas de n'importe quelle façon.

Tout d'abord, fait hautement signifiant, il touche la vie de relation, c'est-à-dire la motricité, la sensibilité ou les fonctions sensorielles, témoignant par là des difficultés relationnelles du patient.

Deuxième point, la somatisation a un effet homéostatique. L'angoisse clinique disparaît avec l'émergence d'une manifestation physique anorganique, d'où la traditionnelle belle indifférence de l'hystérie à l'égard de son symptôme.

Les anciens auteurs citaient la classique rage de dents lors de la nuit de noces. Il n'en est pas tout à fait de même à notre époque !

Troisième point, l'entourage s'inquiète et se mobilise à la différence du patient, ce qui montre la fonction économique du symptôme. On dirait que l'hystérique règle ses comptes avec ses proches grâce au symptôme présenté, soit en attirant leur attention, soit en les détournant de lui afin d'en tirer une relative tranquillité.

Mais cette économie du symptôme n'est pas toujours aussi homéostatique qu'il n'y paraît.

En effet, la personnalité fragile de l'hystérique et sa grande dépendance à l'égard de l'entourage entraînent une intolérance aux frustrations et finalement la faillite d'un tel mécanisme de défense. Faute d'avoir été entendu dans ce qui se trame de sa psychodynamique, l'hystérique peut se résoudre à l'impensable...

Mais l'aspect spectaculaire du symptôme convoque le médecin dans la mise en cause de son savoir et de son pouvoir. L'hystérique est un anti-universitaire !

Elle incite le médecin à déployer son pouvoir pour lui montrer l'inanité. Outre qu'il s'agirait d'une esclave qui cherche un maître pour le dominer, on doit reconnaître que l'hystérique est un pousse-à-jouer de l'inconnu. On lui doit les avancées spectaculaires de la science psychiatrique : Charcot, Bernheim et Freud. Elle dénonce la pierre tombale qu'un savoir ritualisé voudrait à jamais sceller. L'hystérique en elle-même est symptôme de la provocation à l'inconnu.

Il n'en va pas de même pour l'hypochondriaque. On pourrait à son sujet parler d'une paranoïa du corps. Un corps persécuteur soustrait au désir de l'autre.

L'hypochondrie se caractérise par une préoccupation excessive et anxieuse pour le corps et le fonctionnement des organes. Si la somatisation est fugace, mobile, fuyante, l'hypochondrie est centrée sur le monde des entrailles et particulièrement la sphère digestive.

D'un point de vue psychodynamique, ce n'est pas tant un traitement que cherche l'hypochondriaque, mais des explorations. Il est ravi des tubes qu'on lui met partout, des prises de sang qu'on lui prescrit ou des radios auprès desquelles il s'empresse avec enchantement.

L'hypochondriaque en effet, veut qu'on lui explique son corps. Il envie au médecin la connaissance qu'il a acquise. Il y a dans l'espoir tacite de l'hypochondriaque un médecin imaginaire.

Cela parce que l'hypochondriaque est dans une dynamique inconsciente de persécution interne. Un organe ou une partie de son organisme le persécute et il prend à témoin le médecin de son incapacité ou de son incompétence.

Quant à la **maladie psychosomatique**, elle est assimilable à une mélancolie du corps.

Si le symptôme est une métaphore, c'est parce qu'il implique la substitution signifiante d'un nouveau signifiant à un signifiant refoulé qu'il supplante et avec lequel il entretient un lien de similarité. Il témoigne par là du refoulement imposé par la culpabilité civilisatrice à la pulsion qui n'a d'autre recours que l'usage du fantasme. Nul doute alors que la levée du symptôme s'accompagne de l'émergence du fantasme. Une part du conflit est donc agie autrement que par la sublimation.

Le symptôme est ainsi un élément symbolique qui revêt une allure de cryptogramme.

Il apparaît comme la négation du fantasme, facilité d'évitement de la castration, jouissance de la corporéité en ce qu'elle est médicalisée sans oser faire le deuil du malheur, qui fort heureusement, comme le bonheur, est fragile.

Alors, si la vie humaine commence de l'autre côté du désespoir, il reste à savoir si l'on doit confier au médecin son symptôme ? Quelle serait en effet la valeur d'une civilisation, d'une culture ou d'une société qui affirmerait que c'est de la médecine qu'elle prétend tirer son bonheur ?



Manuela Dubec

Le café philo

Mots clés issus du thesaurus Santépsy : atelier thérapeutique, philosophie.

NDLR : le café philo fut créé, il y a près de quatre ans par un infirmier de la fédération des arts du Centre Hospitalier de Montfavet, Serge Hébrail, qui s'intéressait à la philosophie. Il s'est investi dans cette aventure sur son temps personnel, c'est-à-dire bénévolement en dehors de son temps de travail. Le pôle de Didier Bourgeois a mis à sa disposition la cafétéria qui lui a fourni une salle et une participation d'un membre de son personnel aux réunions philosophiques, membre du personnel qui n'était pas un infirmier mais avait le statut d'ouvrier. Le troisième soignant participant était une psychiatre du pôle, Huguette Ferré. Il s'agit là d'une véritable pratique de psychothérapie institutionnelle portée par le désir de ses acteurs et mettant en œuvre la notion de coefficient thérapeutique théorisée par Jean Oury. Il y a seulement quelques mois, les deux promoteurs du projet, Serge Hébrail et Huguette Ferré se sont retirés respectivement pour un départ à la retraite et une mutation professionnelle. Il est significatif que ces deux protagonistes s'étaient exprimés sur cette thérapie à la journée sur la transmission du 10 mars 2010, et que seule Manuela Dubec, l'héritière du café philo, nous a transmis le texte de son intervention... Il ne s'agit pas véritablement d'un article mais plutôt d'un témoignage chargé de sens, du point de vue de l'infirmier.

C'est lors d'une rencontre.... avec le Docteur Huguette Ferré, que j'ai découvert le café philo...une demande....une demande de reprendre le flambeau...une *transmission* qui fut un peu rapide puisque Serge, son fondateur, était déjà à la retraite... un héritage que j'ai pris en cours de route...

Le « café philo » semble actuellement un atelier intemporel face à la demande incessante de soins protocolés, quantifiés, pressés. Le temps est maintenant compté (formations brèves, hospitalisations courtes, psychothérapies flash...) mais ce temps n'est plus conté.

L'importance de l'histoire, de l'expérience de chacun permet la *transmission* de notre travail, du « pourquoi » nous sommes ensemble aujourd'hui... c'est par cet écrit que je transmets mon vécu et mon ressenti... se remémorer, se retrouver et parler de l'histoire du café philo est *transmission*.

C'est un lieu ouvert à tous, à toute personne quelle soit hospitalisée ou non : une chance dans un environnement où la première indication de prise en charge du sujet est sa « dépendance géographique ». Et malgré son ouverture, l'atelier semble accueillir les patients d'un seul pôle... C'est par notre *transmission* de l'intérêt des ateliers et des soins que nous pourrions poursuivre ce que nous avons mis en place.

Un cadre hérité et maintenu, nous avons gardé le même jour et les mêmes horaires pour que les patients se repèrent dans le temps et pour soutenir cette notion de continuité.

La continuité de travailler également avec d'autres unités, nous faisons parvenir quelques écrits des patients au journal « planète tilleuls » afin qu'ils soient édités.

Nous travaillons en amont l'orientation du café philo avec une citation retranscrite sur les affiches et les flyers qui sont diffusées sur le Centre Hospitalier de Montfavet et envoyées aux personnes désirant l'invitation. L'aide de l'équipe de la cafeteria pour la mise en place des moyens matériels (salle, café..) favorise l'accueil

J'ai la chance d'avoir hérité d'un atelier favorisant le désir, moteur d'idées, de pensées, de sujétions, d'écrits sur les thèmes de la vie...un lieu de rencontres, d'échanges...un lieu où l'on peut être soi.

Les patients y mettent du « soi » pour inventer et créer un café philosophique unique : les patients nous font partager leurs talents, leurs créativité par des textes, des slams, des écrits. C'est en quelque sorte une dynamique existentielle, un parallèle ou une rencontre avec l'histoire des patients et leur recherche de sens.... sens de la vie... de leur vie...

Les échanges sont parfois insolites : les idées, la réalité de chacun se mêlent, s'entrechoquent, s'enflamment ce qui remet en question mon intervention.... mes observations, mes questionnements, mes recherches me permettent tant bien que mal de m'approprier et de favoriser l'émergence de désir dans un atelier...un idéal de faire perdurer cet espace de discussion et de rencontres.

Je finirais par une citation tirée de Faust de Goethe : « ce que tu as hérité de tes pères, acquiers-le pour le posséder ».

Infirmière

Pôle Avignon Sud Durance – Centre Hospitalier de Montfavet.



Darwin Liegl

Médiation sonore dans la psychose infantile et qualités plastiques de l'enveloppe psychique*

Résumé : À partir d'observations et de recherches en psychologie et psychopathologie cliniques s'inscrivant dans une pratique de plus d'une quinzaine d'années en musicothérapie active de groupe – pratique centrée sur l'improvisation vocale favorisant les productions vocales spontanées chez l'enfant présentant des troubles psychotiques -, les propositions de fond sonore indifférencié, de sonogramme, de signifiants formels sonores et de signifiants formels sonores de démarcation sont avancées afin de rendre compte de la plasticité de l'enveloppe psychique. Ces propositions s'insèrent dans un tableau récapitulatif (indiquant les principales positions psychiques) constitué en référence aux travaux de différents auteurs et à ceux, plus spécifiques, de CICCONE A. et LHOPITAL M. (1991) ainsi qu'à ceux de BRUN A. (2000). Ce tableau, élaboré dans une dimension d'éclairage des étapes de la constitution de l'enveloppe psychique, permet une mise en lien illustrative des manifestations cliniques corporelles, instrumentales et vocales avec les différentes positions psychiques. Il peut être considéré, en premier lieu, comme un indicateur précis de l'évolution du travail possible avec la médiation sonore dans son versant actif et, en second lieu, comme un instrument d'évaluation de l'état psychique - à un instant « t » - de l'enfant psychotique en lien à la médiation sonore.

Mots-clés : Médiation sonore; Improvisation vocale; Psychose infantile; Fond sonore indifférencié ; Sonogramme; Signifiants formels sonores; Plasticité de l'enveloppe psychique.

Sound mediation with children presenting psychotic disorders and plastic qualities of the psychic envelope

Summary : From clinical psychology and psychopathology observations and researches established on more than fifteen years of groupal music therapy practice – practice focused on vocal improvisation facilitating spontaneous vocal productions with children presenting psychotic disorders-, proposals as : Not differentiated background, Sonogramme, Sonorous formal signifying and Sonorous formal signifying of demarcation are made to give forth about the psychic envelope plasticity. These proposals are integrated in a synoptic table (showing the principal psychic positions) organized in reference to different authors and, more specifically, to CICCONE A. and LHOPITAL M. (1991) and BRUN A. (2000) Works. This conspectus table, built in a clarifying dimension of the psychic envelope construction, allows an illustrative relation of corporeal, instrumental and vocal clinical manifestations with different psychic positions. It may be considered, at one time, as a precise indicator of the evolution in the possible work with the sound mediation in its active side and at twice, as a psychic state evaluation tool - in a « t » instant- with children presenting psychotic disorders in relationship with sound mediation.

Keywords : Sound mediation ; Vocal improvisation ; Psychotic children disorders ; not differentiated sonorous background ; Sonogramme ; Sonorous formal signifying ; Sonorous formal signifying of demarcation ; Psychic envelope plasticity.

Musicien, Musicothérapeute, et Psychologue clinicien, Docteur en psychologie et psychopathologie cliniques de l'Université Lumière Lyon 2
Exerce au Centre Hospitalier de Montfavet.

* Intervention (le 27/03/ 09 à 11h30) aux journées scientifiques de musicothérapie des 27 & 28 Mars 2009 à Paris, dans le cadre de l' Université Paris Descartes – Institut de Psychologie – Service de Formation Continue – Association Française de Musicothérapie. Il s'agissait des XIX^e Journées Scientifiques de Musicothérapie qui avaient pour thème : « 2009 : 40 ans de musicothérapie en France. Pratiques innovantes en musicothérapie ».

Bonjour à toutes et à tous. C'est bien une passion mesurée, une inclination profonde envers la musique et le soin ainsi qu'une dynamique soutenue de recherche en psychologie en lien à la créativité qui m'ont conduit ici, parmi vous, aujourd'hui. Tout d'abord, je remercie très cordialement Édith LECOURT d'avoir eu la gentillesse de m'inviter à ces XIX^{èmes} journées scientifiques de musicothérapie suite à la soutenance de ma thèse intitulée « *L'improvisation vocale en musicothérapie auprès d'enfants présentant des troubles psychotiques : une voie vers l'harmonisation de l'originaire* » et de laquelle est tirée la présente intervention.

Ensuite, je dirai que la présente communication - issue de ma pratique clinique et musicale - est édifiée à partir d'observations et de recherches depuis plus d'une quinzaine d'années et s'est initiée dans le cadre de la formation à la musicothérapie lors de la conduite de groupes d'enfants psychotiques en séance de musicothérapie active (Université de Montpellier, 1987-1990) ; Ce sont des séances où, après avoir mis en œuvre une préparation à l'improvisation vocale, j'ai été interpellé par des vocalisations très chargées en affect faisant penser à une voix archaïque. Cette recherche s'est poursuivie, ouverte et approfondie particulièrement depuis 2001 grâce à la formation en psychologie et psychopathologie cliniques, aux séminaires de doctorat en lien à la clinique actuelle et s'inscrit dans le droit fil des interrogations initiales vis-à-vis de la psychose et de l'utilisation de la médiation sonore orientée vers l'improvisation vocale favorisant l'émission de voix archaïque en séance de musicothérapie de groupe.

Dans ce travail de recherche, inscrit dans une perspective psychanalytique et une dynamique heuristique, l'improvisation vocale est à considérer comme une « association libre de sons vocaux » car « ce qui émerge » spontanément permet la découverte d'une vocalisation d'états internes inconscients et préconscients.

Au niveau théorique - et dans le cadre de la musicothérapie active qui est à situer au plan d'une médiation pré-verbale et d'un pré-texte -, l'association libre de sons vocaux (qu'est l'improvisation vocale) constitue un médiateur infra-texte, une technique infra-verbale similaire dans son orientation à l'association libre de mots et, ou d'idées constituant une règle fondamentale en psychanalyse.

En effet, l'association libre, le récit associatif, selon FREUD (1895 - 1926), permettent de traduire les contenus traumatiques inconscients, de les éclairer, voire de les déplacer. Les contenus traumatiques, les pulsions, les affects se trouvant sous la domination du préconscient, l'efficacité de l'association libre dans la cure tient à sa capacité à relever la trace mnésique aussi bien que la charge pulsionnelle inconsciente et à l'amener via le préconscient, à la conscience. C'est de ce même mouvement dont il s'agit pour l'improvisation vocale, sauf que le point de départ, s'appuie sur des sons vocaux en attente de représentation et de sens et renvoyant plus spécifiquement à la dynamique originaire. Les notions de *fond sonore indifférencié* de *sonogramme*, de

signifiants formels sonores et de *signifiants formels sonores de démarcation* dégagés à partir de la clinique m'ont permis d'en attester. Que les contenus traumatiques (affects, pulsions) fassent retour de façon plus consciente permet, dans un cadre thérapeutique, un re-jeu, une possibilité de symbolisation, de contrôle dans l'ici et maintenant et favorise un réaménagement psychique plus harmonieux. L'intérêt thérapeutique de la médiation sonore est donc envisagé ici comme un travail de constitution de contenants psychiques, c'est-à-dire comme une mise en place progressive de ces contenants accroissant les qualités plastiques de l'enveloppe psychique. Voilà qui peut introduire le titre de mon intervention concernant la médiation sonore dans la psychose en lien aux qualités plastiques de l'enveloppe psychique du fait que mon propos vise la mise en évidence des capacités de la médiation sonore (utilisant l'improvisation vocale) à accompagner les sujets présentant des troubles psychotiques, de la sensorialité vers la symbolisation en appui sur la mise en place et la plasticité de l'enveloppe psychique. Ceci signifie la constitution des contenants psychiques, leur modification, leur réaménagement possibles dans le travail avec la médiation sonore pour ces sujets.

Par ailleurs, le terme de plasticité cérébrale - en lien à la notion de réseaux neuronaux multiples en interconnexion - résonne avec la notion de plasticité psychique, la confirme et renvoie à la conception d'une plasticité des enveloppes psychiques (dont la fonction est de construire un objet médiateur et de décrire les phénomènes d'échanges entre sujet et objet) en référence aux travaux de Didier ANZIEU (1987) qui a développé cette notion à partir de celle du Moi-Peau (1985) (le Moi-peau étant une représentation de l'appareil psychique s'organisant à partir de l'expérience de la limite du corps et donc de la peau).

À mon sens, la notion de plasticité psychique potentielle (modelabilité, façonnabilité, flexibilité, malléabilité avec la notion de conservation de la nouvelle forme prise ou donnée) existant au début et tout au long de la vie, a toujours été soutenue par la psychanalyse du fait de la conviction, confirmée par la clinique, de la possibilité de modification et de transformation durable de la qualité de la relation d'objet propre à un sujet donné, ceci grâce à un travail thérapeutique basé sur le modèle de la cure psychanalytique. Cela en réfère à la dimension psychodynamique et à l'idée qu'il y a toujours du sujet et quelque chose de mobilisable, de stimuable chez le sujet (psychotique ou non) permettant de favoriser de façon évolutive les réaménagements psychiques et donc de procéder à une harmonisation psychique au sens de régulation et équilibrage des tensions psychiques.

La notion de plasticité psychique, de plasticité des enveloppes psychiques - lorsqu'elles sont constituées - est donc centrale pour ce qui concerne toute thérapie du psychisme.

Par l'intermédiaire d'un tableau synoptique donnant une vue générale (et que je vais demander de projeter à l'écran, (voir aussi p.8) à propos de la plasticité de l'enveloppe psychique en lien au travail avec la médiation sonore, tableau s'appuyant sur perception, observation, expérience et pratiques



cliniques, je mets en évidence cette plasticité suivant trois étapes en correspondance aux structures de l'enveloppe psychique, aux dimensions et positions psychiques. J'y indique, dans une progression de gauche à droite, les différentes formes sonores rencontrées, les différentes constitutions de fonds sonores et enfin, en trois étapes, l'évolution observée du travail avec la médiation sonore.

Dans ce mouvement, l'exigence d'éclairage à partir de la clinique m'a amené à proposer la notion de Fond Sonore Indifférencié, donc de mettre en mots ce qui est rencontré en pratique et qui est de l'ordre d'un conglomérat sonore type brouhaha ou magma sonore informe et continu à partir duquel, peu à peu des éléments plus distincts peuvent se détacher, se différencier.

La proposition de la notion de *Fond Sonore Indifférencié* prend appui sur :

- Les travaux de BLEGER J. (1970-1988) qui cite - dans son article « *Le groupe comme institution et le groupe dans les institutions* » - l'arrière-fond d'indifférenciation.
- Les travaux de HAAG.G (1993-1995) (Dans l'article « La constitution de l'expression plastique en psychanalyse de l'enfant. Sa signification dans la constitution de la psyché ») mentionnant que « *Le premier fond est représentation de la peau commune adhésive et symbiotique et (...) dans un miroir presque parfait avec l'objet d'amour(...) le fond de l'autre ainsi trouvé est assimilé au fond de soi.* » (HAAG.G (1993-1995), p. 65) in DECOBERT S. et SACCO F. *Le dessin dans le travail psychanalytique avec l'enfant.*
- Les travaux d'Édith LECOURT (1998) et notamment lorsqu'elle mentionne le fond sonore dans les groupes correspondant à un premier niveau de l'expérience affective et se manifestant par un bruissement. Édith LECOURT indique que ce *premier niveau affectif est indifférencié, non conscient et donc aussi non verbalisé.*

À mon sens, le *fond sonore indifférencié* fait référence à l'ensemble de sons engrammés dans la mémoire du fœtus lesquels constituent des traces mnésiques sonores dont fait partie la voix archaïque en tant qu'expression vocalisée de ce même fond¹. À partir de ce fond, se distingue ce que j'ai appelé le *complexe affectivo-vocal* (provenant de la voix de la mère composée de nombreux paramètres (prosodie, inflexions, silences, rythme, intensité, timbre et durée) traduisant la complexité des affects de la mère à la façon d'un miroir les sonorifiant de façon très nuancée. Le complexe affectivo-vocal s'engrammerait en tant que *sonogramme* chez le fœtus et le bébé. La notion proposée de *sonogramme* (pictogramme sonore) fait référence à la formulation d'AULAGNIER P. (1975) concernant le pictogramme mais précède la proto - représentation visuelle pictographique.

À partir du *sonogramme* - qui est à placer dans le tableau entre le fond sonore indifférencié et les signifiants formels sonores - peuvent émerger des vocalisations troublantes et tremblantes, très chargées en affect comme la voix archaïque (sur deux notes) mais aussi sur trois notes marquant alors une différenciation pouvant induire une subjectivation naissante tout en étant aussi chargées d'éléments traumatiques en attente de symbolisation.

De ce fait, la nature de certaines productions vocales improvisées renvoyant à une dimension archaïque a conduit notre recherche vers les signifiants formels typiques du niveau originaire (ANZIEU D., 1987) avec la spécificité d'être en lien avec le son et que je propose d'appeler *Signifiants formels sonores*. Il s'agit de signifiants formels en tant que

1. La voix archaïque étant, selon ma lecture, une voix tremblante et vibrante sur deux notes maximum, très chargée en affect et correspondant à ce que Konopczynski G. (1994) appelle « voix ressemblant à de la tôle ondulée » ou « en pin-pon » pour le cas où les deux notes sont plus espacées en temps l'une de l'autre.

première symbolisation du pictogramme dans lesquels le corps est impliqué de façon sonore et exprime un affect intense comme une angoisse de mort. Cet état exprimé de façon sonore vient illustrer l'indifférenciation d'avec la mère, il correspond à l'état d'avant la séparation.

Séquence clinique : Jody

En séance de musicothérapie de groupe, le jeu de la sirène vocale utilisé comme moyen d'accès à l'improvisation vocale a amené un trouble important chez une enfant de 9 ans (appelée Jody), apparemment surprise d'improviser ainsi par elle-même, émettant une voix grave tremblante et monocorde et réagissant comme face à un affect troublant et sidérant. Un instrument étant toujours à disposition lors d'une improvisation vocale, elle l'a utilisé pour la première fois de façon dissonante et intense mais tout en retirant visiblement du plaisir. En continuité de cette improvisation vocale, se trouvant très vraisemblablement confrontée à l'émergence d'un affect profond, Jody pourra placer celui-ci à distance grâce à l'instrument de musique et par des sons dissonants et forts contrairement à son habitude de jeu. Elle utilisera aussi les mots, disant :

« Non, c'est pas ça, c'est pas ça »

Ces mots, après analyse viennent exprimer : Un corps de fille, une voix, un son de fille sont refusés ou niés, signifiant formel pouvant être rapproché, en lien à l'élément « eau » prégnant concernant cette enfant, de : *Un corps liquide s'écoule ou est agité* et signifiant l'angoisse et à la fois le désir de la mère envers son futur bébé (qu'était alors Jody) d'une fausse-couche en tant que liquide s'écoulant.

L'importance des signifiants formels tient à ce qu'ils sont un passage obligé pour accéder aux processus primaires à partir des processus originaires, d'où la nécessité d'en explorer la qualité dans le cadre de thérapie avec des enfants présentant des troubles psychotiques.

Selon ANZIEU D. « (...) ils semblent s'inscrire dans la catégorie générale des représentants de choses, plus particulièrement des représentations de l'espace et des états du corps en général. (...) En ce sens, les signifiants formels sont principalement des représentations des contenants psychiques. (...) Ils constituent des éléments d'une logique formelle appropriée aux processus primaires et à une topique psychique archaïque. (...) les angoisses violentes et spécifiques qu'ils dénotent en font soit des freins à l'acquisition des premiers systèmes sémiotiques, eux-mêmes conditions d'accès au langage et aux représentants de mots, soit des sources d'altération dans l'exercice de ces systèmes. » (ANZIEU D. (1987), p.20)

Ayant trait à une dynamique d'indifférenciation, ils s'inscrivent dans le cadre d'une fantasmatique originaire. Ils se situeraient donc entre originaire et primaire et seraient caractérisés par une confrontation à (...) *une imago maternelle gravement conflictuelle* : « promesse de vie et menace de mort ». (ANZIEU D., (1987, éd. 2000, p.32)

Par ailleurs, les signifiants formels peuvent subir des déformations, opérer des transformations sur le plan psychique,

sont donc potentiellement créateurs d'aménagements psychiques et liés à l'émergence de l'enveloppe psychique. C'est ce qui nous intéresse ici.

Séquence clinique en Unité Parent-Bébé : Marion :

Illustration du chemin possible entre voix archaïque et signifiants formels sonores (dans une dynamique défensive) _ Marion est un bébé de huit mois, bien proportionné, que sa mère nourrit de façon insistante. Après avoir mangé du fromage blanc sucré, elle signifie, en fermant sa bouche et en tournant la tête, qu'elle n'en veut plus (Il s'agissait de notre première rencontre et nous n'avons pas pu, de ce fait, enregistrer sa voix et les modulations décrites).

Sa maman insiste du fait de son inquiétude quant à l'«insuffisante» prise de poids de Marion. Cette dernière semble prise entre son besoin visiblement comblé et le désir (de sa maman) qu'elle mange davantage.

Au cours de cette interaction, Marion émet vocalement des sons, d'abord monocordes et tremblants (dévoilant la voix archaïque) puis rapidement plus riches et modulés comme pour se dégager d'une situation trop pressante, du style « la lala la la » mais sur « mm », ceci tout de suite après avoir tourné la tête à sa mère.

Cela illustre comment un bébé peut *a minima* transformer – en le manifestant avec sa voix – de l'angoisse en musique, en éléments plus musicaux et comment le son vocal est utilisé ici en même temps qu'un mouvement corporel de dégagement face à une situation anxiogène (où la mère semble ne pas considérer l'enfant comme un sujet mais comme un corps-objet à remplir). Ici les signifiants formels sonores sont à rapprocher et en référence aux signifiants formels d'ANZIEU D. (1987) et sont dans un premier temps de l'ordre de : *Un orifice s'ouvre et se referme* puis dans un second temps : *un objet s'approche et me persécute*.

La voix de Marion, tout d'abord de type archaïque (sur deux notes voisines pouvant être ré et mi), se modifie en voix chantée - utilisant trois notes (ré, la, mi dans l'ordre suivant : ré, la-mi-ré, la) - illustrant de façon sonore le passage d'un affect d'angoisse à un affect de dégagement. Comme une construction mettant en évidence que le système de défense de cette enfant peut être corrélé à des manifestations vocales expressives traduisant une transformation de l'affect d'angoisse initialement éprouvé en une émotion moins envahissante visant à mettre l'autre à distance. Le « mmm » prononcé par Marion, bien qu'étant une consonne douce se produisant bouche fermée, peut être interprété comme un refus et une fermeture vis-à-vis de l'attitude intrusive de la mère.

Cette séquence clinique est à même d'indiquer, dans un autre cadre thérapeutique utilisant l'improvisation vocale (laquelle favorise l'émergence de la voix archaïque), qu'il est possible de faciliter l'accès à certaines séquences similaires à celle qui vient d'être exposée tout en accompagnant et permettant de revisiter et réaménager psychiquement des événements potentiellement traumatiques.



En effet, à partir d'un cadre thérapeutique, l'improvisation vocale propose donc de re-contacter les affects archaïques dans une dynamique favorisant les processus de séparation et de transformation.

Selon Axel KAHN (21 /10 / 2004, VI^{ème} colloque de périnatalité, Avignon) l'émergence du signifiant provient de la possibilité d'associer une série de perceptions (reliée à des états mentaux) à la perception d'un signifié donné (correspondant à d'autres états mentaux), ceci conduisant à donner une signification psychique à la perception.

Ce processus de transformation, à partir d'un ensemble de perceptions, ne pourrait s'effectuer que grâce à la capacité de contenance du sujet en étroite relation avec le bébé (sa mère plus particulièrement, mais aussi son père, et plus tardivement la ou le thérapeute) ainsi que par l'intermédiaire de la voix ; car, selon POMMIER G., « (...) à la naissance, les neurones du langage s'atrophient et meurent sans la stimulation de la voix maternelle, et, sans ce préalable, aucun apprentissage n'est intégré. » (POMMIER G., 2004,)

En effet comme BION W.R. (1967) l'avancait dans *Réflexion faite*, au sujet de la fonction *a*, la mère, d'une certaine façon, prête à son bébé son propre appareil à penser, lequel constituerait un modèle apte à mobiliser les neurones miroirs (imitation, empathie) chez le bébé et à favoriser la mise en sens à partir des perceptions. (Selon les recherches récentes de RIZZOLATI Giacomo et al. (1996) et de Cy-rulnik B. (2006), *De chair et d'âme*). Ainsi, ce serait grâce à la contenance de la mère, à l'investissement du bébé vis-à-vis de l'intégration de ce modèle de contenance par et pour lui-même que pourrait se constituer une enveloppe psychique accueillant la représentation et donc la pensée en tant qu'apprentissage.

Il me reste à indiquer ce qu'il en est des *signifiants formels sonores de démarcation* en référence aux signifiants de démarcation selon ROSOLATO G. (1984 - 1985, *Destin du signifiant*, N.R.P. n°30).

Les signifiants de démarcation délimitent les représentations en donnant une identité aux objets, en leur attribuant une forme transformable et une capacité d'emboîtement, d'articulation avec d'autres objets. En même temps, ils procèdent à un écart en s'accompagnant de la conscience d'une différence avec l'objet référent, ce qui le rend apte à entrer dans un processus de symbolisation.

Concernant les *signifiants formels sonores de démarcation*, il s'agit de l'expression sonore ou vocalisée d'une délimitation, d'articulations et de marquage d'un écart qui peuvent se manifester de façon sonore en clinique par :

- Intégration de la notion de fin de la production sonore, par exemple,
- Prise de conscience de la possibilité de jouer ensemble et, ou, de façon articulée (l'un après l'autre en même temps qu'une production sonore est conduite à deux par exemple), ceci permettant de concevoir l'existence stable d'un écart même si le rendu sonore est homogène.

Et par une prise de conscience de la différence :

- de sons entre-eux,
- entre sa propre production sonore et celle de l'autre.

Le tableau synoptique (offrant une vue générale) indique dans un premier temps les positions correspondant aux mouvements psychiques mis en évidence par différents auteurs (ANZIEU A., BICK E., KLEIN M. et MELTZER D.) et mis en forme dans un tableau par CICCONE A. et LHOPITAL M. (1991-2002), dans *Naissance à la vie psychique*, lequel a été employé et développé par BRUN A. (2000 -2004, dans *Le travail de l'archaïque par la médiation picturale dans la psychose* au sujet de la médiation picturale. Ces positions ne sont pas parcourues de façon unilinéaire car l'enfant peut osciller de l'une à l'autre tout en occupant une position de façon prédominante au cours de son évolution dans l'atelier. De même, la progression proposée n'empêche pas la superposition possible de deux positions et des aller-retours d'une position à l'autre selon l'évolution de l'enfant avec la médiation sonore.

Dans un deuxième temps, j'indique par les différentes formes sonores rencontrées, les différentes constitutions de fonds sonores et par l'évolution dans le travail avec

la médiation sonore, les éléments permettant de dégager et de modéliser les processus communs à l'œuvre dans la médiation sonore avec des enfants présentant des troubles psychotiques.

MÉDIATION SONORE DANS LA PSYCHOSE INFANTILE ET QUALITÉS PLASTIQUES DE L'ENVELOPPE PSYCHIQUE

	POSITION D'ADHÉSIVITÉ	POSITION DE DÉTACHEMENT DU FOND	POSITION DE FIGURATION (Sonore)
Structures de l'enveloppe psychique (Anzieu D.)	Double feuillet indifférencié	Décollement des deux feuilles Fantasme de peau commune	Emboîtement des deux feuilles. L'enveloppe se constitue en Moi-peau
Dimension de l'espace psychique (Meltzer D.)	Bi- dimensionnalité Surface	Tri-dimensionnalité Volume	Quadri-dimensionnalité Historicité
Positions dominantes	Position autistique (Marcelli.D.) Position adhésive (Bick. E.)	Position paranoïde- schizoïde (Klein M.) Position symbiotique (Mahler M.)	Position dépressive (Klein M.)
FORMES SONORES	Fond sonore indifférencié (cf : Bleger J.)	Détachement de sons (rythme ou notes) sur un fond sonore (improvisa- tion élémentaire). - Signifiants formels sonores (cf : Anzieu D.)	Cellules mélodiques et, ou rythmiques expressives (<i>jouées et mémorisées</i>) - Signifiants formels sonores de démarcation (cf : Rosolato G.)
CONSTITUTION DU FOND SONORE	Absence de différence entre sons singuliers et fond sonore. Peau psychique non constituée ou « à trou » (Bick E.)	Constitution d'un 1 ^{er} fond sonore avec rythmes répétitifs et une implica- tion motrice sensori- affective. Production sonore de l'autre en cours de différenciation	Constitution d'un fond sonore duquel se détachent nettement rythme ou cellule mélodique inédits (<i>personnalisés et expressifs</i>) Production musicale de l'autre : différenciée
ÉVOLUTION DU TRAVAIL AVEC LA MÉDIATION SONORE (Musicothérapie active)	- Sons buccaux (bruits de bouche, de langue, grincement de dents) -Voix archaïque (<i>absente ou sur 2 notes maximum</i>), grogneurs, gémissements. - Instruments de musique malmenés, démontés, mis en bouche, sucés, mordus et, ou violents; - Ou bien une partie du corps est comme collée à l'instrument (<i>celui-ci ne fait pas tiers entre le sujet et le clinicien</i>). - Absence de pulsation ou rythme répétitif. -Toucher de l'instrument comme pour marquer son empreinte. S'asseoir, se coucher dessus. - Magma sonore sans fin. Production sonore singu- lière non différenciée occultant la mailloche.	- Voix chantée (<i>sur 3 notes différentes en moyenne</i>) alternant parfois avec des gémissements. -Découverte de l'instru- ment -Utilisation de la mailloche et production de sons très intenses (<i>gestuelle</i>). - Apparition de nuances de jeu vocal et, ou instrumental (<i>plus fort, moins fort ; plus grave, plus aigu</i>). - Présence de la pulsation - Sons utilisés l'un après l'autre (<i>monophonie</i>). - Début et fin de la production sonore. - Alternance de magma sonore et de rythmes répétitifs.	- Voix chantée et inédite (<i>sur 4 notes ou plus</i>) dont la mélodie peut être retenue (<i>mémorisée</i>) et reproduite. - Proposition d'un rythme et, ou d'une cellule mélodique simples. - Instruments utilisés, échangés pour la production de musique personnalisée avec titre, début, développement et fin. - Commentaire verbal élémentaire possible sur cette production musicale. - Écoute et prise en compte, tout en jouant, de la production sonore ou musicale de l'autre. - Présence de silences dans la production sonore.

Ce tableau, élaboré dans une dimension d'éclairage des étapes de la constitution de l'enveloppe psychique, permet une mise en lien illustrative des manifestations cliniques corporelles, instrumentales et vocales avec les différentes positions psychiques. Il peut être considéré, d'une part, comme un indicateur précis de l'évolution du travail possible avec la médiation sonore dans son versant actif et, d'autre part, comme un instrument d'évaluation de l'état psychique - à un instant « t » - du sujet en lien à la médiation sonore et présentant des troubles psychotiques.

En guise de conclusion, j'avancerai que le travail avec la médiation sonore dans la psychose aura pour objectif d'activer les éléments permettant une mise en place des structures organisatrices de la psyché. Il réactualise les processus originaires à partir de la dimension sensorielle conditionnant l'émergence possible des représentations ainsi que le lien primaire de l'enfant à l'objet. La médiation sonore va permettre à l'enfant de faire advenir de façon sonore le non encore advenu, autrement dit, d'activer la symbolisation des traces perceptives engrammées précocement en lien à l'environnement.

Bibliographie

- ANZIEU D., (1985), *Le Moi-peau*, Paris, Dunod, éd. 1995.
- ANZIEU D. & al., (1987 – 2000), *Les enveloppes psychiques*, Paris, Dunod.
- AULAGNIER P., (1975), *La violence de l'interprétation*, Paris, Puf.
- BION W. R., (1967), *Réflexion faite*, Paris, Puf, éd.1983.
- BLEGER J., (1988), Le groupe comme institution et le groupe dans les institutions, in KAËS & al., *L'institution et les institutions*, Paris, Dunod, pp. 47-61.
- BRUN A. (2000), L'émergence de la figuration de soi dans la peinture de l'enfant psychotique, in *La psychiatrie de l'enfant*, XLIII, 2, 2000, 473-508.
- BRUN A. (2000 – 2004), *Le travail de l'archaïque par la médiation picturale dans la psychose*, in la revue : Les Cahiers du CRPPC n°14 du Centre de Recherche en Psychologie et Psychopathologie Cliniques de l'université Lyon2.
- CICCONE A. et LHOPITAL M., (1991-2001), *Naissance à la vie psychique*, Paris, Dunod, éd. 2001.
- CYRULNIK B. (2006), *De chair et d'âme*, Paris, Odile Jacob.
- FREUD S. (1895), *Études sur l'hystérie*, (éd. Fr. 1956) et *L'interprétation des rêves*, (1926-1967), Paris, Puf
- HAAG G., (1993-1995), La constitution du fond dans l'expression plastique en psychanalyse de l'enfant. Sa signification dans la constitution de la psyché. in DECOBERT S. et SACCO F., *Le dessin dans le travail psychanalytique avec l'enfant*, Toulouse, Érès, p. 63-87.
- KONOPCZYNSKI G., (1994), Caractéristiques vocales du babillage : Quelques phénomènes curieux. Valeur prédictive ? in Actes du colloque *Le développement langagier : une prédiction précoce est-elle possible ?*, Besançon, L'ortho, 1995.
- LECOURT E., (1998), Toucher le fond : de l'espace visuel à l'espace sonore, in *Les langages du groupe*, RPPG n° 30, Ramonville Sainte-Agne, Érès, pp.31-44.
- POMMIER G., (2004), *Comment les neurosciences démontrent la psychanalyse*, Paris, Flammarion.
- Hors série du nouvel Observateur, *La psychanalyse en procès*, (Oct. – Nov. 2004), p.72.
- ROSOLATO G., (1984), Destin du signifiant, in *Nouvelle revue de psychanalyse*, n° 30, Paris, Puf, pp. 210 -238.



Festival d'Avignon.



Eric Rosse de Présent

Le PACK en pédopsychiatrie

Mots clé issus du thesaurus Santépsy : enveloppement humide, pédopsychiatrie, indication thérapeutique, cadre thérapeutique, perception sensorielle.

Je débiterai mon propos par une citation de G Favez qui dit ceci « *c'est à pouvoir rencontrer l'inconnu qu'il faut être préparé et non à tout prévoir* », citation qui ouvre le livre de B Golse « du corps à la pensée ».

Mais avant d'aller plus avant, je voudrai remercier le Dr Bourgeois et la revue *Psy Cause* de m'avoir fait une place pour pouvoir vous parler du pack en pédopsychiatrie, lors de cette journée consacrée à la transmission. Transmission de savoir, de savoir faire, éventuellement de savoir être, mais également transmission au sens de communication, d'ouverture à l'autre. C'est J Hochmann qui disait que ce qui ne peut se dire, se parler n'est pas thérapeutique concernant le pack. Notre chef de pôle, le Dr Rouveyrollis, a auprès de nous, cette exigence : avant même de penser à qui composera l'équipe de pack de tel ou tel patient, il nous demande de penser à qui fera les régulations, supervisions. Nous sommes dès lors conviés dans une tridimensionnalité.

Historique

Le pack, très rapidement, est un soin qui s'inspire des techniques hydrothérapiques. L'utilisation de l'eau comme élément purificateur est vieille comme l'histoire de l'humanité : Égyptiens, Grecs, Romains l'ont utilisée ; des rituels religieux l'utilisent aujourd'hui dans cette optique (eau bénite, fonds baptismaux, eaux de certains sites religieux tels que Lourdes).

L'utilisation des bains chauds ou froids a connu ses heures de gloire dans le traitement de la folie mais aussi avec les déviations que l'on connaît : patients y restant des heures entières voir une journée entière sans, bien sûr, le côté relationnel.

L'avènement dans la première moitié du 20^e siècle de la psychanalyse et les progrès de la psychopharmacologie entraîneront le déclin de l'eau comme outil thérapeutique.

C'est un Américain, M Woodburry, qui, en 1966 dans le 13^e arrondissement de Paris, va le réintroduire en France sous sa dénomination actuelle, revisité par le courant psychanalytique (le courant post kleinien).

Plus localement, c'est sous l'impulsion du Dr Anicet, aujourd'hui chef de pôle et du Dr Albernhe, auteur de l'ouvrage « l'enveloppement humide thérapeutique », que se met en place à Montfavet le pack en pédopsy, dans les années 1985 et 1986.

Alors de quoi s'agit-il ?

Le terme « pack » ou « packing » terme anglais signifie paquet, emballage, enveloppe. La définition qui en est donnée est celle d'un enveloppement froid, humide et serré autour du corps du patient.

Les indications

Psychose, autisme, dépersonnalisation, dissociation, troubles du schéma corporel, troubles de l'image du corps, violence, automutilations.

Mais le pack peut être pensé pour aider un patient à traverser une crise, une angoisse massive, un déchainement pulsionnel.

Le pack peut être aidant également pour des patients aux enveloppes pathologiques, par exemple ceux qui se cognent pour se sentir exister, ceux qui s'automutilent, ceux qui s'enveloppent dans leurs excréments, leurs urines. Voilà les différentes situations où le pack peut œuvrer, mais il ne faut pas oublier l'observation de l'enfant. Quand on remarque chez un enfant le besoin répété de se serrer entre 2 objets, meubles ou autres, de se coucher sous un amoncellement de matelas, couvertures, quand on observe la fréquence de la recherche d'un abri, tente, d'une maisonnette, ceux qui restent volontiers dans des endroits exigus, ou longue-



ment sous la douche : tous ces signes, indices sont autant d'indices, signes qui peuvent nous faire penser qu'un pack serait utile.

Présentation et cadre

Le pack se déroule dans une pièce, toujours la même, exclusivement réservée à cet usage. De dimension modeste, elle présente peu de stimuli sensoriels ou peu agressifs ; c'est une pièce qui se veut accueillante, chaleureuse, coconante où une veilleuse est présente avec sa lumière diffuse, une fenêtre donne sur l'extérieur et à l'intérieur de laquelle sont perceptibles des effluves d'huiles essentielles. D'un côté un lit et de part et d'autre des petits matelas mousse avec des coussins et de l'autre côté un fauteuil et dans son prolongement un autre fauteuil accolé à un radiateur sur lequel sont posées des serviettes. Elle est située au dernier étage au-dessus d'un hôpital de jour, cet étage abrite les pièces des intervenants spécialisés, orthophonistes, scolaires et psychomotriciens. L'enfant accompagné par une personne du groupe et qui participe au pack (nous posons cette condition de la participation obligée d'une personne du groupe de l'enfant), vient se déchausser dans la salle d'attente et passe dans la salle des packs qui y est attenante. On lui demande de se déshabiller et de revêtir son maillot de bain s'il est suffisamment autonome. Quand il est prêt, il nous le signale et les trois soignants entrent. Chacun prend sa place décidée au départ, l'observateur ferme la porte à clé et s'assied sur le fauteuil et commence la prise de notes, les deux autres se positionnent de part et d'autre du lit et invitent l'enfant à venir s'y poser.

Sur le lit ont été disposés successivement deux couvertures, une alèse, un drap essoré et quatre serviettes, une pour chaque membre. Très rapidement on dispose les serviettes sur ses bras et jambes, on les rapproche du corps et on vient ensuite enserrer le drap froid, humide, puis suivent les deux

couvertures. Avec la dernière on fabrique un petit capuchon autour de la tête de l'enfant le visage restant libre.

L'enveloppement technique terminé, les deux soignants regagnent leur place respective, un à droite, l'autre à gauche pouvant occuper symboliquement les places et fonctions paternelles et maternelles. L'observateur, quant à lui, après avoir fermé la porte, a commencé la prise de notes qui va concerner l'enveloppement lui-même, la manière dont se présente l'enfant avant l'enveloppement, la manière dont il a rangé ses habits ou pas (pour certains enfants le rangement est un indicateur de progrès), le comportement dont il fait montre avant et bien sûr les réactions à l'enveloppement, les verbalisations possibles, la passivité, la participation, l'évitement dorsal ou pas. Bon nombre d'enfants autistes ne réagissent pas du tout au contact du drap froid et la réaction quand elle survient vient nous renseigner sur la diminution de leur barrière de sûreté, ils deviennent perméables.

Le pack se définissant comme un lieu de tranquillité, il n'est pas besoin de venir remplir la séance par du verbiage. Très souvent on a tendance à trop parler. Si l'on veut que l'enveloppe fonctionne, il faut dans un premier temps laisser l'enfant à, ses sensations, ses impressions, ses éprouvés. Oui si l'angoisse est trop forte, les sensations trop envahissantes, un des soignants un peu comme le ferait une mère par sa fonction de pare-excitation, peut dédramatiser la situation en mettant des mots sur ce que vit l'enfant, en le rassurant sur le connu du vécu « oui c'est très froid mais tu verras ton corps va fabriquer de la chaleur pour lutter contre ce froid », « tu vas vite te réchauffer ». Effectivement le froid est saisissant pendant dix minutes à peu près puis s'ensuit, par une vasodilatation réflexe une chaleur pouvant être intense, amenant un état de relaxation et des verbalisations possibles.

Lorsque trente minutes se sont écoulées, l'observateur annonce la fin de la séance. Les deux soignants viennent désenvelopper l'enfant dans l'ordre inverse. Des serviettes

chaudes viennent enserrer l'enfant et une légère friction peut lui être proposée. Les soignants quittent la pièce, laissant l'enfant se revêtir gagnant la salle d'attente où l'enfant les rejoints pour une petite collation restauration, sous forme de biscuit, carrés de chocolat et un verre de sirop.

On demande à l'enfant quand cela est possible de rester seul, le temps pour les adultes de se laisser aller à parler leurs émotions, affects et sensations vécus et ressentis pendant le pack, dans une pièce spécifique. Chaque semaine le rituel se répète, cette répétition se veut structurante au contraire de la recherche du même qui est de l'ordre de la psychose. Puis tous les trois mois environ, une régulation a lieu avec un psy extérieur à la structure de l'enfant. Chaque enfant bénéficie d'un temps de supervision, régulation.

Les bénéfices thérapeutiques

Longtemps le dualisme corps /psyché a fait des ravages. Il faut le répéter ici chez l'enfant tout est corps, tout fait corps. Corps et psyché sont indissociablement liés. L'enfant, l'infans (sans langage) a heureusement un corps, une peau, véritable parchemin sur lequel et grâce auquel s'inscrivent et se lisent bon nombre d'éléments de son monde interne et le sujet se construit à partir de cette intrication permanente entre moi corporel et moi psychique ; mais ma formulation est impropre, il n'y a à proprement parler pas de entre. Une action, un acte, un comportement est une pensée en action, une pensée qui se donne à voir et l'absence de mouvement volontaire est un acte aussi. Dans le pack, l'enserrement vient renseigner sur les limites entre dedans et dehors, vient renseigner sur ce qui appartient ou non au sujet, il permet par la délimitation qu'il procure une extraction de la forme sur le fond, il vient renseigner sur les contours et les limites. Cet apport extérieur est essentiel, un peu comme dans le fonctionnement de la psychanalyse qui permet à une pensée de se révéler à soi en passant par la pensée d'un autre, véritable machine à penser les pensées et à cette occasion peut être battue en brèche l'adage bien connu « connais toi toi-même ». Mon corps n'est rien sans le corps de l'autre. Un corps qui n'est pas touché est un corps qui se meurt.

On sait depuis les neuro-cognitivistes, que pour percevoir quelque chose il faut au moins deux sources sensorielles différentes. Le tactile, prioritairement visé est ici saturé par les sensations de froid puis de chaud, ne suffit pas puisque très vite pourrait intervenir la loi physiologique d'extinction des capteurs si une autre source sensorielle ne venait s'y rajouter. Bon nombre d'enfants ne bougent plus une fois enveloppés, ils produisent un gel des stimuli pouvant leur parvenir mais il y a des sphincters hors contrôle. On peut fermer les yeux, on peut fermer la bouche, il est plus délicat de ne pas sentir et entendre. Donc même si ces enfants ne viennent pas se réaffirmer par le tactile en bougeant, en se

tournant d'un côté, en se mettant en position presque assise, d'autres flux existent et peuvent venir en suppléance.

Dans les enveloppements la question des enveloppes est bien sûr centrale. Dans un pack tout fait enveloppe, le drap, les couvertures, la présence des soignants, les regards, les échanges verbaux, les silences le setting, le rituel des gestes, la place de chacun, l'équipe qui n'oublie pas le rendez-vous de l'enfant, la famille qui nous le confie et nous fait confiance, l'institution enfin. J'utilise volontiers l'image de l'oignon : ce sont toutes ces peaux ensemble qui peuvent permettre un jour l'émergence d'un sujet, d'un je d'advenir. Le holding institutionnel est bien sûr présent et il est important pour que l'enfant se sente contenu, maintenu, soutenu, qu'il éprouve la solidité des enveloppes. C'est la mise en commun de toutes ces peaux, de tous ces flux sensoriels dans leur mantellement, dans leur comodalisation qui fera advenir le petit d'homme au statut de sujet à part entière, de se sentir un, différent de l'autre, différence indispensable pour la constitution de son identité et condition sine qua non pour advenir aussi au langage. Sans cette intersubjectivité, pas de langage et pas de langage sans corps.

En parlant de langage, un mot sur les paroles échangées en séance : le pack étant avant tout un lieu de tranquillité, il faut veiller à ne pas trop l'envahir par les verbalisations. On est dans de l'archaïque, dans du sensori-moteur. C'est un espace qui se prête à la rêverie (au sens de la rêverie maternelle de Winnicott), celle de l'un amenant celle de l'autre. Le silence, les silences sont des silences habités, incarnés. Chacun étant et vivant une solitude partagée. En même temps que je suis tout entier tourné vers le patient, une part de mon attention doit m'être consacrée à m'interroger sur ce que je perçois de mon vécu de mon monde interne, mes affects, mes émotions, mes écoulements transférentiels et contre transférentiels

C'est encore une fois ensemble, tous ensemble, que l'on pourra créer de l'ensemble, là où le processus autistique, la pathologie œuvre dans le morcellement, l'éclatement, le clivage.

Conclusion

Pour conclure je dirai que le pack est un lieu pour sentir, ressentir, un lieu pour contenir, un lieu pour rassembler, un lieu pour être, un lieu pour naître, un lieu de rencontre des corps du sien et de l'autre. Osons lever le tabou du corps, osez le corps !

« C'est à pouvoir rencontrer l'imprévu qu'il faut être préparé et non à tout prévoir », reste à nous interroger sur ce qu'est l'imprévu pour chacun d'entre nous.

Je vous remercie de votre attention.



Christian Brouard

La thérapie familiale analytique

Mots clé issus du thesaurus Santépsy : psychothérapie familiale analytique, définition, appareil psychique groupal, théorie, transmission psychique, cadre thérapeutique, transfert, écoute.

Qu'est ce que la TFA ?

La TFA s'est développée en France dans les années 1970 sous l'impulsion de André Ruffiot, Evelyn Granjon, Alberto Eiguer.

Elle prend appui sur deux courants théoriques : les théories des psychanalystes qui se sont intéressés au lien précoce mère-enfant (M. Klein, Bion, Winnicott, Anzieu, Bick, etc) décrivant des états psychiques d'indifférenciation primaire, et les théories des psychanalystes qui se sont intéressés au groupe (Bion, Anzieu, Kaës, etc).

Elle partage avec l'approche systémique l'idée que l'individu se définit non seulement par son organisation psychique interne mais aussi par son appartenance à un ensemble (un « système », diront nos collègues systémiciens).

Elle s'en différencie par son attachement au corpus théorique de la psychanalyse, avec l'hypothèse de l'inconscient et la dynamique des transferts comme outil thérapeutique.

Les théories psychanalytiques du groupe posent l'hypothèse que, dans l'espace groupal, l'inconscient se manifeste et se déploie selon certaines modalités particulières, et le groupe constitue une réalité psychique spécifique, distincte de la seule juxtaposition de ses membres.

L'appareil psychique groupal

René Kaës a proposé le concept d'« **appareil psychique groupal** » pour penser l'articulation entre espace psychique du sujet singulier, réalité psychique du groupe, et liens entre les sujets du groupe. Il se constitue par les apports de chacun des membres du groupe, grâce au phénomène de « résonance fantasmatique » (Anzieu), et de « circulation fantasmatique ».

Psychologue
Centre Hospitalier de Montfavet

L'« appareillage des psychés » (leur mise en appareil) est le processus constitutif de l'appareil psychique groupal. Il a des fonctions de formation, de transformation et de liaison de la réalité psychique entre les sujets constituant le groupe.

Il y a en quelque sorte un rapport de co-étayage d'une réalité psychique individuelle et d'une réalité psychique groupale.

En appui sur ce concept, André Ruffiot a proposé le concept d'appareil psychique familial.

Les alliances inconscientes

L'appareil psychique groupal, pour se constituer, réalise des alliances inconscientes. Elles sont des éléments du processus d'appareillage des psychés, de formation du lien groupal. Pour faire lien, pour faire groupe, nous réalisons certaines alliances, en grande partie inconscientes, qui fondent l'appartenance du sujet au groupe.

Freud disait (in « pour introduire le narcissisme ») : « *l'individu mène en effet une double existence : en tant qu'il est à lui-même sa propre fin et en tant qu'élément d'une chaîne dont il est le serviteur sinon contre sa volonté, en tout cas sans l'intervention de celle-ci* »

Parmi ces alliances fondatrices du lien groupal :

- Le **pacte dénégatif** (Kaës) est un accord inconscient sur un « laissé pour compte », sur ce qui ne sera jamais abordé. Il se fonde sur des opérations défensives de refoulement, de déni (ou désaveu), de rejet. Il est nécessaire à la construction du lien. Le lien se construit nécessairement sur du non-lien. Mais, en même temps qu'il est nécessaire à la construction du lien, le pacte dénégatif « crée dans celui-ci du non-signifiable, du non-transformable, des zones de silence, des poches d'intoxication qui maintiennent les sujets d'un lien étrangers à leur propre histoire et à l'histoire des autres » (Kaës : « un singulier pluriel »).

- Le « **contrat narcissique** », concept proposé par Piera Aulagnier. L'enfant qui naît dans une lignée a pour charge de re-composer la famille à partir des deux lignées dont il est issu. Il a pour charge et mission d'assurer la continuité de l'ensemble auquel il appartient. L'enfant a la charge de recevoir l'héritage psychique transmis, et va, sur une certaine part, faire un travail de création, de transformation, mettre en jeu sa propre subjectivité.

La famille n'est pas n'importe quel groupe : elle est un groupe structuré par des liens d'alliance, de filiation, de fratrie.

Ce sont les règles d'exogamie, d'interdit de l'inceste ainsi que l'interdit du parricide et d'infanticide qui organisent ce groupe.

Elle a à articuler les liens actuels et les liens générationnels. Elle est une « enveloppe généalogique », espace psychique d'une transmission entre générations, matrice psychique pour les sujets.

La transmission psychique entre les générations

Nous distinguons deux grandes modalités de transmission :

- La transmission psychique **inter-générationnelle** : « ce qui est transmis par les générations précédentes en bénéficiant des processus de transformation. Les objets et formations psychiques transmis sont intégrables psychiquement. Ils participent non seulement à la construction de la psyché individuelle, mais aussi à la construction de l'APG de la famille » (E. Granjon « l'hypothèse du contrat psychotique », in « le divan familial » n°8).
- La transmission psychique **trans-générationnelle** concerne ce qui n'a pas pu faire l'objet d'un travail d'appropriation-transformation par une génération. Elle traverse les générations, imposant ses effets qui sont des attaques des processus représentatifs. C'est une transmission qui s'effectue en deçà des mots : dans les agirs, par les voies de l'éprouvé, du sensoriel. Elle attaque les liens et est à l'origine de la « souffrance familiale ».

Elle trouve sa matière dans des traumatismes psychiques : certains événements ont pu déborder les capacités de traitement, de transformation, d'élaboration, d'inscription de l'APGF, constituant un « traumatisme psychique ».

En résultent des dénis (désaveu de signification), des « vécus non vécus » (Ruffiot), des « pictogrammes originaux négatifs » (Aulagnier). Se constituent des « traces sans mémoire », des « trous ou blancs psychiques » (André Green).

Ce qui se transmet alors, ce sont des traces non représentées (non refoulées), et donc non représentables, d'effondrements psychiques.

On est alors en deçà de toute représentation possible. Là où les mots et les images ne circulent pas pour faire lien, les membres de la famille sont contraints d'expérimenter le lien dans ses aspects les plus fusionnels, les plus indé-

férenciés, les plus concrets, en deçà du fantasme et de la pensée.

La souffrance familiale et les indications

Les indications de TFA se font, non pas par rapport à la pathologie de tel ou tel membre de la famille, mais par le repérage d'une « **souffrance familiale** ».

Nous en trouvons les signes dans l'absence de contenance de la famille, un fonctionnement dans l'agir (en deçà du fantasme et de la pensée), un discours opératoire, descriptif (en deçà du fantasme et de l'affect), une paradoxalité importante traduisant leur impossibilité à se différencier et à vivre ensemble (elle se résume souvent dans la formule « vivre ensemble nous tue, nous séparer est mortel », qui se prolonge parfois par un fantasme de mort collective : « pour vivre enfin unis, mourons ensemble »), un déni des différences : au niveau des individus (« lui, c'est moi »), des sexes (on n'en tient pas compte. Seul importe de rester fusionné, dans ce que l'on repère comme « climat incestuel »), des générations (on s'est fait tout seul – fantasme d'auto-engendrement ; on ne sait pas très bien qui sont les parents et qui sont les enfants. Il n'y a pas d'histoire familiale).

Comment fonctionne une TFA ?

La TFA est une thérapie par le langage d'un groupe familial. « Elle vise la réactualisation, grâce au transfert, du mode de communication le plus primitif de la psyché, le rétablissement de la circulation fantasmatique dans l'appareil psychique groupal familial et à l'autonomisation des psychismes individuels de chacun des membres de la famille » (André Ruffiot, in « la thérapie familiale psychanalytique »).

Le cadre

Nous recevons les familles à deux, voire trois thérapeutes.

Des entretiens préliminaires permettent une confirmation de l'indication ainsi qu'un premier aperçu du fonctionnement familial.

Puis nous convenons d'un certain rythme, en général une séance d'une heure tous les quinze jours, ou chaque mois.

Les règles sont celles de la cure psychanalytique, adaptées à la situation groupale :

- Permanence du lieu, des horaires, des personnes.
- Règle d'abstinence : les thérapeutes n'interviennent pas dans la réalité de la vie de la famille. Ils n'ont pas de liens avec eux en dehors des séances. Ils ne donnent pas de conseils, pas de prescriptions. Leur rôle est l'écoute, l'analyse et l'interprétation.
- Règle de libre association. Cette règle est aménagée à la situation, car en famille tout n'est pas forcément à dire. Le droit au secret est constitutif de l'individuation. La règle est donc de dire le plus librement possible ce qui vient à l'esprit. (et non pas « tout ce qui vient à l'esprit, sans rien omettre »)



Musée Rodin, Paris.

Un co-thérapeute prend des notes, au plus près de ce qui est dit. Ces notes sont la mémoire du groupe constitué avec la famille. Elles sont à disposition de la famille pendant les séances.

L'ensemble des règles (dispositif), les références théoriques des thérapeutes, leur appartenance institutionnelle constituent le cadre thérapeutique.

La première tâche des thérapeutes est d'être garants du cadre.

Le cadre a une fonction contenant, sur lequel vont se rejouer les problématiques d'enveloppe psychique de la famille. Il est un conteneur (au sens de Kaës : contenant doté de la fonction alpha, fonction symboligène, de transformation des éprouvés bruts).

L'écoute de la chaîne associative groupale de la famille

L'écoute des thérapeutes n'est pas une écoute du discours singulier de chacun membre de la famille, car le groupe est plus et autre chose que la seule juxtaposition de personnes. C'est l'écoute d'un discours groupal, d'une **chaîne associative groupale de la famille**.

Il y a une double détermination des processus associatifs dans les groupes : processus associatif inhérent à chaque discours singulier, et celui du discours polyphonique du groupe : « lorsque les membres d'un groupe parlent, leurs énoncés sont toujours situés au point de nouage de deux

chaînes associatives : l'une est propre à chacun, l'autre est formée par l'ensemble des énoncés et elle est commandée par les représentations inconscientes organisatrices des liens de groupe » (R. Kaës, in « un singulier pluriel »).

C'est l'écoute d'un groupe dans sa fonction matricielle, étayante pour les sujets du groupe, en deçà de la subjectivation, aux niveaux les plus archaïques du fonctionnement psychique.

C'est l'écoute de la chaîne associative groupale de la famille en ce qu'elle se rapporte à cet objet commun, enveloppe psychique constituée par les liens d'appartenance.

Cette chaîne associative groupale est à écouter dans ses diverses productions : langagières et fantasmatiques, mais aussi sous la forme des éprouvés, de la sensorialité, de l'excitation, de l'agir.

Les thérapeutes vont surtout chercher à contenir, à soutenir un processus associatif (parfois en proposant quelques unes de leurs associations, quelques liens avec ce qui s'est dit en séance).

L'interprétation ne vise jamais une personne en particulier. Elle s'adresse au groupe perçu comme un ensemble. Il y a une sorte de position de départ à écouter le groupe comme une seule et même personne, l'interprétation visant une communauté de ressentis, une prise commune par un certain fantasme, dans l'appartenance de chacun au groupe.

Le néo-groupe : processus et transfert

Famille et thérapeutes constituent, dans le cadre thérapeutique, ce qu'Evelyn Granjon a appelé le « néo-groupe familial ». Ce néo-groupe est un espace psychique pour certains processus et une scène transférentielle. C'est le lieu d'articulation entre transmission psychique et transferts.

Nous distinguons plusieurs temps dans le processus thérapeutique, en lien avec différentes modalités de transfert :

- Un temps initial qui est un temps de **dépôt**. Le transfert est un **transfert sur le cadre**.

Le dépôt est, par l'investissement transférentiel du cadre comme contenant, comme enveloppe psychique, le dépôt des aspects les plus archaïques du psychisme. Ce sont, en deçà des aspects langagiers, des éprouvés, des agirs, une co-excitation partagée, auxquels aucun sens ne peut être rattaché (là où il n'y en a jamais eu).

On observe soit des « attaques contre le cadre : manquements de séances, retards, non respect des règles, etc ; soit des angoisses ou conflits réveillés par les modifications inévitables du cadre. À ce niveau, la concrétude du cadre est un équivalent du lien groupal de la famille.

Il s'agit d'abord pour les thérapeutes de recevoir et de contenir. Du côté des thérapeutes, les vécus sont souvent faits de sidération, de confusion, d'incapacité à penser. Le sensoriel et le corporel sont fortement sollicités.

Le transfert sur le cadre est un **transfert matriciel**, transfert sur le cadre de l'enveloppe groupale de la famille, laquelle définit l'appartenance à la famille, un dedans et un dehors.

La famille transpose sur le cadre son propre vécu concernant son enveloppe : enveloppe trouée (où prime la déliaison, l'absence de permanence psychique, l'indifférenciation dedans-dehors, famille-non famille)[ce sont, par exemple, des familles qui vont répandre leurs histoires familiales aussi bien pendant la séance que dans la salle d'attente, qui vont proposer de venir avec des amis, ou des voisins...], rigide (où la contenance ne semble être atteinte que par une immobilisation des jeux psychiques, un asservissement à l'idéologie, une fermeture à l'extérieur, ne laissant ni entrer ni sortir) [ce sont des familles fermées, avec peu d'investissements, peu de liens avec l'extérieur. L'arrivée d'un nouveau venu, comme le petit ami de la fille, est traitée soit par le rejet, ou par l'absorption immédiate.], ou suffisamment contenant (où une contenance peut être éprouvée, dans une distinction intérieur-extérieur, et une perméabilité satisfaisante) [ce sont des familles plus « névrotiquement normales » et qui ne viennent pas en thérapie familiale].

- Lorsque le cadre a pu être éprouvé comme un contenant suffisamment solide et sûr apparaît un **transfert sur le processus**. Il correspond à l'investissement (ou ré-investissement) du fonctionnement psychique et permet un fonctionnement en association libre.

C'est un temps de **reprise**, c'est-à-dire que certains éléments reçus et contenus en tant qu'éprouvés, sensations, actions, peuvent donner lieu (parfois en premier lieu dans la psyché des thérapeutes) à certaines représentations, à certaines images « ça fait penser à... ». certains scénarii peuvent prendre forme, en lien avec un transfert sur les thérapeutes. Ceux-ci peuvent prendre les rôles des grands-parents, d'un ancêtre mythique, d'un couple idéalisé, etc.

- Puis vient le temps de l'élaboration-transformation. Les mises en forme, les figurations, dans le transfert sur le ou les thérapeutes, peuvent être référencées à des représentations d'ancêtres, à tel ou tel élément de l'histoire familiale. Des « secrets », des « blancs » dans la transmission peuvent être évoqués.

Il ne s'agit pas, en TFA, de rechercher une « vérité » sur des événements. Un secret en cache souvent un autre et, si certains secrets de famille peuvent être dévoilés en thérapie, avec des remaniements psychiques, d'autres resteront à jamais inaccessibles. Le but n'est pas de faire surgir le souvenir de ce qui n'a jamais été inscrit dans les mémoires.

Le travail est un travail de reconstitution d'un espace psychique et non de révélation historique. Ce n'est pas

un événement « vrai » qui s'est transmis, c'est le manque d'élaboration psychique à l'occasion de cet événement qui fait effet de destructivité et pas l'évènement.

Ce n'est pas tant le contenu de l'imaginaire familial et les événements qui s'y rapportent qui exercent un effet pathogène. C'est l'échec de la famille à en faire un « corps de discours », un mythe capable d'articuler l'ensemble de ces données.

Le groupe familial en thérapie se construit une histoire mythique de ses origines, de son parcours historique. Ce n'est pas une histoire qui aurait été enfouie puis retrouvée. Cette histoire, les membres du groupe familial en thérapie « l'écrivent, l'inventent, la créent dans le transfert sur les thérapeutes et à travers la fantasmagorie qui s'y déploie » (A. Ruffiot, in « la thérapie familiale psychanalytique»). Elle constitue le roman familial de la famille, à partir de quoi, dans l'appartenance, chacun va pouvoir construire ses propres fantasmes originaires, son propre roman familial personnel. Elle fournit la base d'une individuation possible et marque l'arrêt de la thérapie.

Le mythe familial qui se constitue en TFA a un aspect structurant. C'est l'aboutissement d'un processus de transformation, de construction d'une autre histoire, et non un travail de révélation.

L'intertransfert

Famille et thérapeutes constituent un « néo-groupe », espace psychique et scène transférentielle. Cela veut dire que les thérapeutes sont aux prises avec des effets de transfert et de contre-transfert.

René Kaës a désigné sous le terme de « inter-transfert » le fait que les thérapeutes réunis dans un dispositif groupal avec la famille vont transférer leurs propres organisations psychiques sur leurs collègues, compte tenu de ce qui est transféré sur eux par les membres de la famille réunis ensemble, et compte tenu de leurs dispositions contre-transférentielles.

Les thérapeutes peuvent, entre eux et à leur insu, reproduire une certaine problématique, être aux prises avec certains scénarii inconscients, en résonnance avec la problématique familiale.

C'est le travail d'élaboration, en post-séance et en supervision, qui permet l'analyse du matériel apporté par la famille et du matériel issu de l'inter-transfert.



Nathalie Berriau¹



Carine Herbez²

Ressources francophones en psychiatrie sur le web : où les trouver ?

Mots clé issus du thesaurus Santépsy : réseau documentaire, groupement d'intérêt public, santé mentale, base de données, prestation documentaire, archives, thesaurus, publication.

L'objectif de cette intervention à la journée du 10 mars était de présenter les outils documentaires et de veille mis en place par le réseau documentaire en santé mentale ascodocpsy. C'est Carine Herbez qui s'en est chargé montrant aux professionnels et étudiants présents l'étendue des ressources documentaires disponibles.

Ascodocpsy propose sur son site deux grands axes autour de la recherche d'information et l'actualité. Il met à disposition de la documentation sur des thématiques qui vont au-delà de la psychiatrie et de la santé mentale. Les ressources repérées couvrent également la **psychologie, la psychanalyse, les soins infirmiers, la gestion administrative et hospitalière, le droit de la santé et enfin l'addiction**. Beaucoup d'informations sont en accès libre favorisant l'accès aux savoirs et participant ce faisant à la déstigmatisation de la psychiatrie. Pour bénéficier de la fourniture de documents, il est nécessaire de faire partie d'un établissement adhérent au réseau ascodocpsy. Cette adhésion permet d'accéder à l'ensemble des documents répertoriés dans la base SantéPsy. Cette base documentaire donne accès aux fonds de l'ensemble de la centaine de services de documentation et bibliothèques des établissements. 70000 références d'ouvrages, 1700 titres de périodiques dont une centaine est analysée chaque mois dans la base, près de 1000 rapports publics sont localisables dans le réseau. A cette liste, on peut rajouter près de 12000 mémoires et thèses et près de 5000 textes officiels. Ascodocpsy essaie d'enrichir la base en ajoutant le texte intégral quand il est accessible et dans le respect de la propriété intellectuelle.

Des bibliographies thématiques élaborées pour la revue « Santé mentale » sont en ligne : <http://www.ascodocpsy.org/-Bibliographies->. Essentiellement réalisées à partir de références francophones, elles donnent des pistes récentes sur les sujets en discussion dans nos établissements. D'autres pistes sont données pour retrouver de l'information sur le web avec la sélection de près de 400 sites.

Les textes officiels historiques de la psychiatrie ont été recensés et sont proposés à l'internaute. Textes abrogés ou non, tous les textes de référence sont accessibles en texte intégral. Accéder aux derniers sommaires des revues les plus importantes dans nos domaines est possible en utilisant cette page : http://www.netvibes.com/ascodocpsy_revues. Enfin, le site inventorie recommandations, textes législatifs et guide de bonnes pratiques de base dans le cadre des évaluations des pratiques professionnelles qui ont cours dans les établissements de santé.

Le deuxième axe du site est celui de l'actualité qu'ascodocpsy permet de suivre notamment au travers de plusieurs lettres électroniques. Chaque jour, une équipe de documentalistes scrutent le JO et le BO et sélectionnent les textes qui sont utiles à la pratique professionnelle des établissements. Le même travail est effectué sur les rapports publics (ministériels ou autres). Ces sélections sont en ligne sur le site (<http://www.ascodocpsy.org/Veille-en-psychiatrie>) mais peuvent également être reçus directement dans sa boîte aux lettres en s'abonnant sur le site : <http://www.ascodocpsy.org/spip.php?page=abonnement>.

Les articles récents parus dans une centaine de revues et intégrés dans la base SantéPsy sont maintenant disponibles dans les bulletins documentaires thématiques qui paraissent chaque mois. Même principe que pour les textes officiels : consultation sur le site (<http://www.ascodocpsy.org/-Derniers-articles-parus->) ou abonnement à la lettre mensuelle (<http://www.ascodocpsy.org/wanewsletter/subscribe.php>). Ascodocpsy signale près de 400 manifestations (congrès,

1. responsable des projets ascodocpsy

2. responsable du service documentation du CH Montfavet

Contact : Nathalie Berriau, responsable des projets (06 82 44 18 24) – nberriau@arhm-sjd.fr

colloques, etc.) et formations des établissements adhérents. Cette rubrique est la plus consultée du site : <http://www.ascodocpsy.org/Manifestations-2010-colloques>.

Ascodocpsy propose des ressources pour les archivistes hospitaliers. On trouve sur le site un guide des archives hospitalières qui recensent procédures et textes fondamentaux pour une bonne gestion des archives. Ce document orienté essentiellement sur les documents circulant en psychiatrie est mis à jour chaque année : <http://www.ascodocpsy.org/-Archives-hospitalieres->.

Ascodocpsy a comme objectif la valorisation et la diffusion des publications scientifiques francophones. Il se veut un outil de diffusion du savoir complémentaire aux grandes

bases anglo-saxonnes. L'un des projets qu'il défend actuellement est l'utilisation d'un langage commun pour indexer les articles de revues francophones. Une liste de mots-clés a été réalisée par ascodocpsy avec le thesaurus SantéPsy. Cet outil est à utiliser par les auteurs pour choisir leurs mots-clés, par les documentalistes pour faire leurs recherches et leur indexation pour les bases documentaires. Quelques revues ont commencé à travailler avec les documentalistes du réseau dans ce sens. Il faut généraliser l'expérience avec toutes celles qui le souhaitent. Un autre chantier viendra ensuite : la traduction du thesaurus en anglais pour que les références apparaissent dans les bases anglo-saxonnes et renvoient vers les bases francophones.

Ascodocpsy est un réseau documentaire en santé mentale qui existe depuis près de 20 ans. Il regroupe 86 établissements de santé mentale et associations. Il devient un groupement d'intérêt public (GIP) en 2000 pour pérenniser ses réalisations.

Ce réseau a une particularité notable puisque chaque établissement adhérent est représenté par le directeur, le président de la commission médicale d'établissement (CME) et le documentaliste. Cette répartition tripartite vise à garantir les liens du partenariat institutionnel nécessaire au développement de la fonction documentaire au sein des établissements. Le financement d'ascodocpsy repose sur les contributions de ses adhérents.

www.ascodocpsy.org



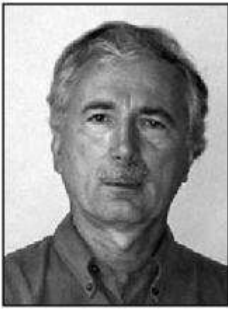
OPINION

Cette rubrique a pour vocation d'accueillir des articles « polémiques ». Le texte présenté ici nous a été adressé depuis la lointaine Province canadienne du Saskatchewan au pied des montagnes rocheuses par le Professeur Raymond Tempier, un fidèle acteur de notre revue, de longue date. Le positionnement de ce psychiatre canadien d'origine française exerçant comme universitaire dans un CHU essentiellement anglophone fait débat au sein de notre comité de rédaction, et c'est tant mieux parce que le débat évite les pièges du discours unique et enrichit notre réflexion. D'ailleurs notre ami canadien se considère chez lui au sein de Psy Cause et souhaite contribuer à la dynamique de notre nouveau comité de rédaction francophone.

Il introduit son propos par la métaphore du Titanic à propos de l'avenir de la psychiatrie divisée entre des approches théoriques et des pratiques de plus en plus divergentes. On a l'impression, dit-il, que le clinicien face à son patient « suit et subit sans se douter qu'au fond quand on parle de psychiatrie, on est en train de réassembler les chaises sur le pont du Titanic ! Quand est-ce que la psychiatrie touchera l'iceberg ? » Et l'Evidence Based Psychiatry, démarche scientifique à l'appui, est peut être, selon notre auteur canadien, cette chance que nous devons saisir pour ne pas sombrer.

Cet article a été rédigé en contrepoint (ou en complément) du texte de Jean-Jacques Lottin paru dans cette même rubrique en mars 2007 (n° 47 p. 40 à 49) intitulé « Pour en finir avec les invasions barbares infantilisantes de l'Evidence Based Médecine ». Notons que l'auteur traduit « *evidence* » par « évidence », mot anglais à la limite du faux ami et à entendre également au sens de « preuve ».





Raymond Tempier

La psychiatrie basée sur l'évidence : une histoire à prendre avec modération !

La pratique de la médecine basée sur l'évidence ou *evidence based medicine* (EBM) sont en train de devenir qu'on le veuille ou non, la règle de base de la pratique dans le monde. La pratique de la psychiatrie en fonction de données probantes ou *Evidence Based Psychiatry* (EBP), n'y échappe pas non plus. Nous allons essayer ici de dégager les principes et les points importants de l'EBM, d'en présenter ses écueils, ses risques et de voir quels avantages le clinicien pourrait en tirer. Ce texte n'est pas un cours exhaustif sur l'EBM, ni une affirmation que hors de l'EBP, la psychiatrie et son patient n'ont point de salut. Ce sont quelques commentaires personnels qui s'étaient sur quelques références bibliographiques sans prendre aucun parti, laissant aux lecteurs de juger de la valeur de ce cadre de pratique.

La psychiatrie vit actuellement une époque charnière et de plus en plus de psychiatres posent la possibilité de la disparition pure et simple de cette 'jeune' discipline au profit d'une médecine du comportement voire d'une médecine psychologique ou spécialisée dans les maladies du cerveau. On peut de demander si l'EBM a quelque chose à faire dans un hypothétique sauvetage de la psychiatrie. Mais pourquoi y a-t-il tout à coup des cris d'alarmes, la psychiatrie serait-elle en crise ou au bord du gouffre? Nous ne prétendons pas pouvoir répondre directement à ces questions mais rappelons plutôt que les théories sur l'origine des maladies mentales divergent et que de plus en plus de voix s'élèvent pour signaler les dangers qui guettent la profession écartelée entre plusieurs courants de pensée et théories sans grand lien, voire contradictoires. Je ne mentionnerais pas ceux qui veulent l'abolition pure et simple de la spécialité et aussi ceux qui ne cessent pas par leurs paroles ou leurs écrits de stigmatiser autant les patients que les psychiatres. Et le clinicien face à son patient dans tout cela? On a l'impression qu'il suit et subit sans se douter qu'au fond quand on parle de psychiatrie, on est en train de réassembler les chaises sur le pont du Titanic! Quand est-ce que la psychia-

trie touchera l'iceberg? Et l'EBP, démarche scientifique à l'appui, est peut être cette chance que nous devons saisir pour ne pas sombrer.

Un psychiatre universitaire canadien, Joel Paris¹ dans sa très bonne revue critique de la psychiatrie contemporaine, parle d'une dérive de la pratique psychiatrique qui consiste à se focaliser uniquement sur le symptôme quitte à en oublier le patient et sur la prescription pharmacologique jusqu'à omettre que le psychiatre est avant tout un 'ingénieur' généraliste de la relation et que la demande du patient ou de son entourage est une demande d'un dialogue singulier pour y voir plus clair dans un monde perturbé et complexe, celui de la maladie mentale. Il met en garde le clinicien contre le danger de toute pratique qui n'inclurait pas de *talk therapy* et il insiste sur le pouvoir de toute psychothérapie ou de relation d'aide sur tout problème de santé mentale. Katschnig², dans le dernier numéro de Février 2010 de *World Psychiatry*³ de façon encore plus pessimiste, tire la sonnette d'alarme en parlant des psychiatres comme une espèce en voie de disparition. Déjà qu'on ressemble un peu et de façon imagée par notre large champ de connaissances disparates, à des ornithorynques mais si on disparaît alors là ...Et, oh les espèces en voie de disparition, il n'y pas des associations qui s'en occupent? Katschnig aurait-il raison? Il est vrai que les psychiatres actuellement sont peu nombreux dans la plupart des pays (la France va rapidement rattraper les autres pays), et qu'en général et partout leur nombre est en train de diminuer. Et au niveau mondial, le nombre d'individus aux prises avec un problème de santé mentale est énorme et ne cesse d'augmenter d'année en année. Ne parlez-vous pas d'une épidémie de dépression à l'horizon 2020? Et cela ne compte même pas la progression fulgurante des démences. Les données épidémiologiques crédibles parlent d'une personne sur 6 qui au cours de sa vie peut recevoir un

Professeur de psychiatrie
Royal University Hospital – 103 Hospital Drive
Saskatoon, SK, S7H 0W8 – Canada.

1. Paris J, Prescriptions for the mind A critical View of Contemporary Psychiatry, Oxford Univ Press 2008.

2. Katschnig H., Are psychiatrists an endangered species ? Observations on internal & external challenges to the profession, *World Psychiatry* 2010 9 (!0) 21-28.

3. Une version française de *World Psychiatry* vient tout juste d'être disponible. Cet article devrait être disponible en 2010.



diagnostic psychiatrique. Nos récentes investigations sur des populations générales francophones⁴ montrent une prévalence sur un an des maladies mentales courantes (dépression, anxiété et abus ou dépendance à l'alcool) à 8.5%; mais ce petit chiffre anodin, lorsqu'on l'applique à une population générale, cela fait beaucoup de monde !

Sur le plan des diagnostics justement, nous arrivons aussi à un moment charnière où la psychiatrie met sa crédibilité sur le billot de la connaissance puisque la 5^{ème} version du DSM⁵ est en cours d'élaboration et sa sortie, déjà retardée, est prévue pour 2013. Le débat autour du DMS V est laborieux et est loin d'être terminé. Les discussions à propos de cette classification vont bon train. Va t on arriver à une entente face aux nombreuses divergences d'opinion sous tendues par des théories divergentes voire opposées ? D'ailleurs, le public est appelé à se prononcer sur la version en cours d'élaboration. Paris a bien rappelé que le DSM a une fiabilité inter-juges remarquable mais que sa validité reste à démontrer. Le risque c'est que le nombre de maladies ou de désordres s'accroisse ou que de nouveaux syndromes apparaissent pendant que d'autres disparaîtront sans qu'il y ait d'évidences solides à cet effet. La psychiatrie manque encore de données probantes et aussi d'une solide base scientifique, même pour séparer le normal du pathologique. Il reste encore du chemin à faire !

Quand on pense à l'EBM, le nom de Claude Bernard nous vient à l'esprit. Son génie a été de percevoir la médecine

comme une science et de ne pas accepter le savoir établi comme un dogme mais de chercher à comprendre la réalité, rien que la réalité des phénomènes biologiques ou physiologiques, sans se préoccuper de la théorie explicative sous-jacente. Pour Claude Bernard, père pragmatique de la médecine expérimentale, rien n'est sûr tant qu'on n'a pas démontré le mécanisme physiologique. Claude Bernard ne s'est basé que sur l'expérimentation et a développé le schéma suivant: observation, hypothèse, confirmation/infirmation. Mais il déclarait aussi dans son traité de médecine expérimentale que « jamais une science ne peut parvenir à l'état de science expérimentale sans avoir passé par l'état de science d'observation ». Il existe selon lui, deux types d'observations: les empiriques et les scientifiques. Les *observations empiriques* sont les observations faites sans aucune idée préconçue et dans le seul but de constater le fait sans chercher à le comprendre. Après les observations empiriques viennent les *observations scientifiques*. Celles-ci sont nécessairement faites en vue d'une idée préconçue, une hypothèse qu'il s'agit de vérifier par la suite. N'est-on pas déjà dans une forme de vérification de la preuve ou de l'évidence ?

Mais c'est quoi l'EBM, au fond ?

Pour Sackett⁶, l'EBM c'est l'utilisation consciente, judicieuse et explicite de la meilleure évidence pour prendre des décisions thérapeutiques ou de prise en charge. L'idée de base était de fournir aux cliniciens les outils statistiques nécessaires pour pouvoir évaluer une étude et le groupe de

4. R. Tempier et coll. Comparing Mental Health of Francophone Populations in Canada, Belgium and France: 12-month Prevalence Rates of Common Mental Health Disorders (part 1), Canadian J of Psychiatry 2010 (Sous presse).

5. Proposed Draft Revisions to DSM Disorders and Criteria, American Psychiatric Ass. <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>

6. Sackett et coll. Evidence based medicine what it is and what it isn't. British Medical Journal 312 17-72 1996

l'université Mc Master a publié des articles à cet effet dans le Canadian Medical Association Journal⁷ dès 1981. Ceci est important car on sait que jusqu'à 40% des décisions cliniques ne sont pas basées sur une quelconque évidence et que de plus, sur les millions d'articles qui paraissent dans les journaux spécialisés, la plupart sont narratifs ou anecdotiques sans apporter aucune preuve de ce qui est avancé. Comment s'y retrouver? Ces anecdotes correspondent bien souvent à des études de cas qui ont leur intérêt à titre d'observation empirique mais qui demandent à être vérifiées scientifiquement. L'EBM a au moins le mérite d'essayer de prouver scientifiquement le bien fondé de l'observation. Elle pose généralement des questions cliniques pratiques et tente d'y répondre objectivement par une vérification expérimentale.

Cependant, elle a ses limites et il faut se demander de quoi est faite cette preuve. L'évidence est-elle bien évidente! (*How evident is the evidence?*). Cette question peut paraître banale mais elle est au cœur de l'EBM et l'évidence s'échelonne sur plusieurs niveaux. Le tableau 1 montre les niveaux d'évidence. Les essais cliniques ne répondent qu'à cette question: *Est-ce que ce traitement marche, oui ou non?*⁸ Pour la psychiatrie, hormis les essais cliniques médicamenteux, les niveaux d'évidence ne sont pas si évidents que cela puisque pour beaucoup d'interventions ils se situent en général entre les niveaux II et III d'évidence.

Tableau 1: Niveaux d'évidence
Evidence à partir

I	d'au moins un essai clinique randomisé
II-1	d'un essai clinique contrôlé sans répartition aléatoire
II-2	d'une cohorte ou d'une analyse de cas-contrôle à partir d'une ou plusieurs études
II-3	De plusieurs séries dans le temps (multiple time series) avec ou sans l'intervention sur le traitement à l'étude.
III	De l'opinion d'experts sur l'expérience clinique, d'études descriptives, les rapports de comités d'experts.
Adapté de Canadian Task Force on the Periodic Health Examination: The periodic health examination: 2. 1987 update. <i>Can Med Assoc J</i> 1988;138:618-26	

Soulignons en passant que l'EBM n'est pas toujours une question de prioriser l'évidence économique et elle n'a été inventé pour contrôler les coûts. L'EBM n'a pas été suivie par les compagnies américaines de *Managed Care* jugeant les pratiques ou les médicaments proposés trop coûteux. L'EBM a simplement pour but d'améliorer la qualité des soins apportée au patient.



L'EBM en Psychiatrie a t elle une place ?

L'EBM a moins eu d'impact en psychiatrie et cela pour deux raisons essentielles soit le fait que chaque patient est unique et par le fait que les psychothérapies ne sont pas quantifiables. Le premier article sur l'EBP date de 1995 et a aussi été écrit par deux Britanno-Colombiens, Bilsker et Goldner⁹. Il est évident que certains traitements sont inefficaces ou n'ont pas été confirmés et pourtant ils continuent d'être largement appliqués sans fondement scientifique. Citons par exemple l'exemple de la poly-pharmacie neuroleptique. La prescription de plusieurs neuroleptiques est courante et pourtant elle n'apporte rien de plus qu'un cumul des effets secondaires. De même, l'utilisation *largamane* d'antiparkinsoniens, sans grande nécessité depuis l'avènement d'antipsychotiques de seconde génération, n'a jamais prouvé un intérêt bénéfique à long terme. D'autres cas rejetés par l'EBP sont plus discutables car ils n'ont pas fait leurs preuves faute d'essais cliniques concluants, pourtant ils méritent qu'on s'y attarde. L'acceptation plus que partielle en 2010 par le Cochrane Review Group¹⁰ de l'intérêt des hôpitaux de jour sous le prétexte discutable que l'évidence est partielle et limitée se prête à une discussion. En fait ce groupe dit qu'il ne peut pas trancher du fait de l'hétérogénéité des études publiées et du manque d'essais cliniques qui montreraient objectivement leur efficacité sur des indicateurs de résultat (outcome) tels que la mesure de la qualité de vie, etc. Pourtant, l'hôpital de jour reste une alternative valable à l'hospitalisation et permet la réadaptation des patients le plus atteints.

Il ne faut aussi pas se cacher que l'EBM aborde parfois cette question épineuse des coûts de la santé et de la santé mentale. C'est une question qui suscite bien des débats et des positions tranchées et qui est à mon avis loin d'être

7. Guyatt Users' Guides for Medical Literature Manual for Evidence Based Medicine AMA 2002

8. Pour plus de détails voir le Centre for Health Evidence <http://www.cche.net/usersguides/guideline.asp>

9. Bilsker D & Goldner E. Evidence based Psychiatry Can J Psychiatry 40- 97-101 1995

10. The Cochrane Collaboration. Day hospital versus outpatient care for people with schizophrenia (Review) Ed. JohnWiley & Sons, Ltd 2010

résolue. Il faut l'aborder avec sérénité mais il n'en reste pas moins que les systèmes de soins, y compris psychiatriques, s'articulent mal avec la logique économique du mieux au moindre coût. Pourtant les médecins ne peuvent pas non plus être dans une position de déni face aux coûts des soins. Il y a là un vrai problème qui contamine la pratique et cela de façon constante. Les choix sont difficiles et les pressions constantes à contrôler les coûts peuvent contribuer à la démoralisation des soignants et au rejet de l'EBM au nom d'une pratique plus éthique qui se veut séparée de l'économique.

Faut-il donc rejeter l'EBM ?

L'EBM rencontre de fortes résistances chez les cliniciens car tout système de santé est régi par quatre logiques différentes¹¹ : 1) la logique professionnelle, celle des cliniciens, une logique d'autorégulation de la profession et garante de la qualité des soins; 2) la logique bureaucratique, celle des gestionnaires. Elle vise la planification, l'organisation, l'allocation des ressources en fonction des besoins et l'évaluation pour assurer la régulation du système selon les valeurs qui lui sont commandées par les autres logiques; 3) la logique des consommateurs, des patients. Elle concerne le choix de ceux qui utilisent et financent en partie le système; 4) la logique démocratique, celle des politiciens, de la société et de l'état arbitrant les choix à l'intérieur du système de santé, comme l'allocation des ressources, en tenant compte des autres obligations sociales et priorités. L'EBM nous le répétons, n'est pas le fondement scientifique d'une médecine au rabais, son but unique c'est d'améliorer la qualité des soins et le contrôle des coûts ne devrait pas entraver de meilleurs soins si leur efficacité a été prouvée.

Les essais cliniques ont été mal perçus car ils ne sont pas la panacée de la preuve scientifique loin de là et ils ne doivent surtout pas aider à forcer la main du thérapeute qui doit rester à tout moment libre de ses choix et de ses décisions thérapeutiques. Ceci est un principe de base que les fondateurs de l'EBM ont toujours défendu. L'EBM a ses limites cependant. Il y a des spécialités qui ne peuvent pas être soumises aux essais cliniques. Pensons à la chirurgie, va-t-on faire des simulacres d'opérations sur des sujets contrôlés au nom d'une chirurgie scientifiquement impartiale? Cela n'a pas de sens sur le plan éthique. Et de façon intéressante, mentionnons que la pénicilline en 1940 a été expérimentée sans groupe contrôle. Il en est de même des grandes découvertes en psychiatrie, que ce soit la prescription de chlorpromazine ou de sels de lithium. Deniker et Cade en Australie ont commencé par prescrire ces médicaments et à en voir leur intérêt bien avant que des essais cliniques confirment sans équivoque leur réel bénéfice.

L'EBM est arrivée dans un contexte de restriction budgétaire et de rationalisation des soins, ceci est malheureux car oui,

elle a pu dériver et servir à rationaliser les coûts, mais ce n'était pas du tout l'intention de départ de ses protagonistes. On comprend l'opposition des cliniciens à une pratique où le rôle thérapeutique devient accessoire au profit du rationnel économique sans oublier qu'elle peut dériver sur un scientisme qui n'est pas de rigueur. La science est là pour nous aider pas pour nous contrôler ou nous obliger ! Les publications sur les lignes directrices qui s'appuient fortement sur l'EBM, ne sont définitivement pas des outils de rationalisation des coûts ou des livres de recettes thérapeutiques et de standardisation à outrance des pratiques. Ces lignes directrices ne sont là que pour guider ou éclairer la démarche du clinicien. Jamais elles ne doivent imposer tel ou tel traitement. Guider et imposer sont deux choses complètement différentes. Malheureusement, ces lignes directrices ont souvent été utilisées par des non-cliniciens, que ce soit des avocats, des administrateurs, ou des économistes, etc... à des fins forcément non thérapeutiques.

Le conflit introduit par une pratique d'EBM ou fondée sur les données probantes renvoie à ce qui oppose la perspective de l'individuel à celle du groupe ou de la population, sujet par excellence de la santé publique. Cette pratique s'appuie sur l'efficacité des traitements pour un groupe particulier affecté par un même diagnostic ou problème de santé. L'émergence de la pratique de type EBM au cours de la dernière décennie correspond à deux grandes secousses sismiques qui ont ébranlé les systèmes publics de soins. La première a été causée par les restrictions budgétaires et la deuxième, par le déferlement de l'information associé à l'internet. Et pour la psychiatrie, la troisième secousse a été l'adoption enthousiaste par l'ensemble des psychiatres de la planète des classifications, à forte teinte anglo-saxonne de type DSM voire de la CIM qui devient compatible ou qui se calque sur le DSM.

Une autre question qui reste problématique et que tout clinicien doit savoir, c'est que l'EBM est basée sur les publications des essais cliniques. Or, la plupart des éditeurs n'éditent que les résultats positifs donc il y a un biais de sélection qui est rarement remis en question. La question de la publication des résultats négatifs reste d'actualité. Et, il y a un maintenant un mouvement certes timide, de la part des chercheurs et des éditeurs pour la publication de résultats négatifs dans les journaux médicaux..

Mais alors l'EBM ça sert à quoi ?

La pratique médicale fondée sur les données probantes, dans sa vision la plus noble, permet une relance et un questionnement continu nécessaire sur sa pratique. Et, il est tout à fait correct de se poser des questions sur la pertinence et l'efficacité des interventions qu'on propose de mettre en œuvre. Mais ces questions ne devraient pas forcément coller aux impératifs économiques qui ont le sait, vont progressivement forcer les médecins et les psychiatres à des choix de plus en plus restreints. Mais disons qu'il y a encore un peu de marge! De nombreux cliniciens se sentent l'objet de techniques complexes de marketing utilisées par l'industrie

11. Lesage AD, Strip E, Grunberg F. "What's up, doc?" The context, limitations, and issues for clinicians in evidence-based medicine. *Can J Psychiatry* 2001;46:396-402.

pharmaceutique qui donne de l'information unilatérale. Mais, le clinicien a-t-il le temps d'analyser d'une manière critique et d'intégrer à son expérience clinique les très nombreux résultats qui tombent dans les publications tous les jours? Comment faire? Les mises à jour individuelles ou collectives font partie du maintien de la compétence et les revues objectives qui font la synthèse sur une question sont une manière de s'y soumettre. Le format de groupe de type séminaire ou journal-club peut être pas mal intéressant. L'important c'est de garder un œil critique sur toute étude qui paraît scientifique ou qui présente une méthodologie rigoureuse. La deuxième question importante que le clinicien se posera, c'est de savoir si les résultats probants sont applicables dans le contexte dans lequel il pratique et pour les patients dont il a la charge. Ces commentaires pourraient paraître banaux, mais il nous semble bon de les rappeler. Au fond, ce qu'amène l'EBM c'est de permettre au clinicien de continuer à douter et de demeurer critique face à l'afflux de nouvelles techniques mais aussi en utilisant les 'bonnes vieilles' méthodes. L'important en clinique, c'est de prendre la bonne décision au bon moment et pour le bon patient. Pour cela il faut constamment exercer un jugement critique qui s'il s'appuie sur des données probantes ne pourrait qu'en être que renforcé. Toute relation thérapeutique demande aussi un jugement clinique aiguisé. L'EBM est seulement un outil pour améliorer ce jugement. Après tout la psychiatrie est encore une discipline jeune et beaucoup de nos traitements ont une efficacité questionnable. La critique de la psychanalyse par exemple, reste un tabou, on ne critique pas la religion catholique sans risquer les foudres

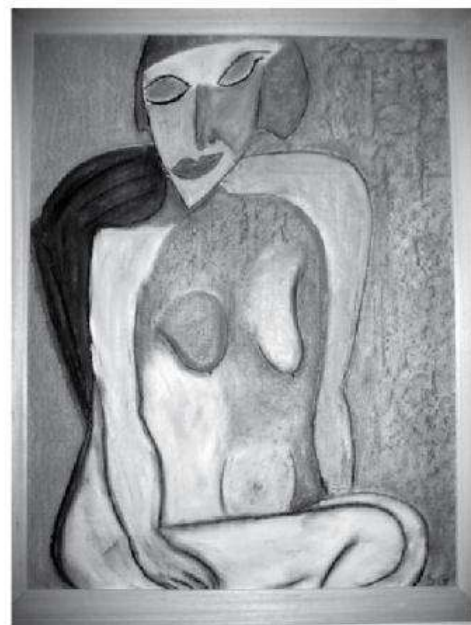
de l'Inquisition! On y croit ou on n'y croit pas, un point c'est tout. Pourtant, la psychanalyse n'a pas fait sa preuve quoiqu'elle reste souvent un cadre théorique de référence et que les récits de guérison sont nombreux.

Selon les réponses aux questions simples qu'on se pose, par exemple sur l'efficacité discutable des antidépresseurs constatée dans des méta-analyses, dans la question du traitement des dépressions, nul doute qu'une forte dose d'humilité soit de mise. La réponse à cette question, comme à beaucoup d'autres, n'est pas noire ou blanche mais plutôt grise. Il est certain que si la psychiatrie veut se fonder sur l'EBM, elle prend des risques à examiner de plus près ce qu'elle a considéré depuis longtemps comme des évidences mais elle peut aussi y gagner en crédibilité. Nous devons accepter qu'un grand nombre de nos traitements n'aient pas encore fait la preuve de leur efficacité. Il y a de la place pour les tester et les recherches sur les psychothérapies par exemple ne sont encore qu'à leur début et promises à un brillant avenir.

La pratique psychiatrique est une science mais d'abord et surtout un art, on le sait bien. L'une des fonctions du clinicien est de rassurer et d'informer le patient. Souvent cette information va prendre l'allure d'une désinformation d'ailleurs, dans un monde où les médias d'information et l'internet ont pris le pas sur les conteurs d'histoire. Mais au fond la psychiatrie basée sur l'évidence n'est-elle pas aussi fondée sur des histoires, des histoires un peu plus vraies peut-être? A vous de juger. Mais il y a une question encore plus importante à se poser: y aura-t-il encore des psychiatres pour les raconter!



Psy Cause



Oeuvre de l'atelier d'art-thérapie
du Centre Hospitalier de Béziers.

L'art dans le soin

CENTRE HOSPITALIER DE BEZIERS

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

✂

BULLETIN D'INSCRIPTION - à retourner à l'Association Psy-Cause
Centre Hospitalier - Secrétariat Secteur 27 (Pôle Avignon Sud Durance) – 84143 MONTEFAVET 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

REVUE DE PSYCHIATRIE et ASSOCIATION LOI 1901
N° d'agrément Formation Continue 93840166884 – N° d'enregistrement en Préfecture : 208250
N° SIRET : 44519187700015 – N° APE 804C – N° SIREN : 445191877

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)

■ Comité de Rédaction Francophone

Michèle Bareil-Guerin (Limoux)

Tatiana Beregovaïa (Marseille)

Jérôme Bobo (Uzès)

Rachel Bocher (Nantes)

Jean-François Bouix (Montpellier)

Ikrame Brando (Avignon)

Yves Chmielewski (Avignon)

Jan Cimicky (Prague, Tchéquie)

Sadek El Idrissi (Marrakech, Maroc)

Faten Ellouze (Tunis, Tunisie)

Laurence Feller (Uzès)

Huguette Ferré (Martigues)

Thierry Fouque (Nîmes)

Marielle Fontaine (Avignon)

Ivan Galuszka (Bila voda, Tchéquie)

Jean-Jacques Lottin (L'Isle sur Sorgue)

Carole Mitaine (Antibes)

Jean-Pierre Montalti (Montpellier)

Youssef Mourta (Le Mans)

Marie-José Pahin (Marseille)

Errol Palandjian (Draguignan)

Gérard Pirlot (Toulouse)

Patricia Princet (Fains)

Mila Ramon (Béziers)

Anne Rivet (Avignon)

Claude Aline Rohman (Orléans)

Anne Sarrasat (Nice)

Sophie Sauzade (Réunion)

Dominique Schneider (Strasbourg)

Mohamed Tadlaoui (Tlemcen, Algérie)

Petr Taraba (Opava, Tchéquie)

Raymond Tempier (Saskatoon, Saskatchewan, Canada)

Bertrand Tired (Gatineau, Québec, Canada)

Mathieu Tognidé (Cotonou, Bénin)

Didier Bourgeois a dessiné les illustrations originales.

■ Correspondants

Jeanne Aguila (Marseille)

Ashraf Amin (Toulon)

Michèle Anicet (Avignon)

Joëlle Arduin (Avignon)

Geneviève Ayach (Paris)

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 Feberey (Pierrefeu)

Olivier Fossard (Avignon)

Hervé Gady (Avignon)

Jean-Michel Gaglione (Martigues)

Jean-Marc Galland (Fréjus)

Marie-Claude Gardone (Avignon)

Dominique Gauthier (Laragne)

Dominique Godard (Martigues)

Jean-Louis Griguer (Valence)

Bernard Javelot (Pierrefeu)

Patrick Jouventin (Avignon)

Boh Souleymane Kourouma (Pierrefeu)

Arnaud Masquin (Villeneuve-lez-Avignon)

Claude Miens (Arles)

Jean-Baptiste Orlé (Cannes)

Rafael Ortiz (Avignon)

Hosni Ouahchi (Avignon)

Yves Petit (Papeete, Polynésie)

Jacques Peyre (Montpellier)

Rémi Picard (Avignon)

Danielle Raoux (Salon)

Philippe Raynaud (Thuir)

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)

■ 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)

François Dethier (Lernieux, Belgique)

Habachi El Gammal (Assouan, Égypte)

Rahoua El Hassan (Marrakech, Maroc)

Vladimir Esaulov (Moscou, Russie)

Michaïl Fedorovitch Denisov (Saint-Petersbourg, Russie)

Prosper Gandaho (Abomey, Bénin)

Momar Gueye (Dakar, Sénégal)

Fakhreddine Haffani (Tunis, Tunisie)

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, Caméroun)

Shigeyoshi Okamoto (Kyoto, Japon)

Arouna Ouedraogo (Ouagadougou, Burkina Faso)

Ahmed Ould Hamadi (Nouakchott, Mauritanie)

Eugeny Snedkov (Saint-Petersbourg, Russie)

Maria Socolsky (Buenos Aires, Argentine)

Gyöngyigyi Szilagy (Budapest, Hongrie)

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)

Patrick Boyer (Uzès)

Jean-Louis Champot (Aix)

Yves Coquelle (Pierrefeu du Var)

Boris Cyrulnik (Toulon)

Françoise Deraudon (Toulouse)

Dominique Étienne (Pierrefeu du Var)

Martine Fournier (Marseille)

Marie-France Frutoso (Uzès)

Claudine Fuya (Avignon)

Alain Gavaudan (Marseille)

Robert Julien (Marseille)

Dimitri Karavokyros (Laragne)

José Lamana (Avignon)

Jean-Luc Metge (Martigues)

Carole Mitaine (Antibes)

Régis Polverel (Martigues)

Madeleine Pulcini (Lyon)

Gérard Papeschi (Aix)

Dominique Pringuey (Nice)

Yves Rousselot (Aix)

Nicole Vernazza (Arles)

■ Directeur honoraire fondateur

Thierry Lavergne (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).

L'art dans le soin

XIV^e colloque interrégional
et 2^e congrès national de PsyCause



à Béziers, le vendredi 22 octobre 2010

Renseignements :

Jean-Louis Aguilar

Atelier d'art-thérapie, Centre Hospitalier,

2 rue Rivetti, 34500 Béziers

Tél : 04 67 35 74 59

Secrétariat du Secteur 27

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

Tél. 0490039276 Courriel : Chantal.Roose@ch-montfavet.fr

Lieu du congrès : Espace Agora, Ancien Hôpital Perréal

2 bd Ernest Perréal, 34500 Béziers