JANVIER - FEVRIER
MARS
1997

N°7



Quand les Ψ causent en Provence

ISSN 1245-2394

Sommaire :

- Du ne rien faire, au faire qu'on ne fait rien.
- L'appartement communautaire.
- Suivi psychiatrique en maison de retraite.
- L'escalade en psychiatrie.
- Bilan de 5 ans d'Infirmière Générale à Montfavet.
- De la punition à la probation.
- La dette selon Emmanuel Lévinas.
- Le sujet, l'art et la culture.
- Internet : outil d'information ou espace de liberté ingouvernable ?
- A l'Est, du nouveau : en République Tchèque, Roumanie, Ukraine.
- Rubriques : actualité scientifique locale, société, cinéma,
  le Congrès Régional de Psy-Cause du 23 Mai prochain…

Revue trimestrielle
Prix au numéro : 50 F.
Abonnement (4 numéros plus les numéros hors série) : 130 F.
Adresse de la revue : Docteur Jean-Paul BOSSUAT
Centre Hospitalier de Montfavet 84143 cedex

EDITORIAL

Notre Ami Léo GOUDARD médecin chef du service de biologie du Centre Hospitalier de Monfavet n'est plus, emporté par une cruelle maladie. Sans lui, l'un des pères fondateurs, la revue Psy-Cause n'aurait pas vu le jour. Nous avons décidé de consacrer cet éditorial à des extraits de « La révolte de l'évidence » (Editions de la Bruyère, 1995) dont il fut l'auteur, conjuguant biologie, humanisme et générosité.

« Pourquoi la suppression d'un traitement (de longue durée) peut-elle entraîner un mieux chez les malades mentaux?, m'a-t-on demandé. Dire que c'était certainement une affaire de mémoire fut la seule issue ! Le cerveau mémorise et pense ! C'est ainsi qu'un biologiste peut répondre par une banalité !

* * * *

Les commissions, sous commissions et autres institutions, sont les écoles de « l'esclavage », anéantissant des idées jaillissantes d'une humanité finalement opprimée par un excès d'organisation. On observe alors un monde médiocre autant qu'insolent, véhiculant une autorité de papier tournée en dérision par le regard qu'un oeil avisé jette en guise de jugement de valeur. (...).L'humanisation des hôpitaux n'est pas un cadre administratif, mais plutôt une réaction instinctive contre celui-ci.

* * * *

Pour le biologiste que je suis, le gérontologue et médecin que je fus, rencontrer la poésie c'est peut être, ou déjà, connaître le chemin du bonheur et certainement de la sagesse.

* * * *

La mort : son terme n'apparait qu'au moment précis où elle s'exprime, ouvrant la porte à l'absolue et irréversible solitude, cette porte qui sera toujours fermée au regard du vivant. (...) Toutefois, on ne peut pas parler d'expérience de la mort, puisqu'elle imposerait un retour. L'hypothèse, le rêve, la foi, nous éviteront certainement cette extrême et « inhumaine » (?) solitude par le biais du souvenir et finalement de l'amour. Alors, mourir un peu plus tard n'aurait pour finir que peu d'importance ; ce que nous aurons fait dans la vie devenant essentiel, non pas pour mériter un « paradis », mais pour ne pas être oublié, et c'est ça le « paradis ». »

L'Equipe de Rédaction

QUI FAIT LA REVUE ?

Directeur de la Publication
Jean Paul BOSSUAT
Directeur Adjoint
Thierry LAVERGNE
Directeur de la Publicité
Huguette FERRE

Rédacteur en Chef
Thierry LAVERGNE
Rédacteur en Chef Adjoint
Jean-Paul BOSSUAT

Secrétaire de Rédaction
Didier BOURGEOIS

Comité de Rédaction
Michèle ANICET
Régis ASTIC
Fabienne CAYOL
Jocelyne CHAGNY
Laurence FELLER
Huguette FERRE
Jean-Michel GAGLIONE
Jean-Louis GAUTHIER
Françoise LANET
Marc-Alloïs LILLO
Henri LOMBARD
Hosni OUACHI
Sophie SAUZADE
Jany VIDON

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

QUI AIDE LA REVUE ?

Conseil Scientifique

Henri BERNARD
Carmen BLOND
Monique D'AMORE
Rémy DEFER
Philippe FORNARI
Dimitri KARAVOKYROS
José LAMANA
Joëlle LEVEZIEL
Louis MERLIN
Gérard MOSNIER
Maurice PAILLOT
Domique PAQUET
Jean-Marie POTOCZEK
Edmond REYNAUD
Yves ROUSSELOT
Béatrice SEGALAS
Danièle SILVESTRE
Jean-Pierre SUC
Yves TYRODE

Correspondants

Joëlle ARDUIN
Mireille BRUN
Hervé CASTANET
André Salomon COHEN
Rémi DELAITRE
Dominique GODARD
Gérard IMBERT
Patrick JULLIAN
Claude MIENS
Christian MIRANDOL
Marianne PARIS
Danielle RAOUX

Les Laboratoires

Le Laboratoire SOLVAY-PHARMA, par une subvention.
Le Laboratoire RHONE-POULENC RORER, par une subvention.
Le Laboratoire PFIZER, par une subevention.

Didier BOURGEOIS a dessiné les illustrations originales.
Martine BAROZZI a assuré le traitement de textes et le mailing.

SOMMAIRE

Psy-Cause I: Pratiques sur le terrain

.Du ne rien faire, au faire qu'on ne fait rien : Karine GALLAS, Infirmière .Pages 5 à 20.

.Un atelier cuisine dans une Unité d'Hospitalisation Polyvalente : Anne-Marie ROBERT, Infirmière, et Odette MASSONI, Aide-Soignante. Pages 21 à 23

.L'appartement communautaire, une transition dans la resocialisation du malade mental :Catherine MEYSSONNIER, Assistante Sociale. Pages 24 à 27

. A propos de 3 ans de suivi psychiatrique en maison de retraite du secteur d'Orange :Nicole PEYTIE, Infirmière, et Jean-Louis GAUTHIER, Psychiatre Assistant. Pages 28 à 32.

. Angoisses et escalade : Ecaterina SARACACEANU, Interne DIS en psychiatrie, et Eric RINAUDO, Intervenant EPS. Pages 33 à 37.

.Bilan de 5 ans d'Infirmière Générale, Directeur du Service de Soins Infirmiers, au Centre Hospitalier de Montfavet : Joëlle LEVEZIEL, Infirmière Générale. Pages 38 à 40.

Psy-Cause II : Théories de la Pratique

. Psychiatrie en milieu carcéral : de la punition à la probation : Didier BOURGEOIS, Praticien Hospitalier, et Joseph HAYEK, Psychiatre Libéral. Pages 42 à 47.

. La dette (symbolique) selon Emmanuel Lévinas et ses rapports avec la conception psychanalytique de cette notion : Moïse BENADIBA, Médecin Chef d'Intersecteur, psychanalyste. Pages 48 à 51.

. Le sujet, l'art, la culture : être, ou le néant : Michel DAMIGNANI, Infirmier. Pp 52 à 55.

. Internet : outil d'information ou espace de liberté ingouvernable : Jean-Pierre BAUCHERON, Médecin DIM. Pages 56 à 63.

Psy-Cause III : A l'Est, du nouveau

. La psychothérapie de la schizophrénie : rétrospective d'une période de 30 ans en Silésie tchèque et Moravie du Nord : Pavel HLAVINKA, Psychiatre Hospitalier Chef de Département, et Petr TARABA, Psychiatre Hospitalier. Pages 65 à 66.

. Le psychologue en République Tchèque : Ivan GALUSKA, Psychologue. Pages 67 à 68.

. Femmes roumaines sous surveillance : Catherine KISS, Psychiatre et Psychanalyste, Ecatérina SARACACEANU, Interne DIS en Psychiatrie. Pages 69 à 71.

. Une action humanitaire en Ukraine : Florence LEGENDRE, Maud ALLAIN, Alice BADINO, Mireille MARTIN, Véronique SADURNI, Etudiantes en Soins Infirmiers. Pages 72 à 74.

Rubriques : Courrier des lecteurs, page 75 ; Actualité scientifique locale, pages 76 à 92; Société (« Une réforme qui inquiète »), pages 93 à 94 ; Cinéma, pages 95 à 101 ; Annonce du **premier colloque Régional de Psy-Cause**, pages 103 à 104.

PSY- CAUSE I

PRATIQUES SUR LE TERRAIN

Six articles correspondant à un travail concret sur le terrain, sont proposés :

.Lorsque l'activité devient activisme et obstacle à la relation, il y a lieu de s'interroger. Aller **du ne rien faire au faire que l'on ne fait rien**, c'est à dire faire, voilà un parcours original et décapant, que nous propose Karine GALLAS dans son mémoire pour le diplôme d'Infirmier.

. Le secteur 27 des Bouches du Rhône, depuis son rattachement au Centre Hospitalier de Montfavet en Septembre 1995, est un cas de figure très observé, ne serait-ce que parce qu'il ne dispose, jusqu'à ce jour, que de 12 lits d'hospitalisation pour 62 000 habitants... Il va devoir impérativement augmenter sa capacité très prochainement. Comment faire, dans ce contexte ? Anne-Marie ROBERT, Infirmière et Odette MASSONI, Aide-Soignante, témoignent de leur inventivité au décours d'**un atelier cuisine dans une unité d'hospitalisation polyvalente.**

. Catherine MEYSSONNIER, Assistante Sociale dans un secteur du Nord Vaucluse, apporte son regard et son expérience de l'implication d'une équipe dans **l'appartement communautaire, une transition dans la resocialisation du malade mental.**

. De plus en plus, les équipes de secteur psychiatrique se structurent pour faire face à l'accroissement de la demande dans les maisons de retraite. Nicole PEYTIE, Infirmière, et Jean-Louis GAUTHIER, Psychiatre Assistant, font le bilan de **3 ans de suivi psychiatrique en maison de retraite du secteur d'Orange.**

. L'escalade est un sport dit à risque, qui connait un développement certain en psychiatrie depuis quelques années. Ecatérina SARACACEANU, Interne DIS Roumaine, et Eric RINAUDO, Intervenant EPS dans un secteur marseillais, exposent l'intérêt de cette approche en articulant **angoisses et escalade,** illustrant leurs propos d'un exemple clinique.

. Joëlle LEVEZIEL a quitté fin Décembre 1996, le Centre Hospitalier de Montfavet, et dirige à présent le Service de Soins Infirmiers de l'Hôpital d'Orange. Elle propose aux lecteurs de Psy-Cause, son **bilan de 5 ans d'Infirmière Générale, Directeur du Service de Soins Infirmiers, au Centre Hospitalier de Montfavet**... et quelques pistes à méditer.



DU NE RIEN FAIRE
AU FAIRE QUE L'ON NE FAIT RIEN

Mémoire infirmier
IFSI Montfavet
Promotion 1993-1996

Karine GALLAS
Infirmière
Les Bruyères (1)
Secteur Avignon Est
(84G04)

Ayant été confrontée dans certains de mes stages à l'activité (le faire) et à la non activité (le ne rien faire) qui m'ont positionnée de façon différente face aux soins en milieu psychiatrique, j'aimerai par ce mémoire tenter de répondre à la question suivante : ***Il y a-t-il obligation d'activités pour qu'il y ait soin en psychiatrie ?***

Ce qui a dirigé mon choix vers ce thème est le fait qu'en tant que stagiaire, j'ai éprouvé la sensation d'inutilité dans le « ne rien faire » au début de cette expérience, alors que dans l'activité j'avais réellement la certitude d'être dans le soin.

A - DEFINITIONS

1 - Rien

- selon les dictionnaires :
nul, chose, néant, être considéré comme une quatité négligeable, chose sans importance, bagatelle.

- définition personnelle :
ne pas être en relation avec l'autre, ne pas le reconnaître en tant que tel. Notion d'objet et non pas de sujet. Personne repliée sur elle-même ayant de moins en moins de contact avec l'autre, vivant dans sa propre problématique, dans sa néoréalité. Cela correspond à la psychose. ne plus reconnaître l'autre sans pour autant s'être investi soi-même. C'est aussi le néant.

2 - Faire

- selon les dictionnaires :
créer, fabriquer, produire, former, façonner, constituer, exécuter physiquement ou moralement, effectuer, chercher à paraître; se créer, se produire, se réaliser ; accomplir, s'occuper, exercer une activité, agir.

- définition personnelle :
être en relation avec l'autre et le reconnaître en tant qu'être. Notion de sujet et non pas d'objet. Etre dans la réalité, avoir des contacts. Cela peut être aussi une création matérielle. Se reconnaître soi-même et reconnaître l'autre dans la relation. Etre ouvert, penser, réfléchir et raisonner.

---

(1) Pavillon les bruyères, secteur 4, Centre Hospitalier de Montfavet 84143 cedex, Tél 04.90.03.91.53

- rien = faire :
permettre le choix à l'autre, laisser émerger ses désirs, le laisser s'exprimer comme il le veut, ne pas prendre de décisions à sa place, lui permettre de découvrir par la réflexion ses propres besoins, ne pas faire à sa place mais le guider et l'orienter. Avoir une action qui ne passe par forcément par le geste.

3 - Activité

- selon les dictionnaires :
production d'actes, puissance, faculté d'agir, vivacité, diligence dans l'action, ensemble d'opérations humaines tendant vers une fin déterminée ; occupation, exercice d'une fonction, d'un emploi. Action : ce que fait une personne qui réalise une volonté.

- définition personnelle :
émergence du désir en tant que « moteur » de vie. Besoin économique, physique et émotionnel. Expression de la personnalité, manifestation "normale" de la vie. Entrer en relation avec l'autre. Permettre la mise en mot donc la prise de parole de la part du patient. Valoriser l'échange social et relationnel. Création matérielle.



4 - Projet thérapeutique

- selon les livres :
projet de soin permettant de prendre en considération la globalité de la personne : son appartenance socio-culturelle, sa pathologie, ses bases de raisonnement. (Référence : Psychiatrie Pratique et Soins Infirmiers).

- définition personnelle :
alliance thérapeutique qui s'élabore avec le patient. Ce projet permet un soin individualisé qui prend en compte les facettes, les besoins et les capacités de la personne. Projet modifiable et évaluable selon l'évolution du patient. Outil de soin dans le suivi d'un malade. Descriptions des buts et objectifs des soins. Mise en place de l'action.

5 - Soin

- selon les dictionnaires :
actions, moyens thérapeutiques ou hygièniques visant à l'entretien du corps et de la santé ou au rétablissement de celle-ci.

- selon la législation :
5 dimensions du soin
éducatif, préventif, curatif, de maintenance, de réhabilitation.

B - QU'EST CE QUE LE SOIN EN PSYCHIATRIE ?

La maladie mentale est une maladie de la relation, soigner c'est pouvoir apporter un mieux être relationnel à un patient atteint par une pathologie mentale, afin de lui permettre la relation à soi et la relation à l'autre, de retrouver une certaine autonomie par rapport à son état. C'est en premier lieu un accueil, une rencontre entre un soignant et un soigné, afin de pouvoir établir une relation de soin.

"***La relation de soin est avant tout une rencontre***"(1)

La notion de soin en psychiatrie ne repose pas seulement sur un traitement médicamenteux mais sur un soutien, une écoute, un dialogue, une présence, une aide qui nécessite une grande disponibilité de la part du soignant.

C'est apporter des éléments nécessaires au malade pour lui permettre par lui-même de renouer avec le monde extérieur, que momentanément il ne comprend plus et qui ne comprend pas davantage.

« ***Nouer une relation thérapeutique avec le patient, c'est lui permettre un nouvel apprentissage de sa relation aux autres*** »(1)

C'est aussi accompagner, éduquer, guider la personne en vue d'une resocialisation, d'une résinsertion dans le tissu social.

Le soin nécessitera de considérer le patient dans sa globalité en prenant en compte son histoire, son milieu socio-culturel, ses antécédents afin d'adapter au mieux les actions qui seront entreprises.

Les soins pourront se faire avec des supports tels que des activités où la collaboration d'autres professionnels (psychologue, orthophoniste, psychomotricien...) dans le but d'améliorer l'état actuel du patient.



(1) Psychiatrie de l'adulte, Pierre André, Ed. Heure de France, 1994 , 2ème Ed. p.186 et 187.

C - QUELLES PEUVENT ETRE LES DIFFERENTES ATTITUDES DU SOIGNANT FACE AUX PATIENTS EN PSYCHIATRIE?

1 - Sortir le malade du "rien" pour l'entraîner vers le « faire », mais pourquoi?

Le néant est une des particularités de la psychose, et elle se définit de la façon suivante :

- la rupture avec la réalité,
- interruption des liens sociaux et familiaux,
- diminution du faire,
- création d'une néoréalité.

Par conséquent, le patient psychotique ne fait presque plus rien avec les autres, se trouvant dans une néoréalité qui lui est propre. Son faire s'articule autour de son état délirant, il n'est plus en relation avec l'autre. Il n'a plus la possibilité d'acquérir un raisonnement qui lui permettrait de faire et de comprendre. Il ne s'exprime plus qu'à travers lui-même. Il interrompt ses liens sociaux, familiaux et sa vie active diminue pour arriver parfois à un véritable repli, le menant au rien ou plutôt au ne faire qu'avec lui-même, ne s'exprimant et ne se réalisant qu'avec son délire.

Donc entraîner le malade psychotique vers le faire, ce serait lui permettre de retrouver un statut social, l'amener à construire, à façonner selon ses besoins et ses désirs un mode de vie adapté à son état dans lequel il pourrait s'épanouir et poser des repères en vue d'un projet de sortie. Cela lui faciliterait sa future vie sociale et rétablirait ses relations familiales, amicales et sociales.

Tout mettre à la disposition du patient sans jamais l'obliger à quoi que ce soit mais essayer de faire en sorte que cet élan vienne de lui-même. Proposer des choses sans pour autant qu'il s'y inscrive. Mais si l'envie, la demande apparaissent, permettre l'action en accompagnant avec une présence discrète et une grande disponibilité. Permettre au patient d'éprouver du plaisir dans l'agir, de s'autoriser à avoir du plaisir.

« Il s'agit de faire naître, dans un non interventionnisme total, des envies et des possibilités que le malade porte en lui ».(1)

"Le rôle de l'infirmier est donc de permettre au malade de vivre des situations diverses afin de l'amener à renouer peu à peu des relations avec les autres à l'intérieur de l'hôpital et à l'extérieur ensuite ».(2).

Par ces deux citations, on entend bien que l'infirmier est là pour guider le patient vers l'agir, donc vers la vie telle que le groupe social l'entend. Mais avant que cet aiguillage puisse se faire, il faut que le patient en ait envie et pour cela il faut peut-être que le soin passe par le "ne rien faire", c'est-à-dire une attitude de suggestion et d'attente de la part du soignant avant de pouvoir véritablement guider et faire agir. Pour cela l'infirmier devra être à l'écoute, créer un climat de confiance, être disponible, essayer de répondre aux questions que le patient se pose. Il pourra lui parler lors d'entretiens, des différentes choses qui se font à l'hôpital, des projets qui peuvent être mis en place avec lui. Il faudra surtout que l'infirmier lui laisse le temps de la réflexion pour qu'il puisse découvrir par lui-même les choses qui pourraient l'intéresser ou l'aider à découvrir qu'il a lui aussi des besoins.

---

(1) Atelier du non faire "Etre avec", Ch. Sabas, Mr Guez, Revue Actualités Psychiatriques n°4, Avril 1990.
(2) Hôpital Charcot - Réflexion sur notre pratique, Ed. Scarabée, 1970, p.110

« ... les fonctions de l'infirmière consistent à aider les personnes à identifier leurs problèmes et à les affronter avec réalisme, à reconnaître leur responsabilité dans une situation donnée et à trouver, si possible, des solutions pratiques aux problèmes de leur vie ».(3)

2 - La notion de projet thérapeutique

« Projet de soin permettant de prendre en considération la globalité de la personne : son appartenance socio-culturelle, sa pathologie, ses bases de raisonnement ».(4)

Le projet thérapeutique est l'ensemble des soins que l'on a l'intention de faire avec le patient. C'est un peu l'explication de la façon dont on va s'y prendre pour les mettre en oeuvre. C'est la base du soin en psychiatrie, qui donne les modalités d'action et de prise en charge du patient. Il nécessite l'adhésion de celui-ci et celle d'une équipe interdisciplinaire (psychiatre, infirmier, psychologue, assistante sociale, ergothérapeute...). Il va prendre en considération l'état du patient, sa personnalité, son passé socio-culturel, sa maladie et sa demande actuelle. Il renferme des projets à courts termes, à moyens termes et à longs termes.

« Les projets doivent s'élaborer d'abord à partir du comportement du patient »(5)

Ce projet mis par écrit, a la particularité et l'avantage d'être un outil souple donc modifiable tout au long de l'hospitalisation en fonction de l'évolution de l'état du patient. Ceci sera fait grâce aux informations qui vont s'échanger entre les différents membres de l'équipe soignante. Cette mise en commun des informations et l'évaluation la plus juste possible de l'évolution de l'état du malade, permettront le réajustement des actions infirmières lors des réunions où le patient peut être présent et peut donc participer activement.

Par ce projet le suivi du patient sera possible aussi en extra hospitalier.

Il a l'avantage de permettre un soin individualisé qui sera le plus près possible des besoins de chacun en tenant compte de tous les paramètres qui lui sont propres. Le projet thérapeutique peut être défini comme un outil indispensable au bon déroulement du soin en psychiatrie comme ailleurs. Par lui le rôle de l'infirmier va différer selon le contexte dans lequel il se déroule, indiquant le comportement infirmier vis-à-vis des malades dont il a la charge.



(3) Relation d'aide en nursing psychiatrique,de Joyce Travelbee, Ed. du Renouveau Pédagogique, p.17 193pp.

(4) Prépa DE Infirmière Psychiatrique,Pratique et Soins Infirmiers, Nathalie Dolbeau et Maryline Abt, Ed. Lamarre, 1994, p 179.

(5) Revue Soins Psychiatriques, n°12/135, Déc 91-Jan.92, p 45 « Du ne rien faire au faire que l'on ne fait rien »

D - LES ACTIVITES, "LE FAIRE"

1 - Le besoin d'avoir un support

Dans certains de mes stages, j'ai ressenti le besoin d'avoir un support. En tant que stagiaire élève infirmière, surtout durant mes deux premières années d'études, j'avais l'impression et le sentiment d'inutile, de ne rien faire et surtout de ne rien apporter aux patients. J'avais parfois des difficultés à entrer en communication ou créer une relation avec un patient. Il me manquait quelque chose, ce support qui pourrait m'aider à rentrer en contact avec le malade. Par le biais d'une activité, la communication s'établit plus simplement et en tant qu'élève, le patient accepte mieux notre présence et nous inclue plus vite dans l'équipe soignante. Cela m'a permis de prendre un peu plus confiance en moi dans une relation avec le patient qui devenait réellement un soin.

Mais je pense que cette position s'avère nécessaire dans certains cas, car c'est le moyen le plus rapide d'entrer en relation avec le patient. Avoir besoin d'objet support, de situations précises pour établir un contact avec le malade. Ces moyens permettront d'instaurer un climat de confiance et d'écoute. Le patient se sent reconnu comme un individu à part entière, par sa participation à une activité. C'est aussi lui donner les moyens de venir vers le soignant, un repère de son propre chef à chaque fois qu'il en éprouvera le besoin .

L'activité est un support à la relation entre soignant et soigné, elle va permettre, d'une façon simple, de faire tomber les barrières qui les séparent.

Pour arriver à établir ce processus, il est vrai qu'il semble plus facile de posséder un support comme une activité qui servira de médiateur entre le soignant et le soigné. Car au cours de celle-ci, il peut se passer une somme de choses comme l'expression de certains sentiments, la verbalisation de difficultés, d'angoisse ou de satisfaction de la part du patient. Il peut aussi prendre conscience matériellement de la présence aidante de l'infirmier.

« L'activité est un moyen qui va permettre la mise en mot ; donc la parole de la part du patient ».(1)

Cela demande à l'infirmier une grande disponibilité, de l'attention et une concentration ciblée, car tout ce qu'aura pu observer le soignant par le biais d'une activité, pourra être utilisé pour la prise en charge individualisée.

C'est permettre au malade de rentrer dans une relation de confiance puis une relation thérapeutique.

Ce besoin du support a été aussi en tant que soignante, me retrouver confrontée à ma propre personnalité. C'est avoir eu des difficultés à rentrer en communication ou en relation avec autrui. Par des activités, la relation s'est amorcée plus facilement.

Ce fut peut-être aussi me sentir démunie face à la pathologie mentale sans un objet médiateur de la relation?

---

(1) Le travail thérapeutique à l'hôpital psychiatrique, François Tosquelles, Ed. Scarabée 1967, p 87.

2 - Notion de la prescription médicale de l'activité

Comme tout autre soin qu'il soit de l'ordre médicamenteux, examens, séances d'orthophonie ou suivi psychologique..., l'activité doit être prescrite par le médecin psychiatre afin qu'elle acquiert un sens plus précis pour le patient. C'est-à-dire qu' après avoir eu quelques entretiens avec lui, qui ont permis de mettre en évidence les besoins et les problèmes, seront prescrites un certain nombre d'activités destinées à améliorer l'état du patient. Ces activités seront choisies en collaboration avec lui, à qui on explique les finalités. Elles deviennent dès lors thérapeutiques et font partie intégrante du traitement. Elles rentrent dans le cadre du projet thérapeutique.

Comme pour un médicament, il y aura aussi des « posologies » c'est-à-dire des moments et lieux précis où elle devra se dérouler et permettre d'instaurer ainsi un cadre structuré et des limites à l'hospitalisation. L'activité est définie comme structurante. Il sera compris dans le temps de l'activité, un moment d'observation et d'évaluation, afin de permettre à l'infirmier de faire le point sur les attitudes et les comportements du patient au cours de celle-ci.

L'intégralité de l'équipe médicale module le caractère des activités ainsi que l'ambiance qui y règne, du fait du poids de la prescription médicale.

Cette prescription est faite dans un but précis, adaptée à chaque malade auquel elle s'adresse. Ceci devant entraîner une amélioration et une progression en vue d'une resocialisation et d'une réinsertion dans la vie à l'extérieur de l'hôpital. Cest pour cela que les activités prescrites sont de plus en plus ciblées afin de permettre au patient de retrouver une autonomie adaptée à sa maladie.

Ceci va demander un investissement et un accord dans cette acceptation du soin de la part du patient.

L'activité devra être faite dans une continuité avec la présence régulière des mêmes intervenants, afin que le patient puisse prendre des repères, établir une relation de confiance avec le soignant (infirmier le plus souvent).

Cette prescription pourra être modifiée au cours des autres entretiens en fonction de l'évolution du malade.



Salle de musique à la Salpêtrière.

3- Présentation d'activités et d'un lieu où elles se pratiquent : Hôpital de jour de Carpentras, la gestion de l'activité par l'infirmier

L'hôpital de jour de Carpentras est une structure extra-hospitalière permettant d'apporter aux patients qui s'y rendent, des soins polyvalents, individualisés et intensifs. Il s'adresse aux malades faisant partie du Secteur I dont le chef de service est le Docteur SUC.

Ce lieu reçoit des patients après une hospitalisation en intra-hospitalier, ou après une consultation ou un suivi en Centre Médico Psychologique (CMP). Il sert de palier entre l'hôpital et la vie à l'extérieur, permettant aux patients de retrouver le maximum de leurs autonomies.

L'équipe soignante se compose de quatre infirmiers, d'une psychomotricienne et d'une surveillante.

Le support de soin qui est employé est : l'activité. Ce sont les infirmiers qui sont chargés de leur organisation. Il s'y pratique diverses activités dont la piscine en été, et le théâtre une bonne partie de l'année jusqu'à la représentation, que je vais donner en exemple afin d'en souligner le but pour les patients et le rôle de l'infirmier.

a- La piscine

Activité sportive et corporelle mettant le patient face à un élément naturel : l'eau, et face aux regards des autres.

Monsieur C. patient psychotique obèse :

Les moments passés à la piscine et surtout le contact avec l'eau, lui apportaient un bien être considérable. Le milieu aquatique dans lequel il aimait nager, lui donnait une certaine liberté par rapport à son obésité. L'eau lui apportait une sensation de légèreté et lui permettait de dépasser son handicap. Pour lui, se mouvoir dans l'eau était bien sûr un moment de plaisir, mais aussi un moyen entraînant la relation avec les autres personnes du groupe. C'était une façon aussi pour lui de se revaloriser car à chaque séance il essayait de battre ses records de traversée.

L'eau, élément qui peut effrayer, devenait pour lui un objet de bien être et de calme où il se sentait comme les autres. Se sentant bien sûr surveillé et en confiance par la présence du groupe et celle de l'infirmier qui le soutenait dans ses efforts.

Ici l'infirmier tient un grand rôle juste par sa présence, son regard et dans l'aide qu'il apporte aux patients à rentrer en contact avec un élément.

Il est important que cette activité se fasse en groupe car les patients se motivent entre eux et par ce fait peuvent nouer des relations et entrer en communication.

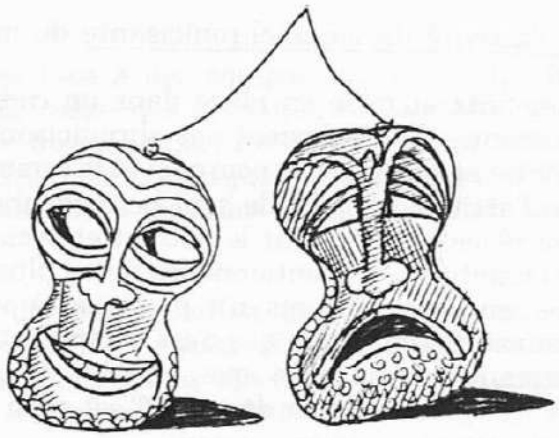
La piscine est par là une activité à médiation corporelle mais aussi un moyen pour entrer en contact avec autrui.

b- Le théâtre

Activité mettant en jeu de nombreuses choses pour le patient et ayant de nombreuses indications.

Le théâtre base son principe sur l'expression scénique qui a été créée par Emile DARS. C'est une approche psychothérapeutique basée sur l'émotionnel qui s'insère dans le champs de l'Art-thérapie. C'est le texte qui sert de moteur à cette thérapie. « *Le texte*

fonctionne comme un masque..., comme un objet médiateur... Parfois le texte peut jouer un rôle proche de l'objet transitionnel... »(1)



« PERSONA » – PERSONNAGE

Le théâtre en s'appuyant sur cette méthode va permettre au patient d'extérioriser, ou d'intérioriser des émotions et de trouver des modèles. Il va permettre un réaménagement de l'image de soi, un retour au plaisir de la parole, une possibilité de communication avec autrui, et une restauration narcissique (revalorisation).

Ainsi par exemple, Mademoiselle S. patiente psychotique parlant très peu, assez renfermée et timide, a pu grâce au théâtre acquérir petit à petit de la confiance en elle et avoir plus de facilité dans sa relation avec les autres. Elle s'est prouvée à elle-même qu'elle était capable de faire des choses qui lui paraissaient insurmontables avant, surtout la prise de parole.

Le théâtre demande aussi un effort de la part du patient qui est celui d'accepter le regard de l'autre, de se montrer, car l'année se termine le plus souvent par une représentation. Cela l'oblige aussi à un travail important de mémorisation et de régularité dans ses actes.

Les infirmiers ont ici un rôle de soutien et aident le patient dans le choix de son rôle en fonction de ses envies et de ses aptitudes. Ils jouent eux-mêmes parfois dans la pièce pour mettre en confiance et sécuriser les malades. Ils sont là aussi pour observer le ressenti de chaque patient (difficultés ou satisfactions).

« Il faut en fait que ce soit, si les malades jouent, un travail collectif. C'est une bonne occasion pour développer l'idée de responsabilité et la solidarité d'une équipe. » (2)

Par ces deux exemples, on se rend compte qu'une activité bien conduite, à des fins thérapeutiques, permet au malade de progresser et de faire face à ses problèmes. On y découvre aussi le rôle important tenu par le soignant qui doit se montrer perceptible et disponible afin de pouvoir au mieux guider le malade. *« Les activités donnent lieu à des rapports sociaux, entraînant le malade à collaborer avec d'autres malades ou avec les soignants. (2)*

---

(1) L'expression scénique, S. Le Huche, J. Perceau et Ch. Radiguet - Revue Actualités Psychiatriques n° 7, 1984, p. 52 à 56

(2) Soins infirmiers en Psychiatrie, volume 1, Jeannes Vinatier 1976, Ed. Lamarre Poinat, p. 288. 431pp

4- L'activité est-elle chronicisante ?

L'activité pour qui ?

Peut-on dire que l'activité devienne chronicisante du moment où elle est faite dans l'intérêt du patient ?

Si une activité est faite et mise en place dans un cadre précis avec des buts thérapeutiques pour le patient, elle ne devient pas chronicisante. Il faut pour cela que l'infirmier qui l'organise sache en expliquer le pourquoi et le comment.

Il ne faut pas que l'activité support de soin ne devienne un acte occupationnel que l'infirmier mettrait en place pour divertir le patient et occuper sa journée. Dans ce cas là, elle rentre dans les habitudes conventionnelles faites plus ou moins sans réfléchir et là on se retrouve dans un processus qui n'a plus rien à voir avec le soin auquel l'infirmier ne peut plus donner de sens sinon que c'est habituel et normal.

Un geste chronicisant est un acte que l'on fait tous les jours, qui devient instinctif et auquel on n'arrive plus à donner du sens. C'est ainsi que l'activité peut dévier sur l'activisme, que j'aborde dans le chapitre suivant.

Maintenant si l'on se demande pour qui est vraiment faite l'activité on peut en arriver à deux orientations :

- la première dans laquelle l'activité est un support de soin géré par l'infirmier dans l'intérêt du patient, qui lui est adapté. Elle a un but précis, elle est faite selon un cadre et elle est modifiable en fonction de l'évolution de l'état du patient. Ici elle est faite avec et pour le malade et elle a des visées thérapeutiques.

- la deuxième dans laquelle l'activité n'est plus un soin pour le malade mais une façon pour l'infirmier de se valoriser. *« Le soin pour le soin permet au soignant de restaurer son narcissisme et de prouver qu'il n'est pas là pour rien »* (1)

Par ailleurs on se rend compte que les activités qui sont menées et entreprises par le personnel soignant peuvent être celles qu'ils ont choisies eux-même selon leur propre goût sans forcément penser aux besoins des malades. Ici le désir de l'infirmier passe avant celui du patient. Cependant, *« une activité et sa réussite vont aussi dans le sens de la recherche du propre plaisir du soignant, il est vrai, mais il faut donc laisser sa place au propre désir du patient afin qu'il puisse en tirer un réel profit »*. Dans l'activité, le plaisir du soignant est nécessaire sans jamais oublier le but essentiel qui est de faire en sorte que le patient puisse y trouver lui aussi son propre compte, afin de le faire avancer et progresser pour dépasser les problèmes engendrés par sa maladie.

E- LE FAIRE QUE L'ON NE FAIT RIEN

(JE FAIS DONC JE SUIS)

1- L'activisme

Notion qui renvoie aux activités, mais à l'activité pure sans aucun but. C'est en arriver au stade où une structure hospitalière devient un lieu d'activités, de loisirs et non plus un lieu de soin. C'est faire des activités pour faire, pour ne pas rester dans la passivité de gestion trop difficile pour certaines équipes soignantes. *« Parce qu'il faut bien faire quelque chose pour ne pas désespérer de sa propre image de soignant et justifier*

(1) "Du ne rien faire au faire que l'on ne fait rien", Revue Soins Psychiatriques n° 134/135, Dec 91 Jan 92, p. 45

son travail aux yeux de tous, la tentation est grande à cet instant de se réfugier dans une sorte d'activisme qui serait plus une fin en soi qu'une tâche motivée par un projet thérapeutique précis. » (1) L'activisme, serait laisser le travail soignant dégénérer en divertissement.

C'est se retrouver face à des équipes soignantes qui poussées et bercées par leurs habitudes font sans cesse des activités, ne laissant même plus au patient des temps d'échanges ou de liberté dans une journée. Les infirmiers pris dans ce flot n'arrivent même plus à expliquer le pourquoi de leurs gestes et l'intérêt qu'ils ont pour les patients. Par là, le « savoir faire » infirmier ne se transmet plus parce qu'il n'a plus de raison d'être.

C'est une sorte de chronicisation par l'activité qui semble s'instaurer dans certaines structures. « *Les activités sont créées et existent pour combler le malaise qui est ressenti lorsque les tâches quotidiennes n'occupent plus les soignés et les soignants.*" "*Le noeud du faire*" *chacun y confirme l'autre dans son statut (soignant / soigné).* »(1)

2- Tourner en rond

(justifier sa journée, se donner bonne conscience)

L'infirmier se trouve ici non plus avec un rôle de soignant mais avec celui d'un animateur. Il fait pour faire, pour animer et rendre plus active sa journée de travail. Il ne propose plus des soins mais des loisirs. Ceci est un cercle vicieux qui provient d'un effet de mode qui a été de mettre en place des activités dans la prise en charge du malade mental. Elles deviennent un bon moyen pour l'infirmier de se donner bonne conscience par rapport à son rôle et de passer agréablement huit heures par jour.

Ce mode de fonctionnement ne permet pas aux patients d'évoluer car ce sont des activités faites n'importe comment au gré des journées qui ne prennent pas en compte les besoins de chacun. De plus, ces activités basées sur les loisirs ne mettent pas forcément le malade face à la réalité. Elles peuvent le mettre en échec et l'infantiliser. Et ce trop plein d'activités et de mouvements ne pourrait-il pas épuiser un jour le soignant ?

Malgré ce trop plein d'activité fait n'importe comment, des temps libres sont proposés aux patients, moments où l'on peut dire que l'on ne fait rien et pourtant, ce sont des temps nécessaires pour équilibrer une journée surtout par exemple en hôpital de jour. C'est un moment de régulation pour les infirmiers et pour les malades, un temps où ils se retrouvent entre eux, s'isolent ou encore engagent une discussion en tête à tête avec un infirmier. C'est un temps d'échange humain ou un retour sur soi. Cette dernière idée me permet de passer à la partie suivante car elle introduit la notion du rien faire en tant que soin.



(1) "Du ne rien faire au faire que l'on ne fait rien", Revue Soins Psychiatriques n° 134/135, Dec 91 Jan 92, p. 45

F- LE NE RIEN FAIRE

(LA NON ACTIVITE)

1- Qu'est-ce que c'est ?

C'est un état dans lequel peut se trouver l'infirmier avec un patient et qui peut prendre un aspect thérapeutique. Cette situation laisse au patient la possibilité d'exprimer ses angoisses et ses besoins à quelqu'un qui l'écoute. C'est aussi permettre au malade de pouvoir gérer son temps lui-même sous un regard soignant. « *Pour le patient, la première qualité du soignant c'est tout simplement d'être là.* »(1)

Lors d'un accueil, autour d'une tasse de café ou non, ce temps peut être considéré comme : ne rien faire. C'est pourtant bien une action thérapeutique en soi. C'est un lieu et un moment privilégié qui permet d'aborder le ressenti des patients. C'est au début de la journée que les malades vont pouvoir parler des choses qui ont pu se dérouler durant la nuit, chez eux ou pas. Des angoisses qu'ils ont rencontrés, de leur sommeil... C'est l'heure aussi du premier contact avec un nouveau patient. C'est le premier maillon de la relation soignant/soigné. C'est un instant durant lequel le soignant va se rendre compte de l'état du malade, sur lequel par la suite il va essayer d'agir et de l'aider. « *Serions-nous muets et cois comme des cailloux, notre passivité même serait une action.* »(2)

C'est une action infirmière basée sur l'observation et l'attention. Cela va permettre par la suite d'instaurer une relation entre le malade et l'infirmier. Le seul fait que l'infirmier soit présent et disponible rassure et aide le patient dans le traitement de sa maladie. Le malade n'est plus seul face à lui-même, il sait que des personnes sont là pour répondre à ses attentes, à ses questions et à son mal être.

Dans la non activité, il ne faut pas exclure la parole qui est avec l'observation, l'attention et l'écoute, un des éléments les plus importants du soin par lequel le patient peut exprimer ses souffrances, par lequel l'infirmier va pouvoir aborder le patient, répondre à ses questions, ses angoisses. Il ne faut pas oublier aussi que la prise de parole est parfois difficile pour le patient et que l'infirmier aura un rôle important à jouer afin de permettre au patient de prendre la parole, car c'est un des premiers moyens qui lui permettra de rentrer en relation avec l'autre. Elle a un rôle actif dans le soin.

Je voudrais terminer ce paragraphe par cette citation : « *Faut-il faire pour être thérapeutique, faut-il Etre dans le faire ou l'Etre? Le non faire marque-t-il autant que faire?* »(1). Je trouve qu'elle résume bien toute la problématique autour du rôle de l'infirmier en psychiatrie, car une des grandes difficultés de ce métier c'est d'être toujours présent et d'avoir une grande disponibilité envers le patient sans forcément faire quelque chose. La présence dans le non faire est médiatrice d'un tas de choses pour le patient.

---

(1) Hôpital de jour vivre avec et être thérapeutique, Revue Actualités Psychiatriques 1993 Mars/Juin

(2) Sartre - « Situation II »

2 - Est-ce que cela existe? Et pourquoi?

Cela existe bien et c'est une méthode employée dans certaines unités afin de permettre aux patients d'être ce qu'ils ont envie et non pas ce que les infirmiers aimeraient qu'ils soient.

Ces périodes de « ne rien faire » ou de non activités permettent aussi aux personnels soignants d'observer les malades à l'extérieur d'une activité, de percevoir leurs difficultés face au « rien faire » ou leur bien être.

Si certaines équipes ont choisi « la non activité » c'est dans un but thérapeutique (unités d'accueil et de crise).

C'est permettre au patient de réfléchir, de penser, de "se poser" afin de faire émerger en lui des besoins. Cela peut permettre de canaliser les énergies et de calmer les personnes hyperactives. C'est accorder le droit au malade de ne rien faire, si c'est cela qu'il désire.

C'est ne pas mettre en difficulté des patients n'ayant pas les possibilités de faire une activité physique à cause d'un handicap.

La « non activité » peut permettre aux persones soignées de se retrouver avec elles-même sans avoir à apporter la preuve de leur existence en la justifiant par certaines compétences ou actions, mais seulement par leur présence. C'est peut-être apporter et faire émerger une plus grande réceptivité au discours soignant sans faire fuir le patient. (Hôpital de jour l'Espéranto).

C'est mettre toutes les cartes dans les mains du patient afin qu'il puisse de lui même avec la présence et l'aide du soignant retrouver quelque chose de son propre sens et acquérir une nouvelle autonomie.

Par ce moyen, c'est le patient qui devient l'auteur, le moteur et l'acteur de son mieux être et le soignant est là comme guide et accompagnateur, au rythme du malade.

C'est un peu restaurer le narcissisme du patient en lui montrant qu'il existe par lui-même objet d'intérêt, d'attention en tant que tel.



3 - Le ne rien faire = une activité en soi (exemples)

« Le ne rien faire » ne signe pas la passivité et le non soin et apporte aux malade autant que le faire. Observer,écouter, être disponible, présent et participer aux accueil (accueils café) sont de véritables activités thérapeutiques. C'est par ces actes que l soignant va pouvoir adapter et modifier les soins qu'il apporte au patient pour abouti sinon à la guérison à la stabilisation de l'état du malade en lui donnant les moyens d'êtr reconsidéré comme une personne « normale » et non un « fou » pouvant vivre une vie l'extérieur de l'hôpital psychiatrique.

L'observation est un temps nécessaire pour mettre en route tous les projet thérapeutiques. « *Observer, c'est considérer avec une attention soutenue ce qui se pass dans une situation donnée, c'est faire un examen minutieux et réfléchi de cette situation L'observation constitue un processus actif qui a un sens et des buts propres.* »(1)

Cet apparent « rien faire » est nécessaire à un moment de son hospitalisation c'est une action thérapeutique qui va lui permettre de gérer lui-même son temps et d faire émerger à un instant des besoins nécessaires chez lui qui n'étaient pas évidents e faciles à mettre en place avant.

Exemples

a - L'Espéranto

Hôpital de jour intra-hospitalier du 5ème Secteur dont le médecin chef est l Docteur BERNARD, qui a choisi dans ce service comme méthode de soin la "no activité". L'unité m' a été présentée par le surveillant qui a souligné l'importance de l présentation du concept de la « non activité », lorsque la structure est présentée a patient. C'est permettre au patient l'anticipation d'une rencontre avec l'autre. La « no activité » est une induction de contact.

Les buts et objectifs du service :

- mise en contact avec l'autre,
- renvoyer au malade l'image de sa maladie afin d'entraîner chez lui un questionnement sur la nécessité de se soigner, c'est-à-dire une prise de conscience de son état,
- créer un climat de confiance,
- point de chute,
- disponibilité et écoute de personnel soignant,
- être une microsociété.

C'est un lieu où le patient peut parler, ne rien faire, s'isoler, se rendre compte d ses difficultés. Milieu sécurisant où il peut trouver une écoute, endroit de discussion ou d silence.

Un des points importants, c'est l'acceptation du patient de faire la démarche d venir à l'Espéranto par ses propres moyens, rien que cette action représente u véritable soin, il se prend en charge.

---

(1) Relation d'aide en nursing psychiatrique de Joyce Travelbee traduit par Charlotte Tremblay-Duval, 1978, Ed. du Renouveau Pédagogique p23.193pp.

Pour le personnel soignant, c'est parfois difficile de pouvoir gérer l'état brut dans lequel lui sont livrées les angoisses et les difficultés du patient, car souvent les patients arrivent tous avec leur propre problème. C'est un contact permanent, un corps à corps entre le patient et l'équipe soignante, sans objet qui pourrait diminuer l'attente du patient.

Pour l'équipe l'activité masquerait la véritable raison pour laquelle le patient est là, et l'infirmier ne serait pas vraiment considéré en tant que tel par le patient.

b- Le Soustet

Unité de Géronto psychiatrie extra-hospitalière se trouvant à Vaison la Romaine, 7 ème Secteur dont le médecin chef est le Docteur PAQUET. Service qui reçoit des personnes âgées en hôpital de jour ou à temps complet pour des durées limitées afin de permettre une amélioration ou une stabilisation d'un état de crise ou d'une perturbation du comportement du patient.

J'ai pu me rendre compte au cours de mon stage que face à des personnes âgées, le soin est basé surtout sur la présence, l'écoute et la grande disponibilité du soignant.

Pour elles, le fait de se sentir entourées et écoutées, leur procure un mieux être. La présence de l'infirmier et celle du groupe permettent de chasser la solitude et l'anxiété très souvent ressenties par ces patients. Le fait de les écouter et de les rassurer leur redonne la preuve de leur existence car bien souvent ils se sentent délaissés et inutiles, pour certains même la vie n'est plus nécessaire. Notre rôle est ici très important dans le soutien, la sécurisation, la stimulation, et la mise en évidence de l'individualité de chaque personne, être conscient que chaque personne âgée a sa propre personnalité et savoir le lui renvoyer.

c - Exemple donné par un infirmier en unité de crise

Un infirmier m'a décrit une situation de soin dans laquelle il s'était retrouvé face à une patiente très délirante qui avait été mise en chambre d'isolement et avec qui, il était resté.

Il a essayé de rentrer en relation verbale avec elle afin de tenter de la remettre dans la réalité. Mais une fois à l'extérieur de la chambre, il était dans l'incapacité de dire si il avait aidé ou pas cette patiente car elle se trouvait toujours dans le même état. Elle fut réhospitalisée l'année suivante et elle lui répéta les paroles qu'il avait dites un an avant, en précisant l'aide que cela lui avait apportée.

Cet exemple de par sa simplicité montre bien, je pense, que la "non activité", le "ne rien faire" matérialisé ici par une présence, des paroles et une écoute, sont un véritable soin.

Le « ne rien faire » est une véritable activité. C'est n'obliger en rien le malade, lui donner la possibilité de l'expression, de l'échange par un lieu et un temps disponibles. C'est l'accompagner avec une présence discrète. Lui permettre de retrouver le plaisir de l'échange et le soulagement qu'en tant qu'être on peut lui apporter.

G - ET LE SOIN MAINTENANT ?

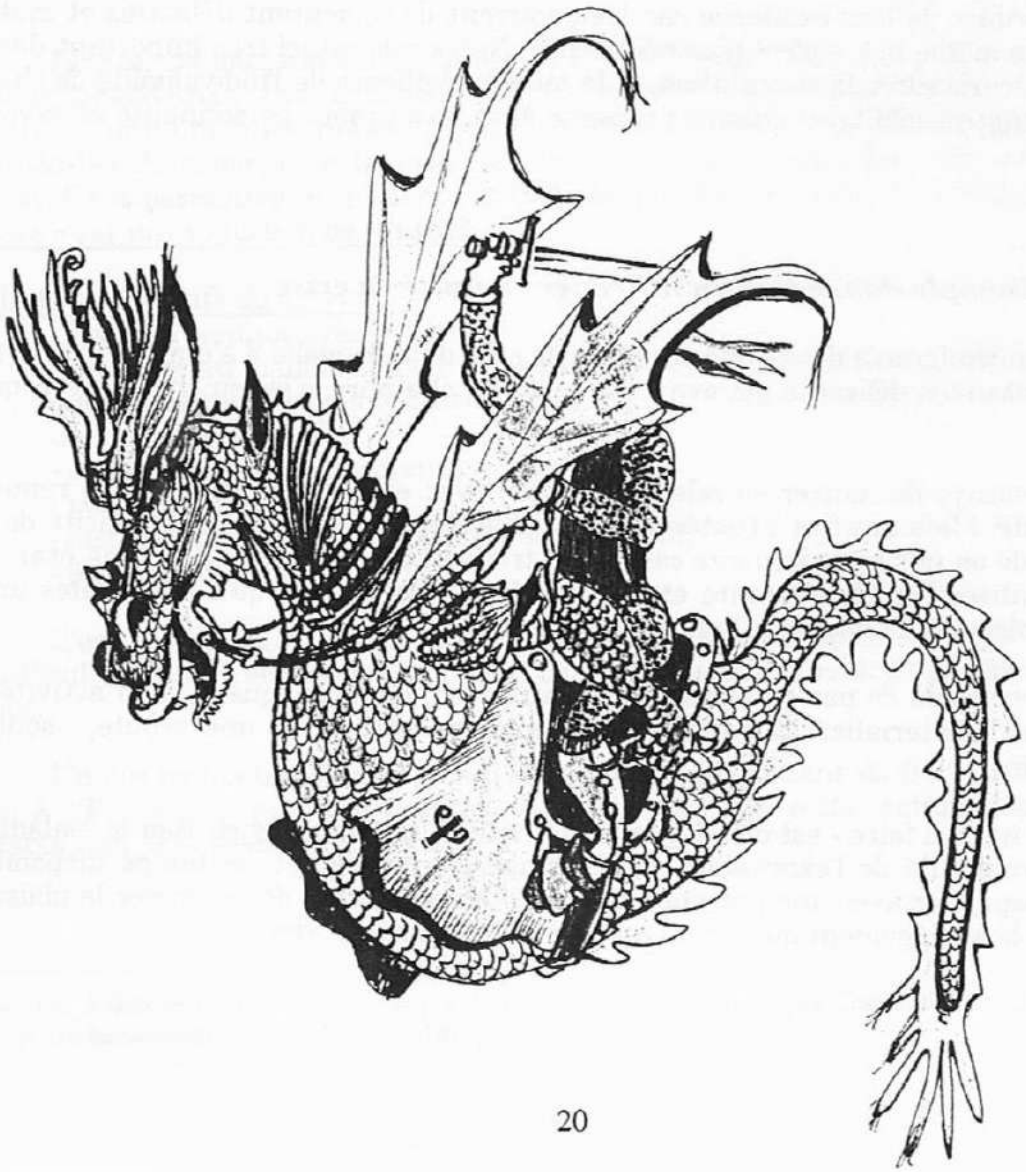
J'aimerais donner une nouvelle définition du soin en psychiatrie, par rapport au cheminement que m'a permis ce travail.

Le soin en psychiatrie ne nécessite pas forcément la réalisation d'un acte de soin (injection, pansement...) mais davantage des actions de soin. Ainsi, **le mot soigner prend un sens plus large où l'acte**, même s'il est parfois nécessaire, **n'est qu'une infime partie de tout ce qui va composer la richesse de la relation** qui s'élabore entre le soignant et le patient. Que le soin soit basé sur une activité support ou sur l'écoute et la relation, il a pour objectif de permettre à celui à qui il s'adresse de maintenir ses acquis et de retrouver une autonomie et un mieux être.

Aujourd'hui ces soins visent surtout à permettre au patient une réadaptation, une réhabilitation, une réinsertion et une reconnaissance. Toutes actions soignantes doivent être pourvues d'un sens afin d'aider et de guider au mieux le patient.

L'activité et la non activité restent dans le domaine du soin si elles sont définies et mises en place de façon individuelles pour chaque patient, si elles ont des objectifs et des buts précis à atteindre dans le programme thérapeutique du malade.

Cette réflexion sur les activités pourrait s'étendre à d'autres lieux de soins tels que les maisons de retraite, les institutions de rééducation. Celles-ci emploient très souvent les activités, mais y sont-elles réellement nécessaires? La seule présence active du soignant ne suffirait-elle pas à permettre un mieux être à ces malades ou ces personnes âgées qui ont bien souvent plus besoin de présence et d'écoute que d'actes?



UN ATELIER CUISINE DANS UNE UNITE D'HOSPITALISATION POLYVALENTE

Anne-Marie ROBERT
Infirmière
et Odette MASSONI
Aide-Soignante
Les Lilas II [1]
Secteur Chateaurenard, Saint Rémy de Provence
(13G27)

L'atelier cuisine a été créé à l'automne 1995, dès l'ouverture des Lilas II, unité unique d'hospitalisation du secteur 27 des Bouches du Rhône, au Centre Hospitalier de Montfavet. Il répond à plusieurs objectifs : occupationnel, thérapeutique, éducatif et créatif.

- ***Objectif occupationnel*** : Proposer une activité culinaire en stimulant une envie, un désir ou répondre à une demande venant des patients.
- ***Ojectif thérapeutique*** : L'activité permet l'observation des comportements des patients, d'être à l'écoute de leurs différentes difficultés, un accompagnement soutenu et spécifique à chacun de la part du personnel d'encadrement durant le déroulement de cette activité.
- ***Objectif éducatif*** : Pour certains c'est une expérience, une découverte car ils ne possèdent aucune notion culinaire ou n'ont pas eu l'occasion de faire la cuisine ; d'autres ont perdu l'habitude de cuisiner et redécouvrent ce plaisir en faisant preuve d'efficacité, de rapidité et d'assurance.
- ***Objectif créatif*** : Dans chaque séance nous fabriquons des mets salés ou sucrés d'après les ingrédients et le désir des patients. En faisant appel à des souvenirs perspective des délices à la fierté de la réalisation.

A - Le déroulement de l'activité

Le lundi, les ingrédients sont commandés et récupérés par la responsable de l'activité ou une autre personne de l'équipe (souvent l'aide-soignante présente le lundi matin), auprès de la cuisine.

Le mardi matin est le moment le plus fréquent, choisi pour le déroulement de cette activité. Ce jour là, le nombre de patients présents dans le pavillon est le plus important puisque l'Atelier de Thérapie Institutionnelle Michel Silvestre (ATI), structure de prise en charge en journée, intersectorielle, du secteur 2, ne reçoit alors pas de malade. Mais le jour peut être décidé en fonction de l'effectif soignant et des souhaits des patients. L'activité peut se dérouler une ou deux fois dans la semaine, selon la quantité et les ingrédients proposés.

---

[1] Les Lilas II, Secteur 27, Centre Hospitalier de Montfavet, 84143 Cedex,
Tél 04.90.03.92.83

Le patient est libre de choisir de participer mais lorsque la décision est prise, nou insistons pour qu'il reste du début à la fin de l'activité. Nous le rappelons à certaine règles d'hygiène, telles que se laver les mains avant de commencer ; et une fois l'activit terminée, il y a une participation de tous au rangement, au netoyage du matériel utilis Chacun prend part à la surveillance de la cuisson jusqu'à la décoration finale.

Le but recherché dans cette activité est que chaque patient prenne du ***plaisi*** retrouve des ***gestes usuels***, récupère une ***réassurance***, que chacun joue un ***rô*** ***important actif adapté*** dans la confection et la réalisation d'un met qu'il dégustera partagera avec les autres.

A la fin de chaque séance, une évaluation sur le comportement des patien durant l'activité, est faite entre les responsables et notée dans le dossier de soins.

B - Difficultés et projets

Cette activité cuisine rencontre un certain nombre de difficultés liées au contex d'une unité d'hospitalisation polyvalente, seul lieu d'hospitalisation pour tout un secteu fonctionnant avec une liste d'attente et donc avec une rotation de patients a pathologies les plus variées, très importante. D'autre part l'absence de salle d'activi spécifique et l'impossibilité d'effectuer un détachement fixe de personnel, créent un cad particulièrement contraignant pour le déroulement d'une activité tout à fa indispensable dans un lieu de soins où la vie sociale ne pas de soi.

La première difficulté que nous rencontrons, qui est d'ordre matériel, pe cependant apparaître comme ne dépendant pas de ce contexte. Il s'agit d'***une certai*** ***rigidité dans la fourniture*** par la cuisine du Centre Hospitalier. Le choix d ingrédients et leur quantité sont limités par une liste négociée initialement lorsqu'a é créée l'activité. Parfois il y a une demande importante des patients, à laquelle nous n pouvons répondre par manque de moyens matériels et insuffisance des produits de bas

Une plus grande souplesse en ce qui concerne la diversité et la quantité, dans distribution des ingrédients, améliorerait considérablement la créativité de notre atelie A y regarder de plus près, nous constatons que c'est notre manque de disponibilité q est le premier obstacle : n'ayant que peu de marge de manoeuvre au delà du temps l'activité proprement dite, pour rencontrer nos interlocuteurs des cuisines et d services économiques, nous n'avons pu effectuer une réactualisation régulière de cet liste, ni même argumenter d'une attribution financière plus importante dans le cadre budget « vie sociale », qui actuellement nous permet l'achat de produits de base pour patisserie.

La seconde difficulté est ***l'absence de lieu spécifique*** pour le déroulement l'activité. Celle ci se passe dans la salle à manger du pavillon, lieu ouvert à la circulati des patients et des soignants car situé en un passage obligé du pavillon. Cela provoqu un manque de concentration pour les patients et un problème d'encadrement par l soignants responsables de la séance. La création d'un lieu bien défini, délimité, intim agréable, fonctionnel, propice à la convivialité, améliorerait les contacts entre l soignants et les patients participants.

La troisième difficulté est liée aux ***effectifs soignants***. L'organisation d effectifs du service, n'autorise pas un détachement des personnels encadrant cet activité, ce qui peut provoquer des interférences entre l'atelier et les besoins dans l'unit d'où un suivi interrompu de la séance. Il nous arrive, en quelque sorte, d'être à la fois four et au moulin...

Nous attendons donc beaucoup, des projets d'extension de l'hospitalisation dans le secteur 27. Il est question aller dans un pavillon plus vaste, permettant de passer de 12 à 25 lits, qui impliquerait une ***organisation plus structurée des activités*** avec plus de moyens matériels, des détachements, sans laquelle se posera de façon aiguë la question de la cohérence du soin.

En conclusion

Depuis que l'atelier cuisine a été créé, on peut constater que les patients ont pris part d'une manière spontanée et régulière à cette activité. On peut noter une forte participation masculine qui s'est très impliquée et parfois même ces hommes sont les demandeurs et les moteurs du groupe.

Cuisiner développe la patience, la dextérité, le sens de l'anticipation, la capacité de compréhension de textes des recettes, provoque la prise des initiative dans la répartition des tâches, suscite la curiosité, éveille l'appétit.

C'est un moment de partage, de découvertes, de créativité d'échanges et d'observations que les patients apprécient beaucoup, où ils peuvent parler de leurs difficultés, de leurs nécessités, de leurs projets mais aussi de tout autre chose d'où la place importante que prend le soignant qui a un rôle d'écoute, d'aide, de conseil et d'accompagement.



ACTIVITÉ CUISINE EN PSYCHIATRIE

L'APPARTEMENT COMMUNAUTAIRE, UNE TRANSITION DANS LA RESOCIALISATION DU MALADE MENTAL

Catherine MEYSSONNIER
Assistante Sociale[1]
Secteur Bollène, Vaison, Valréas
(84G07)

Avant d'aborder la place et l'intérêt d'un appartement communautaire comme outil dans un processus de re-socialisation [2] , je voudrais m'arrêter un instant sur cette terminologie.

De ma place d'assistante sociale, je constate que l'on a souvent tendance à ne voir dans la socialisation ou la re-socialisation, que ce qui a trait le plus souvent aux modalités pratiques de la vie à savoir le logement, le travail, les aspects financiers ...etc.

Cela est du en partie à notre formation, où l'on nous a appris à répondre immédiatement à la demande, à intervenir souvent en urgence avec un arsenal d'outils adaptés et « rodés » à chaque situation. Or, lorsque l'on travaille en psychiatrie, on s'aperçoit que tout ce schéma est à ré-aménager. On apprend qu'il ne peut y avoir de réponse immédiate, qu'il faut la différer pour laisser émerger ce qui peut se dissimuler derrière une demande d'apparence banale.

On se rend compte aussi que le système normatif dans lequel on souhaite intégrer le patient, n'a souvent que peu de sens pour lui, en particulier pour le psychotique.

On découvre alors que le social est bien plus vaste qu'une simple organisation de la vie quotidienne et qu'il s'agit avant tout de **permettre au patient de retrouver une place**, d'être à nouveau acteur **au sein d'un espace relationnel**.

Or, c'est bien de la relation que le patient psychotique est malade.

Il s'agit donc de trouver, voire de bricoler parfois, de nouvelles techniques, qui vont faire relais, transition afin que le patient puisse accéder à une place dans la société ; place dont il faut accepter qu'elle puisse ne pas correspondre à notre norme. Il sera donc question pour lui d'une place « autre », différente, mais d' une place de sujet avant tout.

La création d'espaces intermédiaires tels que les appartements communautaires, les entreprises d'insertion ...etc, est une première tentative. Car la difficulté de la re-socialisation du malade mental est qu'elle s' inscrit dans un entre-deux, celui qui existe entre le Tout sanitaire ou le Tout médical et le Tout social. Pendant de longues années, il n'y avait que peu de ponts entre ces deux mondes. Aujourd'hui, nous nous rendons compte que c'est peut-être bien dans cet entre-deux que « la ré-insertion sociale » peut naître. A nous d'en inventer les termes.....

C'est donc dans cette articulation que se situe l'expérience de l'**appartement communautaire de Vaison la Romaine**, dépendant du 7ème Secteur de Psychiatrie de Vaucluse.

---

[1] Secteur 7, Centre Hospitalier de Montfavet, 83143 Cedex, Tél 04.90.03.90.02
[2] Article rédigé en Décembre 1996.

Cet appartement existe depuis 1989. Il prend l'aspect d'une villa avec jardin au sein d'un petit lotissement. Cette implantation est importante car nous voulions d'une certaine qualité de vie et d'un environnement non marginalisé. Il se compose de trois chambres et d'une partie commune constituée des pièces à vivre (salle de bains, salon, salle à manger , cuisine). Administrativement, c'est le C.H. de Montfavet qui est locataire en titre et qui sous-loue à trois occupants.

Cet appartement fut dans un premier temps rattaché au Centre Médico Psychologique de Vaison la Romaine puis c'est l'unité d'hospitalisation du **Domaine Saint Pierre** (Travaillan) qui a pris le relais. En fait , cela avait plus de sens que ce soit cette unité, qui a déjà une vocation de ré-insertion sociale, qui en soit garante ; la plupart des occupants de l'appartement étant majoritairement issus du Domaine Saint Pierre..

Il s'agissait de redéfinir le rôle de chaque structure afin que cela s'inscrive dans une logique. Le Domaine Saint Pierre, qui est un peu « d'hôpital hors les murs » , doit demeurer garant du projet de soins et de la translation du patient entre le dedans et le dehors.



Le CMP, quant à lui, doit conserver sa spécificité du Tout dehors et prendre progressivement la suite de la prise en charge au fur et à mesure que le patient investit l'extérieur.

Une équipe spécifique s'occupe de l'appartement. Elle est constituée du médecin du Domaine Saint Pierre, de la psychologue, de trois infirmiers et de moi-même.

Notre intervention sur l'appartement est, par choix, très régulière. Les infirmiers y vont une fois par semaine, le mardi dans le cadre d'une prise de repas avec les trois locataires. Il s'agissait de donner à cette présence infirmière, non pas une valeur de contrôle, mais de partage et de convivialité. Autour de ce repas, tout ce qui concerne la gestion de l'argent, des courses, du ménage, des difficultés de co-habiter peut être abordé.

Par ailleurs, d'autres visites à domicile sont prescrites selon le type de patient ou bien selon les difficultés rencontrées dans la vie communautaire et qui nécessitent un étayage infirmier plus important.

Une fois par mois, le médecin et moi-même venons à l'appartement, faire une réunion qui a fonction d'un rappel de la Loi en ce qui concerne par exemple le règlement intérieur de l'appartement et le sens que peut avoir ce dernier dans le processus d'autonomisation. Mais c'est aussi offrir la possibilité aux patients d'utiliser notre médiation afin de pouvoir se dire entre eux leurs difficultés relationnelles.

En dehors de ces **temps institutionnels**, les patients ont à respecter leur **projet de soins personnel**, c'est à dire les entretiens avec le psychiatre ou la psychologue, les séances d'hôpital de jour ou bien encore les hospitalisations partielles. Il arrive aussi que dans le cadre d'une ré-insertion, le patient ait des accompagnements spécifiques soit par son référent infirmier, soit par moi- même.

Le contrat est mis en place pour donner des repères, pour ré-assurer le patient, en aucun cas il ne doit combler la totalité de son temps afin qu'il puisse demeurer libre acteur de ce « temps libre ».

Enfin, **la durée d'accueil** sur l'appartement **est déterminée**. Cela ne veut pas dire pour autant qu'il y ait un contrat rigide et inflexible.

Nous rappelons au patient que l'appartement n'est que transitoire et qu'il appelle à un projet de vie plus individuel. Mais dans tous les cas, nous essayons de laisser au patient le choix du moment où il va être possible pour lui de passer à l'étape supérieure. Notre action tend à potentialiser ses capacités à vivre seul, à lui re-donner confiance en lui, à mobiliser son désir et à l'accompagner au moment où il le souhaitera .

La moyenne du passage sur l'appartement est de un an, ce qui tend à montrer que cette forme d'étayage est opérante.

Les indications d'orientation sur l'appartement sont posées la plupart du temps pour des patients psychotiques pour lesquels un apprentissage (ou un ré-apprentissage) de la vie quotidienne et de la relation à l'Autre est indispensable.

Il s'agit souvent de **rompre une dépendance** soit à l'Institution, soit à la famille ; dépendance dans laquelle le psychotique n'existe plus en tant que sujet. L'appartement vient alors instaurer une coupure, une césure, un entre-deux dans lequel il pourra peut-être se re-construire....

C'est en ce sens, qu' il nous est apparu intéressant de ne pas reproduire cette toute puissance de l'Institution au sein de l'appartement.

Ce dernier se doit d'être avant tout un espace personnel et donc préservé. Même à l'intérieur de l'appartement, nous dissocions dans les lieux, ce qui est du privé et ce qui est du collectif. Ainsi, les chambres restent le domaine « inviolable » de chaque patient, où nous n'intervenons jamais. Par contre, les lieux communs sont un espace collectif où le monde social se ré-introduit à travers son cortège de règles à respecter et sa mise en relation avec Autrui. Nous constatons d'ailleurs à quel point les patients font des efforts pour que l'appartement soit propre et accueillant lorsque nous venons les rencontrer.

C'est déjà un premier pas dans la socialisation...

La valeur thérapeutique de cet entre-deux est bien dans cette présence/absence de l'Institution, qui pour très angoissante qu'elle soit à appréhender pour le patient, n'en est pas moins indispensable. Le manque auquel ce dernier sera confronté, va l'obliger à aménager ce temps, à trouver de lui-même d'autres étayages, d'autres liens.

Peut-on poser l'hypothèse, à cet endroit, d'un **re-jeu possible de la césure originelle**, de la séparation ou de la non-séparation d'avec la mère ? Ce re-jeu n'aura de sens qui si l'institution accepte ne pas être « tout » pour le psychotique, c'est à dire accepte qu'il puisse être différent ailleurs, sans elle, et qu'elle ne peut le protéger de tout. Bref, accepter qu'il puisse lui échapper !

Dans cette même logique, une réunion de parents de psychotiques a été mise en place sur le CMP de Vaison La Romaine pour que cette notion du « lâcher-prise » soit travaillée parallèlement avec l'Institution Famille.

C'est ainsi que peu à peu, du cercle relationnel restreint de l'appartement, le patient va s'ouvrir peu à peu à l'extérieur, d'abord aux voisins, puis aux commerçants de la ville et puis pour certains à prendre contact avec des associations...etc

A ce moment là seulement, on pourra peut-être envisager, un projet ultérieur, plus proche de notre normalité à savoir un logement individuel, un stage ou un travail.

En conclusion, je voudrais rappeler que **80% environ des patients** qui sont passés par l'appartement en sept ans, vivent désormais dans un logement individuel et **ont trouvé leur place** dans le tissu social.

Mais outre le sens thérapeutique de l'appartement , cette re-socialisation est possible grâce à la souplesse voire la plasticité des différentes structures de soins.

Le fait que le patient soit sur plusieurs lieux , oblige chacun d'entre nous à échanger, à partager le soin , à restituer aux autres la parole que le patient a pu déposer ici ou ailleurs. Il y a alors moins de risque de tomber dans une maîtrise du patient et de fait la parole de ce dernier pourra être entendue, lui restituant ainsi une place de sujet désirant.



A PROPOS DE 3 ANS DE SUIVI PSYCHIATRIQUE EN MAISON DE RETRAITE DU SECTEUR D'ORANGE

Nicole PEYTIE
Infirmière [1]
Secteur Orange
(84G02)

Jean-Louis GAUTHIER
Psychiatre Assistant [2]
Anciennement Secteur Orange
Actuellement Intersecteur Vaucluse Nord
(84I01)

La mise en place d'un suivi particulier des maisons de retraite du secteur II a rapidement donné toute satisfaction. Les personnes suivies, les personnels soignants des maisons de retraite, les services d'hospitalisations psychiatriques, l'équipe mobile d'intervention, se sont trouvés, chacun en ce qui les concerne, bénéficiaires des dispositions mises en place fin 1993 - début 1994.

L'un des acteurs, infirmier, de cette mise en place a pu continuer à y oeuvrer. Le médecin a changé.

Nous allons exposer selon quelles modalités les résidants sont suivis, et quels sont les avantages qui en découlent pour les diverses personnes concernées.

Nous n'insisterons pas sur les « premiers pas », vers l'organisation de ce fonctionnement, qui ont coûté un supplément de temps et d'attention. Nous pensons évident que l'adoption de ce système, par un autre secteur, demanderait aussi, mais avec moins de tâtonnement, un temps d'investissement : il s'agit de créer des **liens de confiance.**

A - LES MODALITES DU SUIVI DES MAISONS DE RETRAITE DU SECTEUR

Chaque lundi l'infirmière psychiatrique, dont le travail principal est le suivi des maisons de retraite, appelle chacune des maisons pour faire le point avec le personnel soignant. Elle sait très rapidement quelles sont les évolutions des malades et les difficultés nouvelles rencontrées dans les 6 maisons publiques régulièrement suivies. Jusqu'à présent les maisons de retraite privées ont elles mêmes appelé lorsqu'elles en avaient besoin.

L'infirmière se rendra ensuite dans chacune des maisons au cours de la semaine. Elle soumettra au médecin psychiatre les difficultés qui lui incombent.

Au total l'infirmière sera passée dans chaque maison de retraite au moins une fois par semaine, le médecin environ une ou deux fois par mois, au rythme d'une demi-journée presque toutes les semaines. Il n'intervient, selon les statistiques que nous avons pu établir, qu'une fois lorsque l'infirmière intervient six fois.

Les résidants sont tous connus de l'infirmière sans lui avoir été présentés systématiquement. Ils lui sont présentés à l'occasion, peut être d'une difficulté d'adaptation au début de leur installation, ou d'une menace de décompensation. Ceux qui ont eu des « problèmes » ont été vus plus souvent. L'attention qu'il a été nécessaire de

---

[1] Infirmière chargée du suivi dans les maison de retraite, secteur 2, Centre Hospitalier de Montfavet, 84143 Montfavet Cedex, Tél 04.90.03.91.05

[2] Exerce actuellement à l'Unité Mère Bébé et à l'unité d'adolescents, Intersecteur A, Centre Hospitalier de Montfavet, 84143 Montfavet Cedex, Tél 04.90.03.92.37

leur porter a constitué momentanément, le « noyau des malades » de notre équipe d'intervention. Dans chaque établissement une dizaine de « malades » retiennent un peu plus l'attention. Il faut prendre de leurs nouvelles. Il faut s'assurer qu'ils se portent bien, ou voir si une légère modification de traitement ne serait pas souhaitable.

Les résidants se sentent donc connus et reconnus. Il faut voir comment ils approchent l'infirmière « psy » et le médecin « psy », sans gène, sans crainte, sans méfiance contrairement à ce que l'on voit lors d'un premier passage dans un établissement où un problème vient d'apparaître. Ils viennent en toute simplicité, leur difficulté de l'instant pouvant aussi bien se dévoiler dans cette circonstance.

Pourtant il n'y a pas de débordement. Les règles ont été bien posées. Le personnel de l'établissement sélectionne les personnes qui doivent être vues par l'infirmière psy, laquelle évaluera si le psychiatre doit intervenir.

Le personnel soignant des maisons de retraite est souvent confronté à des situation délicates. Tous les troubles s'expriment, les démences, les pseudo-démences, les troubles caractériels, les états d'excitation maniaque, les états mélancoliques, les délires, les accidents vasculaires cérébraux, les crises d'hystérie, les tentatives de suicide, les déficits métaboliques, les diarrhées... etc. Quand le cas concret est là, comment va-t-on répondre avec justesse et avec justice.??

La situation, en elle-même, est souvent délicate déjà lorsqu'il n'y a qu'une personne dans un milieu familial. Dans la maison de retraite les interactions entre les patients multiplient les difficultés.

L'art de soigner, d'apaiser, d'encourager, d'accompagner y est à son paroxysme. Que celui qui n'y est pas, ni comme soignant, ni comme résidant, veuille bien s'imaginer qu'il va y être, ou impuissant ou totalement dépendant !!!!

Le personnel soignant est alors très reconnaissant, notamment devant une situation qu'il ne sait pas aborder, d'entendre des spécialistes leur dire ce qui parait convenir. Que d'exemples de « drames »apparents qui n'ont nécessité que quelques mots, voire que quelques gouttes (3 le soir, ou 3 matin et soir) pour que toute une « aile » de maison cesse de s'agiter.

De semaine en semaine, de question en question, le personnel fait une véritable ***formation sur le tas*** qu'aucun livre et qu'aucun discours ex-cathedra n'a jamais dispensé.

Sans insister, il y a lieu aussi de penser que la fin naturelle d'un séjour en maison de retraite est la mort. Qui le supporte en première ligne sinon les acteurs des soins au quotidien ??

L'équipe d'intervention psychiatrique consciente des tensions auxquelles sont soumises les personnes constamment au contact de ces situations toujours difficiles, ***même parmi les bien-portants***, s'est donné pour règle de répondre aux demandes. La demande de la personne âgée, lorsqu'on n'y répond pas devient forcément ***angoisse***. L'angoisse à laquelle il n'est pas donné d'apaisement est vivement ressentie par le personnel. Il en est contaminé. L'établissement devient facilement « un enfer ».

Contrairement à ce qui est avancé parfois, la réponse adaptée et rapide ne provoque pas des demandes multiples et vaines. La personne qui se sait écoutée quand il le faut n'a pas de demande excessive. Et si quelques uns ou quelques unes font exception, tout le personnel en a conscience et trouve finalement la bonne attitude. Nous ne manquons pas d'exemples de ce genre de demandeurs qui ont cessé d'être importuns.

Pour donner une précision, le psychiatre n'a été amené que 2 fois en 15 mois à se déplacer rapidement et spécialement pour juger d'une situation qui lui paraissait ne pas devoir être différée.

Dans ce fonctionnement, déjà évoqué pour dire comment se rythment les interventions (Cf modalité d'intervention), les intervenants sont bien connus des résidants. Ce sont des familiers. L'infirmière est aperçue de la plupart d'entre eux chaque semaine et réciproquement elle les aperçoit. Il n'y a pas de « terreur psychiatrique ». Nous dirons qu'il y a eu réconciliation entre la « psychiatrie » et « l'opinion publique » dans ces maisons de retraite.

Le psychiatre qui intervient se trouve la plupart du temps devant des situations dont les éléments sont repérés. Le personnel de la maison de retraite, l'infirmière psychiatrique, lui font part des « questions » qui se posent. Le « terrain » sur lequel il doit agir est un terrain entretenu. Il n'a pas à défricher (ou déchiffrer) en terrain à l'abandon comme on le rencontre lorsque cette pratique de contact permanent n'est pas instaurée.

B - LA CONSULTATION EN C.M.P.

La consultation en C.M.P., sauf pour des personnes spécialement valides, ou pour des personnalités très particulières, ne nous parait **pas adaptée.**

La personne âgée ne s'éloigne pas volontiers de son lieu habituel. Tout l'inquiète quand il faut s'en séparer, momentanément, lui dit-on. « *Quand on part, savoir si on reviendra* », dira-t-elle.

Le déplacement, la salle d'attente, le bureau du médecin constituent autant de pertes des repères habituels.

Pour le médecin consultant toutes les informations données par le cadre de vie sont alors gommées. La personne âgée, perturbée par le contexte, ne s'exprime pas correctement. L'accompagnateur fait part des observations faites dans la maison de retraite mais il n'y a pas la présence des autres soignants, ni la présence de ses objets familiers qui en « disent long ».(volets fermés, désordre, odeur, photo de famille,etc).

Récemment j'ai pu avoir l'occasion de constater qu'une « nouvelle »n'a pu rester en maison de retraite faute d'un nombre suffisant d'interventions pour son adaptation.

Enfin, la consultation en C.M.P. suppose un système de rendez-vous pris à distance ou à intervalle régulier. L'événement fortuit, signe ou non d'un début de décompensation, n'est pas enregistré ni traité. La personne fera le point de son état au moment où cela convient au médecin. En effet, pourquoi la personne âgée ne dirait-elle pas ce qu'il faut juste au moment où le médecin en a besoin? « *Ils ont tout leur temps. Ils poseront leurs questions plus tard* », n'est-ce pas??

Que de fois nous avons constaté un effet quasi-magique, dû, semble-t-il, uniquement au fait que nous soyons venus au chevet de la personne souffrante. Il s'agit là d'un effet que j'ose qualifier d'explosif. La personne livre des éléments dont elle n'ose pas parler ailleurs.

N'oublions pas que la personne en question n'est pas un consultant ordinaire. Il ne vient pas de lui-même prendre un avis pour tenter de réguler une difficulté personnelle. Il n'est pas vraiment demandeur. Il pose problème à son entourage et il est amené en consultation. De lui-même irait-il faire tout un périple pour être soigné d'un état qu'il méconnait pour la plupart du temps?



C - LES SERVICES D'HOSPITALISATION

Ils ont rapidement ressenti les effets d'un tel mode de prise en charge. Les hospitalisations ont été **nettement moins nombreuses et plus adaptées**.

En effet, lorsque l'attention donnée aux personnes âgées est insuffisante, il est très fréquent de constater que le service qui les reçoit a de la peine à retrouver ce qui est dit du patient : il est adressé pour agitation or il est calme, pour incohérence or il est logique... Le service d'accueil se demande donc si il n'y a pas eu erreur ou abus, ou si les soins en maisons de retraite ont été corrects. Il est vrai que l'équipe d'intervention entend souvent énoncer des propositions d'hospitalisation (pour adapter le traitement, pour évaluer la pathologie,etc) dans des cas où il y a plus de nocivité à hospitaliser qu'à traiter sur place. Dans ces cas le malade est soigné sans être hospitalisé, depuis que nous avons gagné la confiance des maisons de retraite.

D - BILAN MORAL ET STATISTIQUE

Le fonctionnement actuel donne toute satisfaction aux acteurs actuels des soins en maisons de retraite du Secteur II.

Les résidants sont « tranquillisés » par ce fonctionnement.

Leurs médecins généralistes, sauf évènements inopinés déroutants, entretiennent de bons rapports avec ces « visiteurs » qui arrivent fréquemment à « garder le malade » en maison de retraite alors que les perturbations qu'ils créent, auraient obligé, il y a quelques années en arrière, à une hospitalisation bien souvent peu bénéfique et souvent répétitive.

Les soignants des maisons de retraite, infirmières, aide-soignantes, et leurs autorités hiérarchiques (Directeurs d'établissements, éventuellement surveillantes etc) nous expriment combien il leur est agréable de n'avoir pas à nous supplier pour traiter un cas qui perturbe tout son voisinage.

Les soignants ambulatoires que nous sommes, ont leur gratification dans les constatations ci-dessus et dans la suivante.

Les hospitalisations sont beaucoup plus rares et sont plus signifiantes, ce qui est apprécié des soignants de « l'intra » et qui mérite aussi la reconnaissance générale à l'heure où nous nous efforçons de réduire les **déficits de la sécurité sociale.**

Au plan statistique, pour 291 places occupées par des personnes de santé précaire, réparties dans 6 maisons de retraite qui ont 105 lits médicalisés, nous avons donné des soins précis à 203 personnes en un an (file active 228 mais 25 personnes ont été vues dans les établissements privés où nous sommes appelés depuis peu ; nous ne parlons pas des interventions collectives, groupes de parole, ou individuelles non intensives qui créent dans un établissement une bonne ambiance) avec 1 115 actes infirmiers et 182 actes médicaux (dont 2 seulement en urgence).

Ces chiffres nous ont surpris : comment se fait-il que l'apparente proportion des personnes visitées par rapport au nombre de places soit si élevée?

En fait les 291 places ont été occupées par 341 personnes, 50 personnes ayant quitté les maisons de retraite publiques en cours d'années (34 décès, 16 départs).

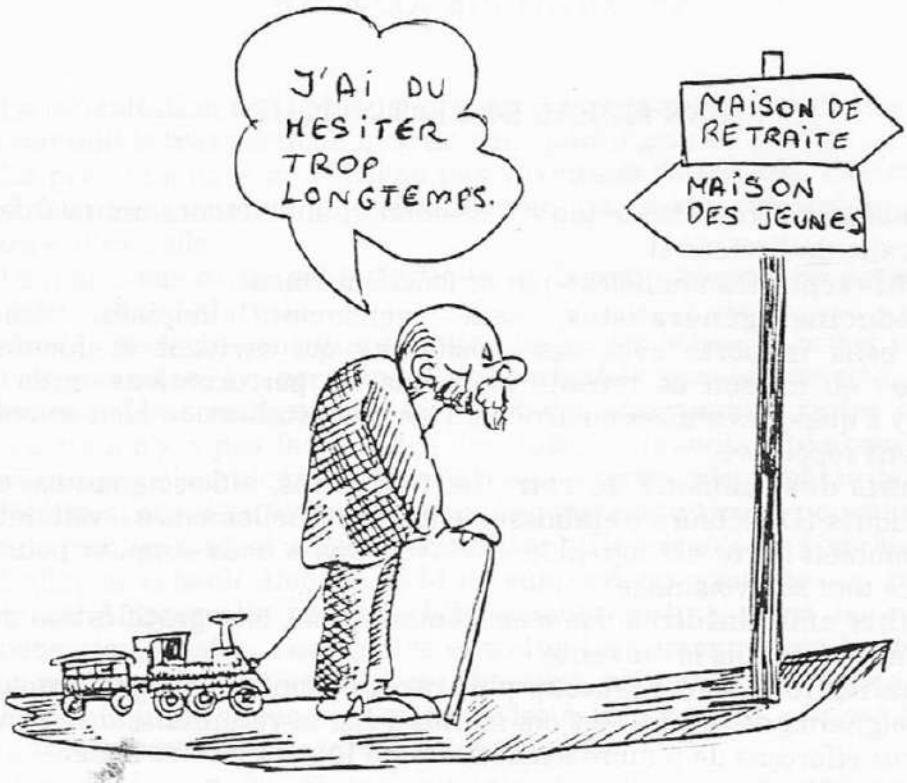
Nous pouvons donc insister sur deux aspects de notre prise en charge :

1°) tous les résidants sont effectivement bien connus de l'infirmière psychiatrique de secteur,

2°) le médecin n'intervient qu'en cas de nécessité, l'infirmière ayant effectivement à juger s'il y a lieu qu'il intervienne.

Depuis quelques mois notre disponibilité nous permet de répondre à toute demande venant de toute maison de retraite du Secteur.

Il va sans dire que nous pressentons que ce travail « à domicile », risque, puisque la population de personnes âgées suivies va augmenter de l'apport des maisons privées (270 personnes, 60 lits médicalisés), de demander un peu plus de temps infirmier et un peu plus de temps médical.



ANGOISSES ET ESCALADE

Ecatérina SARACACEANU
Interne DIS en Psychiatrie (1)
Intersecteur Vaucluse Nord
(84I01)

Eric RINAUDO
Intervenant EPS (2)
Secteur Marseille 10ème
(13G04)

L'escalade fait partie de ces pratiques nouvelles, acceptées dans le champ des activités physiques et sportives en pleine nature et fondées sur l'investissement du milieu naturel (retour à la nature).

C'est le mythe de l'homme-araignée, tant utilisé par les médias, qui a inscrit l'escalade sur l'échelle du spectaculaire et de la magie du vainqueur.

C'est le mythe de la performance, tant aimé par notre société occidentale qui a provoqué le détachement de l'alpinisme vers l'escalade. Ce n'est plus l'épreuve qui compte, c'est le plaisir qu'elle engendre dans toute sa complexité : jouer avec son corps, créer avec son esprit, libérer ses sens, harmoniser l'homme avec la nature, le comportement, l'émotion et la cognition dans un moment d'angoisse si propice à l'externalisation des conflits intérieurs, inconscients.

Cette considération de l'escalade en tant que situation conflictuelle, génératrice de fantasmes très archaïques, a permis de réévaluer la place qu'elle pouvait occuper parmi les pratiques corporelles originelles utilisées à des fins thérapeutiques, éducatives et de resocialisation.

D'ailleurs, c'est le sens même d'humanisation de l'hôpital psychiatrique qui fait que les activités artistiques ou les loisirs sont devenus appropriés et codifiés en tant qu'outil de travail médical et socioergothérapeutique : la musique, la peinture, la sculpture, le massage, l'escalade ont eu la même évolution dans le temps.

L'originalité de l'escalade se base sur l'existence même de **contraires** divers comme peur réelle-peur irrationnelle, pulsion de mort - pulsion de vie, risque réel-risque apparent, conquête-chute, dépendance-indépendance.

La notion d'escalader est très significative (pour celui qui grimpe) amenant à penser à l'escalade de l'angoisse (le psychique agit sur le corps) ou l'escalade du geste (le corps agit sur le psychique).D'*aller plus haut* semble plonger le grimpeur dans un rapport de forces opposées qui s'affrontent dans un état de crise intérieure, créant le défi. C'est l'aboutissement du désir étroitement lié à l'angoisse malgré la confrontation à la réalité : se mettre en danger, car l'escalade fait partie des sports dits « à risques » conditionnés par la chute. Plus l'engagement physique sera pris, plus l'exposition au risque sera évidente (risque corporel) conditionnant le retentissement émotionnel sur la qualité de la progression vers le haut. Ceci donne de la valeur attractive à ce sport car **gérer son angoisse devient un autre « sport » au niveau fantasmatique** cette fois-ci : c'est le moment de distinguer sur le terrain le lien entre la cognition (ce qu'on pense), l'émotion (ce qu'on ressent), et le comportement (ce qu'on fait). Car l'indestructible unité corps-esprit impliquera l'équilibre de ces trois facteurs.

---

(1) Service du Docteur Reynaud, Centre Hospitalier de Montfavet, 84143 , Cedex, Tél 04/90.03.92.29
(2) Service du Docteur Tosquellas, Secteur 4, Annexe la Capelette, 116 Avenue Mireille Lauze 13010 Marseille
Tél 04.91.38.63.50

Ces paramètres tridimensionnels sont évalués avec des tests ou des questionnaires, comme la concentration, la mémoire, la préparation du matériel, l'apprentissage des techniques, la capacité d'initiative et d'anticipation, l'orientation spatiale, l'équilibre, l'endurance, l'adaptation de la conduite motrice,etc. Des études multifactorielles de l'anxiété ont été proposées pour quantifier la performance, en mesurant des variables comme : « self confidence », l'anxiété somatique définie en terme de symptôme physique et l'anxiété cognitive mesurée par des tests. Par exemple, l'expérience diminue l'anxiété et augmente le contrôle de soi.

Des tests d'évaluation de l'anxiété dans le sport sont connus tels que le « sport competition anxiety test » de Martens, le « state anxiety questionnary », le test de « Stroop ».

Parmi les manifestations psychiques rencontrées dans la pratique sportive, l'angoisse est la plus répandue et la plus utilisée dans ses rapports avec la performance sportive, bien qu'elle soit non spécifique au sport, pouvant le devenir, de par son intensité pathologique au sens psychiatrique du terme. Il faut distinguer la peur (angoisse objective ou réelle) qui est une émotion primaire suscitée par un danger réel, de l'angoisse qui n'est jamais rationnelle. L'épreuve sportive est vécue comme une situation potentiellement dangereuse, traumatisante qui génère ainsi de l'angoisse.

En escalade, la peur est considérée comme une réaction rationnelle et compréhensible : hostilité de la matière. La peur par la réaction biologique qu'elle entraîne peut induire un comportement d'évitement ou un blocage, qu'on peut observer en pratique et ainsi évaluer l'évolution dynamique de l'angoisse. De plus, cette situation par l'aspect fantasmatique qu'elle engendre, produira chez le sujet des émotions, des forces refoulées inconscientes, c'est-à-dire une production d'angoisse : expression de désir et langage des pulsions primaires. Cela dit, le grimpeur est pris au piège entre les deux forces : une énergie destructrice qui le pousserait en avant uniquement pour arriver en haut de manière inconsidérée et irrationnelle, et une poussée d'ordre sexuel qui l'amènerait à concrétiser dans sa démarche une notion de plaisir et de recherche de l'autre. C'est le moment clé, **équivalent d'une cure d'analyse, quand l'analysant et l'analysé sont pris dans la même danse en pleine nature**.

Le grimpeur doit élaborer un processus de défense pour empêcher la pulsion de mort d'intégrer le conscient. Donc, sa seule préoccupation doit se situer au niveau de l'efficacité du geste. La réalisation de la voie est liée au niveau de pratique, l'expérience du grimpeur averti constituant une donnée importante pour diminuer l'angoisse.

La dualité du travail (physique/psychique) demandée en escalade, provoque **le défi** qui lancera le grimpeur dans un combat avec le rocher, de maîtrise de soi, de gestion de son appréhension, de confiance en soi et en l'autre, qualités nécessaires pour l'ascension. L'aspect dynamique, moteur de l'angoisse, amène l'individu à tendre vers le but qu'il s'est fixé : arriver en haut. La réaction au danger est comblée par les forces issues de la libido. C'est là que l'étayage technique intervient et permet une diminution de l'angoisse réelle, suite à quoi se produit la libération mentale de la tâche à accomplir en la maintenant dans un registre conscient.

La recherche du **plaisir** est liée à la **rencontre entre le corps du grimpeur et le corps de la paroi**. Un corps que l'on peut sentir comme tout entier érogène et source de plaisir. Le contact physique avec la matière oppose en fait les deux acteurs si différents, l'homme et le rocher. En fonction de la structure du rocher, l'individu est obligé de s'adapter, devenant souple et léger, dans une musique fluide architecturale. C'est le jeu qu'on développe avec soi-même. On se retrouve seul devant un rocher, seul devant sa propre angoisse. Alors, c'est le mouvement corporel qui reste la seule instance régénérante et dynamisante vers la performance. Ce jeu devant le vide, créateur

d'angoisses multiples, pourrait déboucher sur une catastrophe - la chute, équivalent suicidaire ou compromis pervers avec l'interdit?!

L'ESCALADE DANS LE CADRE D'UNE PRATIQUE DE SECTEUR

1 - Le cadre de l'activité

Dans le service du docteur J. Tosquellas à Marseille (secteur 4), l'activité escalade prend une place importante parmi les projets de soins individualisés proposés par une équipe pluridisciplinaire, sur prescription médicale. L'escalade se déroule le jeudi, en alternance avec le vélo tout terrain. Elle est pratiquée dans des sites d'escalade aménagés ou équipés dans les collines marseillaises (Sainte Baume, massif du Garlaban), et en falaises.

L'organisation d'une telle activité nécessite un investissement de la part de l'encadrement, mais aussi de la part des patients. Le déroulement de la journée est de 9h à 17h. Un pique-nique commun est préparé le matin avant le départ. Ensuite, vient le partage des denrées, la distribution du matériel d'escalade (sac, corde, mousquetons, baudriers...).Le choix du lieu est repéré en fonction des capacités des individus en rapport avec des objectifs de travail précis, soit en travail de renforcement des compétence et des acquisitions, soit en passage et évolution vers un stade de travail supérieur.

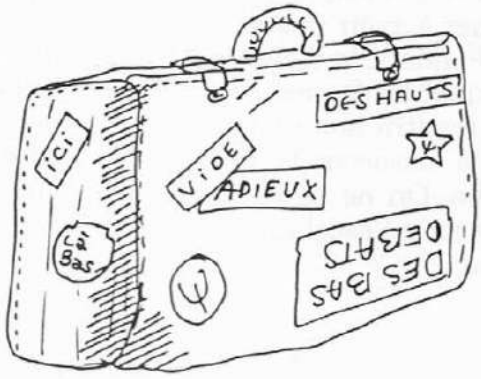
2 - Cas clinique

C.R., 30 ans, sexe féminin, a été suivie pendant une période de 6 mois, de février 1994 à août 1994, dans un cycle d'activité escalade comprenant environ 2 séances par mois.

Le début de la maladie remonte en 1992 par une tentative de suicide médicamenteuse, avec perte de connaissance, qui a nécessité son hospitalisation à la Capelette pour soins psychiatriques d'une durée très courte (2 semaines). En 1993, C.R. a été hospitalisée en H.D.T. pour trouble du comportement de type auto et hétéro agressif avec épisodes délirants. L'hospitalisation actuelle, toujours en H.D.T., est dans un registre différent : comportement catatonique avec négativisme verbal et alimentaire. Le diagnostic porté est celui de schizophrénie, forme indifférenciée.

A l'âge de 14 ans, C.R. a assisté à un accident de voiture qui a provoqué la mort de deux de ses amies. La mère d'une des amies de C.R. lui a alors reproché d'avoir fait venir sa fille en vacances à cet endroit. De plus, la mère n'a pas voulu que C.R. assiste aux obsèques de sa fille. C.R. depuis, fait souvent des crises d'angoisse, se culpabilise et son délire a souvent le thème de rencontre avec ses amies mortes. La tentative de suicide semblerait avoir été provoquée par ces idées délirantes.

L'état de crise a été résolu un mois après, sous traitement neuroleptique : c'est à ce moment là qu'elle a choisi de participer à l'escalade.



C.R. a besoin de s'investir corporellement, courir, exister ; ce besoin de s'exprimer à travers son corps dans l'espoir de modifier l'image de ce corps, fait partie de sa symptomatologie. L'escalade représente pour elle l'accomplissement d'un désir inconscient de rejoindre la mort (rencontrer ses copines). La barrière invisible qu'elle ne semble pas avoir, la met en face du danger, comme s'il n'existait pas. Elle réagit d'une manière compulsive devant le rocher, avec l'avidité de quelqu'un en convalescence de sa propre mort.

On peut noter dans l'évolution de la patiente trois phases distinctes :

* une période de dynamisme exagéré, sans avoir la notion du danger et de la peur, avec un enthousiasme continu et tonique pour les autres membres de l'équipe escalade ;

* une deuxième phase où son psychisme était éclaté par des hallucinations et un délire aigu (thématique de la toute puissance). Nous lui avons interdit la participation à l'activité, car elle avait perdu la possibilité de s'adapter ; ses comportements impulsifs pouvant mettre en danger sa vie et celle des autres ;

* la troisième phase vient en même temps que l'amendement des éléments psychotiques quand il y a une prise de conscience du danger réel. C'est à partir de ce moment-là qu'elle ressent une peur intense, avec des blocages et des crises de panique pendant la descente. Elle s'engage de moins en moins sur le rocher comme si elle anticipait le danger. Ceci est un indice de l'amélioration de son état.

Dimension cognitive :

Pendant la première phase C.R. a assimilé très vite les techniques et le langage de l'escalade. Cette phase a été suivie par une régression de ses capacités d'apprentissage, due à un vécu de plus en plus délirant. La troisième phase a démontré des capacités intellectuelles (concentration, mémoire) correctes et un bon savoir-faire.

Dimension motrice :

C.R. a un passé sportif. Elle avait une bonne connaissance de son corps. Ayant de bonnes aptitudes physiques et présentant une bonne structuration des mouvements, elle a su se positionner très vite par rapport à la paroi. Elle montra une bonne endurance et une juste coordination des mouvements. Son équilibre était stable (première et troisième phases).

Dans la deuxième phase, elle a présenté une excitation provoquant une difficulté à coordonner ses mouvements, une déconcentration ne lui permettant plus de trouver une prise fiable, une absence d'anticipation se traduisant par des gestes inefficaces.

Dimension affective :

L'anxiété a été canalisée et transformée en travail manuel. L'escalade a permis de repérer chez C.R. la notion du danger réel et de transformer l'angoisse en peur devant le rocher. L'impulsion qu'elle a montrée en gravissant la paroi se répercutait sur les autres patients du groupe en provoquant une angoisse collective.

Pendant la deuxième phase nommée ci-dessus, la communication verbale se dégrada, en générant des perturbations relationnelles multiples, dues essentiellement à la fluctuation de son humeur. Ici, s'avèra nécessaire l'intervention des soignants pour définir le cadre et poser la contre-indication de ce sport à une patiente qui rechutait. Dans ces conditions a été envisagé un travail d'entretien en salle, pour qu'elle puisse continuer à avoir une activité sportive et ne pas perdre ses acquis.

Pendant la troisième phase, C.R., étant équilibrée du point de vue psychique, eut la satisfaction de pouvoir se retrouver dans les activités sportives, surtout en escalade, où elle montra une remémorisation complète de ce qu'elle avait appris auparavant. Elle arriva à associer la technique et la fonction, en dépassant l'étape de travail par imitation. On ne peut pas encore parler d'une expérience suffisante de cette patiente dans l'activité escalade, pour lui permettre de l'exploiter de façon autonome (moment de création).

Dans le cas C.R., l'angoisse (psychotique) n'est pas invincible, même si elle ressurgit par moment. Elle pourra être le moteur qui généra une énergie positive et qui amènera le sujet à l'accomplissement de l'ascension dans la verticalité. L'angoisse sera également une fonction de protection de l'individu sur le rocher, devant le vide, qui engendre la pulsion de vie créatrice de l'homme. Actuellement C.R. pratique l'escalade dans un club à l'extérieur de l'hôpital.



ESCALADE EN PSYCHIATRIE.
TOUT LA HAUT POUSSE UNE FLEUR FRAGILE:
LA METAPHORE.

BILAN DE 5 ANS D'INFIRMIERE GENERALE DIRECTEUR DU SERVICE DE SOINS INFIRMIERS AU CENTRE HOSPITALIER DE MONTFAVET

Joëlle LEVEZIEL
Infirmière Générale [1]
Centre Hospitalier d'Orange

5 ans....., 5 ans déjà....., 5 ans pour lesquels j'avais fixé des objectifs qui me semblaient simples à atteindre compte tenu du bilan que j'avais effectué et des rencontres que j'avais eu avec certains cadres, médecins, membres de l'équipe de Direction.

Quels étaient-ils ?

- Repositionner chaque agent dans une équipe pluridisciplinaire où les compétences seraient mises en commun pour encore mieux, soigner les malades
- Travailler dans la transparence la plus totale pour améliorer les connaissances de chacun dans tous les domaines (connaissance du Centre Hospitalier de Montfavet, des règles mises en place....)
- Promouvoir le Service de Soins Infirmiers à l'intérieur comme à l'extérieur du Centre Hospitalier de Montfavet

Quels moyens avais-je choisis d'utiliser ?

Pour atteindre le premier objectif, il fallait redonner à chaque acteur sa véritable place.

Le surveillant-chef :

Grand chef d'orchestre du Service de Soins Infirmiers au sein de chaque secteur, je le concevais comme le dépositaire d'une information montante et descendante qu'il transmettrait avec la plus grande honnêteté et la plus grande objectivité. Il restait le seul maître d'oeuvre de son service : répartition, affectation, évaluation des agents, organisation du travail... le tout en fonction des projets médicaux.

Je ne me suis toujours positionnée que comme "soutien" en cas de difficulté, les consignes données étant toujours celles d'un management sectoriel participatif.
... que ne m'a-t-on fait dire, quel rôle ne m'a-t-on fait " endosser"....?

Les surveillants :

Responsables pleinement de leur U.F. , j'ai essayé de leur donner des outils leur permettant d'être au plus près des équipes, des malades, du corps médical pour améliorer la qualité des prestations et des soins offerts, c'est pour cela, qu'il a été proposé :

- de modifier les modes de nominations : un véritable projet professionnel pouvant difficilement être conçu pour un cadre à la veille d'une retraite, quelle frustration pour un cadre de ne pas cueillir les fruits d'un véritable investissement professionnel ?
- d'offrir une formation de qualité comme à tous les autres cadres hospitaliers de France
- de les rendre responsables 24h/24h de leur unité.

---

[1] Directeur du service de soins infirmiers, Centre Hospitalier Louis Giorgi, Route de Camaret 84100 Orange, Tél 04.90.11.22.22.

Les infirmiers :

Il n'a pas toujours semblé nécessaire de prendre en compte leurs formations, leurs expériences, leurs motivations pour permettre une véritable adéquation entre eux et le poste proposé.

Tous les postes vacants ont été annoncés... le but a-t-il été atteint ? Combien de fois, tardivement, j'ai eu connaissance de pressions, de contre informations... j'espère, pourtant, restant optimiste, qu'un certain nombre d'entre eux ont trouvé le poste de leur choix.

Pour mieux répondre à ce but, la formation permanente a été réorganisée, reconsidérée, réajustée au projet des services pour mieux servir le malade et pour donner aux soignants des outils (dossiers de soins, C.A.T., protocoles de soins...). Monsieur Jacky MOURGES en a été le premier pionnier. Je profite d'écrire ici, pour le remercier.

Les Aides soignants :

Le combat était perdu d'avance.... la conception du soin, l'historique du Centre Hospitalier de Montfavet ne m'ont pas permis de les repositionner à leur juste place. Et pourtant !! quelle compétence, quelle envie de faire évoluer la qualité du soin.... Entre l'A.S.H. et le surveillant, ils ont toujours prouvé qu'ils étaient des professionnels compétents qui avaient, ont et auront toujours leur place auprès du malade.... même en psychiatrie.

Les A.S.H. :

L'Objectif premier était d'améliorer l'hygiène au sein du Centre Hospitalier de Montfavet, et pour commencer celle des sols. Formation, réorganisation, amélioration des matériels et produits ont été mis en place dans une collaboration franche et efficace avec Madame ABATE et les services économiques.

Si le bilan peut être considéré comme "globalement" positif, il est encore un domaine où je fus peu efficace. Bien qu'indispensable au sein des services, l'A.S.H. n'y est pas toujours reconnue. Elle n'y est toujours pas, à mon grand regret, considérée comme partenaire à part entière du soin... parfois elle y est même déconsidérée.

La qualité du travail donné, du soin au malade sont la résultante, de complémentarité, de reconnaissance mutuelle, de compétences diversifiées.

L'infirmier, cadre unique, répond-il à ce critère ? N'est-il pas totalement obsolète de le voir comme un tout à la fois A.S.H., A.S., Infirmier, surveillant. N'est-ce-pas nier son cursus, ses motivations, sa formation ? N'est-ce-pas finalement dévaloriser son rôle.... Peut-on à l'aube du 21ème siècle être compétent en tout ? ... Quelle utopie !!

Repositionner chacun, c'était possible dans une organisation claire, transparente.

Dans mon bilan initial, j'avais été étonnée par la notion de cadre unique mais aussi par les inégalités notoires entre services :

- inégalités de répartition des effectifs, de "distribution" des congés, des conditions de travail
- organisation de certains horaires au service de l'agent et non du malade.

Les six premiers mois, des propositions avaient été élaborées avec le groupe de surveillants-chefs, pour donner aux agents :

- la connaissance de leur statut, de leurs droits et de leurs devoirs
- le moyen de mieux négocier leurs congés auprès de leur cadre
- la possibilité d'être maître de leur situation administrative

Des réunions ont été organisées pour mieux intégrer les agents en congé de longue maladie ou en congé de longue durée... je suis partie, la situation est restée identique. Quel dommage !!

Quel intérêt a-t-on à maintenir le personnel dans un état de dépendance, dans une situation uniquement hiérarchique.... Qui y trouve son compte ? Les tenants d'un pouvoir confortable mais combien désuet ?

N'y-a-t-il pas meilleur professionnel que :

- celui qui sait où et pourquoi il travaille, quel est son domaine de compétence, qui connaît ses droits et ses devoirs, le tout pour mieux servir le malade dans un esprit permanent de concertation, de participation, de complémentarité ;
- que celui qui allie qualité de vie personnelle et professionnelle.

C'était le message que j'ai essayé de faire passer dans toutes les réunions, dans toutes les instances... Il n'est jamais vraiment parvenu dans les unités de soins.

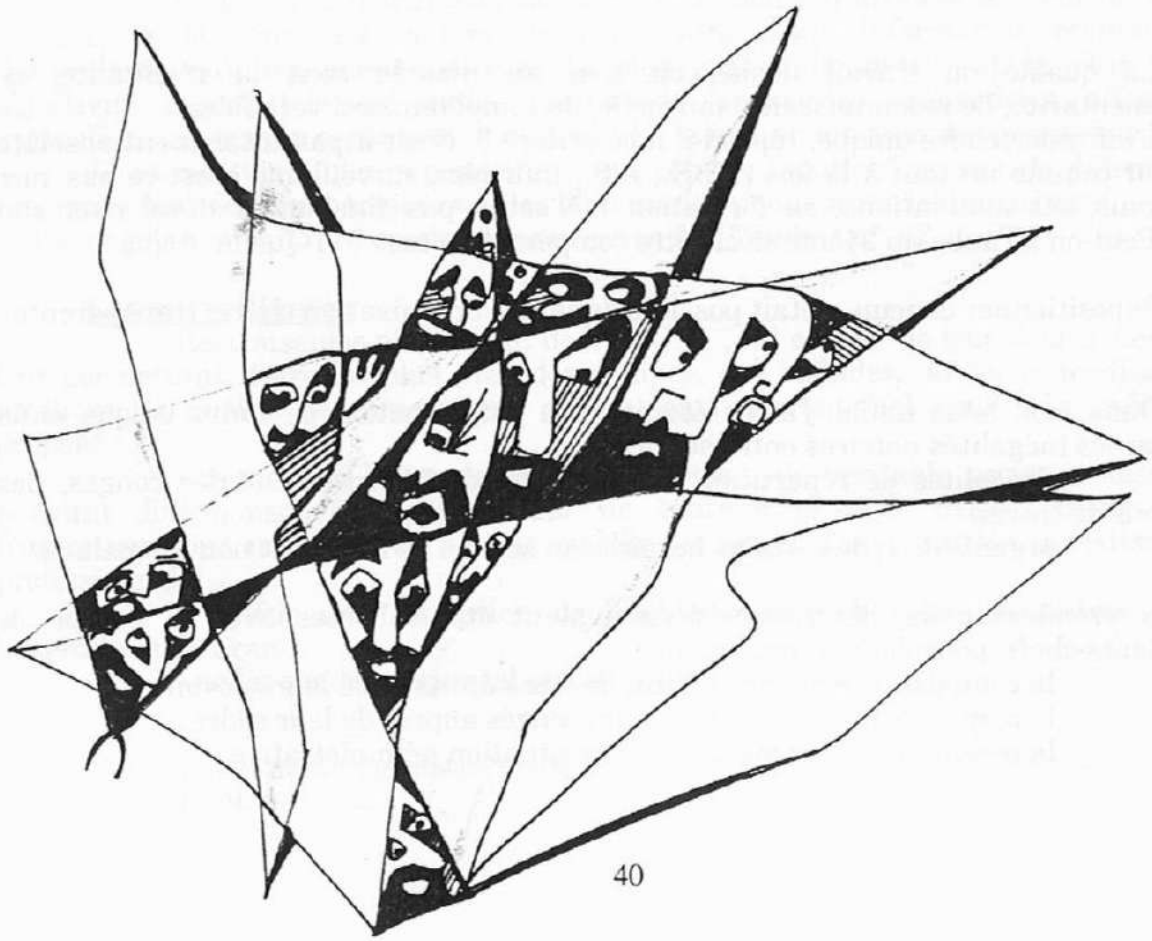
5 ans n'ont pas suffi... Il ne m'a donc pas semblé utile de poursuivre.

A mon avis, l'Infirmière Générale doit être un guide qui aide les professionnels du Service de Soins Infirmiers, dans leur domaine de compétence, propose des solutions et améliore les conditions de vie au travail pour un meilleur soin au malade.

Elle n'a, statutairement, aucun pouvoir, seulement des responsabilités. Elle ne devrait avoir que des compétences au service de tous.

Ce n'est pas cette image qu'on a transmise au sein des équipes. C'est encore bien dommage!!

J'espère que ce dernier bilan aura le mérite de faire réfléchir chacun, d'autant que, si le Centre Hospitalier de Montfavet veut survivre et être performant au seuil du 21ème siècle, il ne pourra le faire qu'en faisant évoluer ses structures, son mode de management et pour certains sa conception du soin et du service de soins infirmiers.



PSY- CAUSE II

THEORIES DE LA PRATIQUE

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

.Est-il possible de positiver un séjour en prison? C'est à cette question que tentent de répondre, à propos de l'intervention du psychiatre dans cette institution, Didier BOURGEOIS, Praticien Hospitalier au Centre Hospitalier de Montfavet, et Joseph HAYEK, ancien praticien aux Unités pour Malades Difficiles, récemment installé en pratique libérale, à Marseille, dans leur article intitulé : **Psychiatrie en milieu carcéral ; de la punition à la probation.**

. Emmanuel LEVINAS est une référence théorique montante, comme en témoignent les deux précédents numéros de Psy-Cause. Moïse BENADIBA, Médecin Chef d'Intersecteur à Marseille, et psychanalyste, présente **la dette selon Emmanuel LEVINAS et ses rapports avec la conception psychanalytique de cette notion**.

. Michel DAMIGNANI est un Infirmier de Montfavet, exerçant lui aussi en pédopsychiatrie, qui nous livre une réflexion originale sur **le sujet, l'art, la culture : être, ou le néant.**

. Internet est l'outil de communication révolutionnaire de notre fin de siècle. Imaginé par les Américains redoutant une frappe atomique, il demeure rebelle à toute tentative de le gouverner. Jean-Pierre BAUCHERON, responsable du Département d'Information Médicale de l'Hôpital Valvert à Marseille, analyse toute la portée d'**Internet : outil d'information ou espace de liberté ingouvernable.** Internet ne serait-il pas un masque qui cache la présence des dieux? Cela n'est pas sans nous rappeler une célèbre nouvelle de science fiction situant son histoire dans un lointain futur où tous les ordinateurs de la galaxie sont connectés entre eux pour répondre à une question : « Dieu existe-t-il ?». Et l'écran inscrit cette réponse devant le regard avide de divers représentants de l'humanité : « oui, maintenant... ». Réalité ou délire?



PSYCHIATRIE EN MILIEU CARCERAL : DE LA PUNITION A LA PROBATION

Didier BOURGEOIS
Praticien Hospitalier[1]
Secteur Avignon centre , Isle/Sorgue
(84G05)

Joseph HAYEK
Psychiatre Libéral
Marseille [2]

Cet article est une commuication effectuée lors des VII èmes rencontres UMD-SMPR, à Montfavet les 1 et 2 juin 1996.

Résumé : Réfléchissant sur la notion de probation, qu'ils opposent à la punition, les auteurs évaluent ce temps essentiel de la prise en charge d'un infracteur par la société : l'attente du jugement. La dimension sadique du rituel judiciaire s'oppose à la nécessité de faire de cette période un temps vectorisé, et non pas figé, glacé, à l'image du vécu habituel des individus à structuration psychique « borderline », narcissique, qui sont le plus souvent en prise avec la justice. La justice reste une création collective à ambition structurante.

Mots-clefs : Justice, psychiatrie carcérale, punition, probation.

« *L'acteur n'a été qu'ajouté à l'acte. L'acte est tout* ». NIETZSCHE (7) p 58.
Cette proposition philosophique s'oppose aux conceptions psychodynamiques qu'interrogent les conduites antisociales d'un individu. La mise en dialectique de notions diverses : auteur et acteur, victimisation et culpabilisation, aveux, punition et sentiment de justice, fonde tout travail psychologique avec des détenus.

Ce qui intéresse le psychiatre intervenant en milieu carcéral, parce que cela constitue un levier mental puissant, c'est **le vécu de sa situation par le sujet qui lui est présenté**. Il pourrait être posé, par analogie à la proposition de NIETZSCHE, que le vécu n'est qu'ajouté à la situation, que seule la situation compte ; c'est pourtant à partir d'un travail sur le vécu, qu'un sens pourra être donné à la situation carcérale. Les individus que nous y rencontrons sont rarement des malades mentaux, et lorsque nous avons à rechercher une catégorisation diagnostique, c'est plus souvent dans la dimension réactionnelle que nous la trouvons. La quête d'un sens ne peut être, en dernier ressort, que d'ordre psychologique. Les psychiatres intervenant en milieu carcéral ne sont pas là pour travailler sur les motifs de l'incarcération, mais , a contrario, rien n'est possible si l'on ne clarifie pas, au préalable, cette question.

La psychiatrie en milieu carcéral doit s'articuler avec la dimension socio-éducative de la prise en charge de ces sujets. Elle est peut-être **une des psychiatries sociales les plus pures**, ce qui est **paradoxal** compte tenu du fait qu'elle admet un lieu géométrique marginal et marginalisant. L'incarcération, parenthèse sociale, condense toutes les contradictions et les injustices d'une société qu'elle est censée représenter et protéger à la fois.

---

(1) Secteur 5, Centre Hospitalier, 84143 Montfavet Cedex, Tél 04.90.03.91.63
(2) 5O1 rue Paradis MARSEILLE, Tél 04.91.23.67.60

Société pour, société écran, fantasme cruel de société, cette parenthèse carcérale ne peut pas ne pas avoir à prendre en compte la dimension inconsciente individuelle et collective de chacun de ses acteurs et de ses auteurs. Psychiatres et justiciables, dans une dialectique transférentielle identificatrice, projective ou contre transférentielle à maîtriser, en sont des partenaires privilégiés, du point de vue psychologique et du point de vue philosophique.

Car c'est toute une philosophie que mettre en acte le choix de travailler en milieu carcéral. Le but du jeu (au sens mécanique) étant une articulation neuve à construire entre ces individus dyssociaux et la société qui s'impose à eux, l'intervenant psychiatrique étant un catalyseur.

Ce qui est vécu comme l'essentiel de la peine, par les sujets incarcérés, c'est **la précarité incertaine du statut de prévenu**, l'attente qui suspend, objectalise, désanime.

La peine prononcée, on peut se trouver, même si un travail de compréhension n'a pu être fait, dans le champ de la probation. Le temps recommence à s'écouler, l'anticipation retrouve substance, l'individu redevient sujet car la position d'incarcération s'est vectorisée. Se concrétise là toute la distance entre punition et probation. Si le psychiatre n'a rien à voir dans la punition, le contexte psychothérapique peut contribuer à placer le sujet en processus probatoire, c'est-à-dire l'autoriser à faire ses preuves, (être mis à l'épreuve). Dialectique entre le probationné, le « juge arbitre » (juge d'instruction) et la nature de l'épreuve, (en dehors même de toute mise en situation probatoire par la société), **avant le jugement qui la sanctionnera au lieu de l'inaugurer**, et hors tout regard sur l'application de sa peine, cette épreuve avec arbitre apparaît comme prototypique de la constitution d'un libre-arbitre (personnel).

Bien qu'appartenant à des conceptualisations de niveaux logiques différents (la philosophie et la métapsychologie), il semblerait que les notions d'idéal-du-moi et de « libre arbitre » pourraient converger dans la pratique probatoire.

Une étude historique de la constitution sociale de l'idée de probation montre qu'initialement réservée aux individus ayant subi leur peine, enfants délinquants au début, adultes par la suite, celle-ci se construisit sur le socle de la conditionnelle (si!) qui est une ébauche de symbolisation et du contrôle judiciaire qui impose des bornes virtuelles. Passant du postpénal à une alternative à l'incarcération si garanties de représentation, qui ouvre la voie aux « travaux d'intéret général », d'un côté, à la conditionnelle comme moyen de diminuer la surpopulation pénale, de l'autre, l'accompagnement socio-éducatif pourrait utilement se concrétiser dans le péripénal, le préventif. C'est le rôle des trop rares éducateurs et assistants sociaux en milieu carcéral.

Il n'est pas étonnant que le contrôle judiciaire socio-éducatif s'ancre plus dans le champ de l'éducation (construire par apport extérieur) que dans celui de la psychothérapie (manipulation des matériaux endogènes), s'étant bâti sous influence judiciaire. Le judiciaire à un certain moment de son existence (1945), s'intéressa à la réadaptation des délinquants. C'était l'époque, et ce n'est pas un hasard, de la dissolution du concept de relégation.

Notre hypothèse, psychodynamique, donc partielle, est qu'**une peine n'a de valeur probatoire**, c'est-à-dire préventive de récidive et de souffrances inutiles, **que si sa signification est intériorisée** par celui à qui elle s'applique (le « coupable »), celui au nom de qui elle s'applique (la victime), et celui qui l'applique (la collectivité), que si elle se situe en bout de chaîne d'un processus mental collectif qui fait se rencontrer le désir de payer et un prix à payer vécu comme juste : la probation se situant ainsi à l'intersection de notions philosophiques, psychologiques et socio-éducatives.

S'il n'y a pas adéquation parfaite entre les termes du triangle (coupable-victime-société) qui présente des analogies avec la structuration oedipienne, ne pourront se développer que des sentiments d'injustice de la part de la victime, de la société, ou du « coupable-puni ». **Ce sentiment d'injustice fait le lit de la récidive chez le puni**, de la violence intra carcérale par les codétenus (cas des « pointeurs »), représentant une certaine idée de justice dans ce qui est un véritable laboratoire socio-éducatif de conditionnement opérant.

L'objectalisation par *mise en dépôt* reste l'une des formes les plus sadiques de relation inter-humaine (1).

Les peines perpétuelles incompressibles, que l'on a pu nommer « guillotine sèche », en sont la forme actuelle, mais la peine de mort, et son application (5), en était une autre. Il n'y a pas de saut qualitatif réel entre la mise en mandat de dépôt et la mise à mort.



En ce sens, la justice est bien une création collective, sociale et le rôle interprétatif du **psychothérapeute carcéral** pourrait être celui de **catalyseur-interprète**.
- Interprète au sens de traducteur de la sentence (au plus près de la loi) dans une langue intelligible par le justiciable : la médiation.
- Interprète comme un chef d'orchestre interprète une partition musicale (le psychiatre créant par le regard qu'il porte, la néo-réalité du couple « individu/Loi »).
- Interprète au sens psychanalytique.
Catalyseur car des énergies considérables sont en jeu et le thérapeute doit préserver sa neutralité bienveillante sous peine de s'y brûler les doigts (identifications à la victime ou à l'accusé), ou d'y brûler le patient! Ces dimensions rendent compte de l'immensité de la tâche dévolue à cet interlocuteur privilégié que pourrait constituer le psychiatre carcéral s'il n'était pas dévoré quotidiennement par son rôle de prescripteur de fioles.

Cette fonction heuristique est tenue, empiriquement, par tous les médiateurs gravitant en prison : visiteurs de prison, prêtres, autres détenus... Elle s'inscrit pourtant dans le champ psychodynamique, ce qui a une importance considérable chez des individus pour qui la délinquance agie renvoie souvent à une déviance fondamentale.

Etre sous *mandat de dépôt* matérialise un passage à l'acte de la société à leur égard, sinistrement chiral à leur trouble grave de la relation à autrui.

Eux-même, c'est le cas des pervers ou psychopathes, fondent leurs relations inter humaines sur l'utilisation par objectalisation et manipulation de leur interlocuteur et se retrouvent en prison en position d'objet, convocable, relégable, déposable. Le rituel judiciaire, abstrait et désincarné, condition selon certains de l'exercice du droit (4), s'apparente toujours, par certaines de ce ses formes, à ce qui reste la caricature vidée de tout sens de justice, le procès inquisitoire.

Comment, par mécanisme projectif aisé, ces justiciables pourraient-ils se définir autrement qu'en **position victimale** (puisque la société se conduit avec eux de la même façon qu'elle leur reproche de se conduire), ce qui gomme toute possibilité de réflexion sur leur acte et sa portée, toute identification à leur victime, toute culpabilisation qui pourrait prêter sens au châtiment réparateur.

Le sens vécu d'une relation psychothérapique devrait être celui qui fait passer du vécu victimal d'une peine à un vécu libératoire, probatoire, d'un séjour en prison dont on ressortirait survivant, désobjectalisé. On retrouve, à ce niveau, **la notion de médiation** de FAGET : « *La médiation est un processus par lequel un tiers neutre tente, avec l'accord d'un infracteur ayant reconnu sa culpabilité, et de sa victime, de faciliter l'élaboration d'une solution au litige qui les oppose. Il organise pour ce faire, avant l'engagement des poursuites, une ou plusieurs rencontres égalitaires entre les protagonistes. Il n'a donc pas, à la différence de l'arbitre, la mission de trancher le litige mais joue le rôle de catalyseur d'un processus d'apaisement* » (3)p54.

Ce qui est évidemment plus facile dans le cas d'une infraction simple, peut avoir valeur structurante en tant que création collective de justice, triangulée par le processus de désignation et de légitimation du médiateur. Le rôle de psychothérapeute en institution pénitentiaire relèverait de la médiation intra psychique « image pour » la médiation sociale qu'elle représente. Il s'agit peut-être de psychiatrisation abusive, mais le « sentiment de justice », dont nous avons tous besoin pour vivre, est un phénomène de constitution intra psychique autant que social.

Les sujets rencontrés dans le cadre de notre pratique sont sélectionnés par le fait d'être en maison d'arrêt, c'est-à-dire en situation de suspens ; ils sont souvent coupés de leur famille, de leur victime, de leur avocat et de leur juge.

Le travail en « centrale » serait différent, résultant si l'on peut dire, de ce qui n'aurait pu être métabolisé et construit en maison d'arrêt. Si le sujet s'y trouvait déjà en position probatoire, le rôle du psychiatre ne serait plus que d'accompagner l'évolution personnelle du condamné (psychothérapie de soutien).

On ne dira jamais assez l'effet destructeur pour une personnalité déjà fragile du point de vue narcissique, d'un report sans raison d'une confrontation, d'un envoi en prison *sous mandat de dépôt* sans qu'une date fiable de prochaine rencontre ait pu être fixée, d'une attente d'un parloir. Ceci, constituant une part de l'ordinaire, sinon du rituel de la justice, constitue l'essentiel de la punition, de la *géhenne*, et n'est pas dans la loi.

La dureté de contrainte punitive de la société sur un individu ne réside pas dans la longueur de la peine, elle s'affirme dans **la profondeur de la déstructuration** sociopersonnelle préliminaire, **qui se joue au cours de l'instruction et du procès** : le procès d'assise expose un accusé muet, la plupart du temps, muré parfois derrière une cage de verrre « pour le protéger », au nom de qui et sur qui, tout le monde a le droit de causer. Il s'agit là d'une objectalisation dont bien peu ont la chance de pouvoir se sortir. Cette application sadique du rituel de justice fait-elle partie de la peine?

On est proche bien sûr de la machine infernale décrite par KAFKA dans « La colonie pénitentiaire »(6) : « Sois juste » était écrit sur le papier de l'officier.

L'intervention des experts psychiatres permet parfois de faire passer un « souffle d'humanité » comme le remarquent alors les chroniqueurs judiciaires, mais la plupart du temps, les experts restent les auxiliaires de la justice qu'ils sont, c'est-à-dire les légitimateurs du rituel judiciaire.

Le cas des sujets incarcérés pour inceste est exemplaire : il s'agit souvent d'individus sans antécédent psychiatrique majeur et sans demande personnelle psychothérapique. Le rôle du psychiatre est donc dérisoire dans ce cadre et pourtant tout un travail de restructuration de la configuration familiale serait à faire, qui serait authentiquement **un travail de probation** :

Interprèter la loi et donner sens à l'emprisonnement, c'est protéger l'un et l'autre en leur permettant de se (re)construire un « libre arbitre », ce qui est la seule façon d'introduire une rupture existentielle chez l'enfant soumis jusqu'alors à l'arbitraire des sévices sexuels (« être un objet sexuel ou ne pas être »), et chez l'adulte incestueux : redevenir responsable de ses actes!

Le but serait de réaliser la faute et lui donner un prix acceptable par la collectivité, **maintenir ainsi victime et puni dans la collectivité humaine**, ce qui reste une condition *sine qua non* à toute insertion ultérieure de l'un comme de l'autre.

La dimension temporo-spatiale reste primodiale car tout cela mérite une unité de temps (ne pas être en dépôt) et une unité de lieu.

Une médiation de ce type prendrait tout son sens en tant que négociation sur le châtiment (unité d'action), évaluation et probation des places respectives des protagonistes dans le système socio-familial.

Le travail du psychiatre demeure bien souvent l'utopique construction d'une thérapie avec absent.

Au total, la notion de probation articule les champs non contradictoires de la philosophie, de la psychodynamique et de l'approche socio-éducative qu'il convient d'appréhender sans confusion de niveau logique, mais globalement cependant, pour pouvoir espérer avoir prise sur un système voué, sinon, à perpétuer l'objectalisation des justiciables.

Ainsi définie, la probation dépasse et relativise la punition qui n'est plus qu'un élément de la prise en charge par la collectivité, des sujets fautifs. A ce prix, ne se

construieraient pas des sentiments d'injustice, de ressentiment, liés à une dissolution du sens de la peine.

Ces sentiments restent fréquents dans le contexte actuel et sont générateurs de récidive (par les punis), de phénomènes de répétition morbide par les victimes, et de violence sadique dans l'application du rituel de justice par la société des hommes.

BIBLIOGRAPHIE :

1) BOURGEOIS D., FAYE K. : « *Contribution au démembrement de la constellation masochiste* », Psychologie médicale 1993, 25, Spécial 12, pp 1203,1206.
2) BOURGEOIS D., BERNADOU J.F. : « *Le système incestueux : propositions pour un cadre de soins* », « Forensic » N°8, Mars 1995, NHA éditions.
3) FAGET J. : « *Justice et travail social, le rhizome pénal* », Coll Trajets, Editions Eres, Toulouse, 1992.
4) GAPARON A. : « *L'âne portant des reliques. Essai sur le rituel judiciaire* », Paris, Edition le Centurion 1985.
5) HUGO V. : « *Le dernier jour d'un condamné* », 1832, Nouvelle édition 1970, Gallimard, Paris, Folio N°919.
6) KAFKA F. « *In der Strafkolonie* », Kurt Wolf, Liezif 1919. trad. fra. : « *La colonie pénitentiaire et autres récits* », Gallimard, 1948, Folio N°192.
7) NIETZSCHE F. : « *La généalogie de la morale* » traduit de l'allemand par H. Albert, Coll Idées NRF, Gallimard, 1964.



LA DETTE (SYMBOLIQUE) SELON EMMANUEL LEVINAS ET SES RAPPORTS AVEC LA CONCEPTION PSYCHANALYTIQUE DE CETTE NOTION

Moïse BENADIBA
Médecin Chef de Service[1]
Psychanalyste
Intersecteur Marseille 10°, 11° et 12 ème,
La Ciotat, Cassis, Aubagne, Allauch
(13 I 03)

Je vais partir, pour illustrer le point de vue d'Emmanuel LEVINAS sur la question de la Dette, d'un exemple tiré du Talmud [a]. Il s'agit d'une anecdote, d'une anecdote talmudique, riche en enseignements ; la voici : « *Rav a eu, un jour, quelque chose avec un égorgeur de bétail...* ». Le texte ne précise pas qui avait tort et qui avait raison, qui était responsable et qui était coupable : les commandeurs du Talmud, eux, donnent tous raison à Rav. Toutefois, l'égorgeur de bétail ne vint pas à la veille de « YOM KIPPOUR » demander pardon à Rav. De ce fait, c'est ce dernier (Rav) qui, culpabilisé, a estimé avoir le besoin de susciter, dans l'intérêt de l'offensant, la demande de pardon en question et se décide à se présenter devant celui qui l'avait insulté ; Rav arrive chez l'égorgeur de bétail et se promène devant lui de long en large pour lui donner l'occasion de demander pardon. Il y a, ici, une dette qui interroge et comme un « *retournement d'obligation* »(2) : c'est l'offensé qui, culpabilisé, se préoccupe du pardon dont l'offensant ne se soucie pas. Rav, Sage du Talmud reconnu, respecté et respectable se dérange pour provoquer une prise de conscience chez l'égorgeur de bétail, sujet fruste s'il en est ! La tâche n'est pas facile, ni l'objectif atteint d'avance, ce dont se rend compte l'un des disciples de Rav, rencontré en cours de route, Rav Houna. Le disciple demande : « *Où va le maître?* » Réponse du maître : « *Me réconcilier avec un tel* ». Le disciple, sans illusions, poursuit : « *Abba* [b] (appellation familière de Rav) *va commettre un assassinat* ». Le disciple est convaincu que l'égorgeur ne fera aucun cas de la démarche du maître, ce qui ne pourra qu'accentuer le problème : il y a même, selon les dires du disciple, danger de mort. Ce qui se joue entre offense, culpabilité, pardon, dette et désir, selon ces lignes du Talmud, représente un jeu dangereux. Rav, le maître, passe outre à l'avertissement de son disciple. Il affronte l'égorgeur de bétail dans son lieu de travail, alors que celui-ci, vaquant à ses occupations, martèle la tête d'une bête abattue. L'égorgeur de bétail lève les yeux cependant devant le maître mais pour l'insulter à nouveau et lui dit : « *va-t-en Abba, je n'ai rien de commun avec toi* », [c] il continue à marteler la tête dont se détache brusquement un os qui le tue. Ce n'est certes pas le miracle que l'on veut nous raconter, fait remarquer Emmanuel LEVINAS, mais cette mort à l'intérieur de systèmes ignorant toute notion de Dette et le sentiment de culpabilité où l'humanité peut s'enfermer et « *l'énormité de la responsabilité que Rav assuma par cette confiance prématurée en l'humanité de l'autre* »(2).

---

[1] Centre Hospitalier Valvert, Boulevard des Libérateurs, 13391 Marseille Cedex 11, Tél 04.91.87.67.93

[a] Cité par Emmanuel LEVINAS et commenté dans ses rapports à la culpabilité et au désir dans « Quatre lectures talmudiques » (2)

[b] Abba = père.

[c] à entendre bien sûr comme : « je ne te dois rien, tu ne me dois rien, pas de dette entre nous ».

Le Talmud, par cet exemple, suggère subtilement qu'on peut être coupable de la mort d'autrui quand une Dette reste impayable parce que non repérable ni saisissable et que, avant même tout acte, des éléments de la vie[d] peuvent par eux-mêmes, « essentiellement » pourrait-on dire au sens strict, être Dette ; Dette d'où s'originent sentiments de culpabilité et nécessités de paroles et de pardon.

Dans cette perspective, Emmanuel LEVINAS soutient [a] que la vie elle-même est dette et que je suis toujours déjà endetté sans avoir emprunté quoi que ce soit, toujours déjà coupable sans avoir commis aucune faute ; ce qui l'amène à parler d'une vie où « *je n'ai rien fait et j'ai toujours été en cause* » et à souligner « *l'anachronisme d'une dette précédant l'emprunt* ».

Selon ce point de vue, pour Emmanuel LEVINAS, **la vie est Dette en tant que vie** tout simplement, la vie est toujours déjà endettée et le restera jusqu'à son terme.

Il s'agit, on le perçoit aisément, d'une Dette en quelque sorte pré-originaire, incontournable et jamais tout à fait assumée : l'homme est d'emblée débiteur en entrant dans sa vie et la Dette contractée est constitutive du soi lui-même. Mais cette Dette sans limite ni mesure ne s'oppose pas au don toutefois ; elle est don, affirme même Emmanuel LEVINAS, le don par excellence, celui qui donne sens, « *celui qui sans que j'en aie décidé me donne et me destine* »(1). Etre débiteur sans mesure ni limite, c'est, dans ce contexte, la seule façon d'être unique, nécessaire, et la Dette s'avère être ce qui transforme le non-sens (de l'être, de la vie) en sens.

Qu'est-ce qui caractérise la Dette ainsi conçue, symbolique donc à n'en pas douter? Deux attributs surtout : **elle est immémoriale et impayable** :

- Elle est immémoriale : c'est pourquoi on ne peut lui assigner un commencement dans le processus d'avènement du sujet ni en dehors de ce processus. Cette Dette, selon Emmanuel LEVINAS, comme le relève une étude récente sur la question, « *ne prend pas sa source dans un acte libre et volontaire du moi qui s'engagerait ou se ferait responsable par une sienne décision et par un endettement dont il aurait lui-même fixé la mesure, pas plus qu'elle ne tire son origine d'un manquement que j'aurais à faire mien* et que je devrais *assumer ou reconnaître* ».[b]

Cette Dette, immémoriale donc, ne résulte pas d'une trahison de mes promesses, ni non plus d'une violation de la loi ; elle vient, soutient Emmanuel LEVINAS, de ce pré-originaire temps perdu qui ne peut pas et ne doit pas se représenter : ce qui la distingue de la loi qui, par définition connue et reconnue, peut être représentée ou sujet de représentation[c] .Ceci encore, distingue la loi de la Dette selon Emmanuel LEVINAS : la Dette est en cause, me met en cause, me met seul en cause, comme seule cause dans le face-à-face avec autrui, dans l'insoutenable entre-deux qui de moi le sépare, alors que la loi viendra plus tard, avec le tiers, c'est-à-dire la justice. Ce qui permet de soutenir que « *ce n'est pas parce qu'il y a une loi que je peux - sans le pouvoir - être endetté, mais parce que je suis endetté que je devrai par la suite entrer dans l'espace commun de la loi* »(1) et donc du désir et de la culpabilité : être endetté d'une telle Dette n'est pas seulement devoir accomplir dans le cadre de la loi tel acte autorisé, permis ou désire, ou ne pas effectuer tel autre interdit ou prohibé ; être endetté, c'est être en fait tenu de faire plus que je puis faire et de subir plus que je ne suis capable de subir, selon un excés lui-même impossible vis à vis de mes possibilités, mes capacités et mes désirs. C'est pourquoi être

---

[d] « quelque chose » qu'on a avec autrui dit le texte.

[a] Dans « Autrement qu'être ou au-delà de l'essence » (3)

[b] Comme dans les doctrines traditionnelles du péché originel.

[c] En effet, on peut dire : « je représente la loi » mais qui oserait formuler : « je représente la Dette? »

endetté de cette Dette immémoriale, c'est dans la perspective soutenue par Emmanuel LEVINAS, être toujours déjà en état de faillite[a] .

. La Dette est aussi impayable : sans commencement ni fin, elle est impayable dès son origine et plus encore car, souligne Emmanuel LEVINAS, elle s'accroît dans la mesure où elle s'acquitte et de ce fait il reste toujours impossible de « joindre les deux bouts ». Il s'agit d'une Dette toujours accrue jamais acquittée ni assumée, qui déborde tout devoir défini, tout désir et toute définition des devoirs et des désirs.

Cette Dette (symbolique) telle qu'elle est décrite, immémoriale, impayable, du domaine de l'impossible à soutenir, peut apparaître comme ayant « *quelque chose de proprement affolant* ». Apparaître seulement, car cela serait le cas si elle s'adressait à autrui ; or, et ceci est à souligner, cette Dette ne s'adresse jamais à l'autre en tant que « tu ». Elle ne peut et ne doit être que la mienne de Dette, et ce dans la mesure où l'éthique ne peut, selon Emmanuel LEVINAS, dire que « je », ne parle que de moi, interdit strictement le passage de la première à la seconde personne : autour de la notion de cette Dette symbolique, « **le moi est absolument premier** »(1).

Les propos sur cette Dette ne peuvent et ne doivent se tenir qu'en première personne.

. La Dette, « dû débordant l'avoir »(3) est pour Emmanuel LEVINAS ce qui rend « le donner » possible. L'impossible de la Dette impayable peut être la condition de possibilité du don : la Dette (symbolique) dont ne peut ni on ne doit tenter d'être quitte à tout prix, se contracte en donnant, un peu comme l'amour, quand il y a place pour le désir inconscient.

En définitive, la Dette selon Emmanuel LEVINAS, à entendre comme « ma » Dette, est infinie : je réponds de tout et de tous, c'est pourquoi je suis l'unique ; mais « ta » Dette à toi, autrui, elle est finie et tu ne réponds pas de tout ni de tous ; tu es un homme parmi d'autres et comme tout un chacun, et c'est moi qui réponds de ta responsabilité même.

Selon Emmanuel LEVINAS, la Dette (symbolique) ne concerne personne d'autre que moi et « *l'absolu est mon affaire* »(3). La notion de « ma » Dette (symbolique) introduit à ce stade le concept du « *visage* »[b] ainsi : si l'autre savait, pouvait savoir, qu'en voyant son visage c'est l'infini d'une dette immémoriale qui tout à coup m'écrase, crée en moi un sentiment de culpabilité, s'il savait que son visage me fait infiniment honte, ne le détournerait-il pas? Question sans réponse de l'auteur.

Cette théorisation de la notion de Dette selon Emmanuel LEVINAS, ne peut, par son acuité et sa pertinence, laisser le psychanalyste indifférent ; elle ouvre pour la clinique psychanalytique au delà d'une réflexion sur l'originalité de la conception développée, certainement des perspectives quant à la pratique clinique.

---

[a] Cette faillite, pour Emmanuel LEVINAS, est la subjectivité elle-même. Mais il s'agit ici d'un sujet qui ne sera plus abordé car d'une grande complexité et dont les développements théoriques nous méneraient dans des champs autres que ceux par la présente étude concernés.

[b] Concept primordial et capital dans l'oeuvre d'Emmanuel LEVINAS et sa pensée.

Je me limiterai en ce domaine simplement à relever ce qui suit, à titre d'illustration :

. En rapprochant la notion de Dette selon Emmanuel LEVINAS de la question de la Dette symbolique en psychanalyse, il m'apparait possible d'énoncer que le rapport entre ces deux conceptions peut passer par le chas de **l'éthique** : éthique de la psychanalyse d'une part, Ethique tout court de l'autre : en effet, les conditions de « ma » Dette selon Emmanuel LEVINAS, comme la règle psychanalytique, ne peuvent être distinguées d'une « *éthique des droits de l'homme* » comme dit Philippe LEVY ; pour toutes les deux, il s'agit de situations qui impliquent le sujet d'une part, le psychanalyste de l'autre, « *au titre de la dette d'un dit sur son éthique* »(4) : témoigner de ce qu'il en est du passage à l'acte psychanalytique et de l'éthique qui le soutient et le sous-tend et à laquelle il l'engage, telle est la dette dont le psychanalyste doit s'exonérer dans l'éclaircissement de son désir d'analyste, son être et son devenir analyste. Cette dette, de la Dette selon Emmanuel LEVINAS ne peut aucunement être distinguée.

. Les liens soulignés par Emmanuel LEVINAS de la Dette du don, peuvent avec pertinence renvoyer à la pratique psychanalytique en ceci que « *pour que l'analyse puisse fonctionner il convient ... que le don vienne à la place de la dette* »(4), c'est à dire en bref, qu'il est nécessaire que, lorsque le sujet rencontre la question qui vient de l'Autre, le champ d'une dialectique soit ouvert entre l'Autre et le sujet de l'inconscient.

. Enfin, que la Dette soit béance impossible à combler, trou sans fond, inscrits dans la chaîne des signifiants qui participent à l'avènement du sujet, n'est ce pas ce que Freud ne cesse de nous pointer quand il fait part de son travail avec « l'homme aux rats »?

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1 - CHRETIEN J.L. : La dette et l'élection. Emmanuel Lévinas. L'Herne n° 6 Editions de L'Herne, 1991, p 262-274.

2 - LEVINAS E. : Quatre lectures talmudiques. Collection « Critique ». Edition de Minuit, Paris 1968.

3 - LEVINAS E. :Autrement qu'être ou au-delà de l'essence. La Haye, M. Nijhoff, 1974.

4 - LEVY Ph. : Dette de transmission/ Transmission de la dette. De l'argent à la dette. Clinique de la dette. Cliniques méditerranéennes n°33 - 34. Editions Erès, Toulouse, 1992, p. 59 - 72.



Petit dialogue Talmudique

LE SUJET, L'ART, LA CULTURE : ETRE, OU LE NEANT

Michel DAMIGNANI
Infirmier
Les Amandiers III [1]
Intersecteur Vaucluse Nord
(84I01)

Maintenant, à partir d'une articulation qui implique le sujet, l'art, la culture, j'envisage la mise en évidence d'un lien entre « être et néant ». En effet, au carrefour du visuel et du perceptuel, **l'oeuvre d'art** interpelle d'une rencontre, car **d'un touché elle révèle l'être, et sollicite le sujet d'un quant à soi.** Ainsi, si l'on considère l'oeuvre que nous propose P. PICASSO, selon sa conception de « l'homme assis à une table »(1916), ce qu'il donne à voir, n'est pas seulement l'expression d'une émotion, ou d'une quasi irrépressible nécessité de créer, mais une vision particulière du réel qu'il reporte sur la toile, d'une perspective particulièrement remarquable. En cela, transparait fondamentalement à mon sens, la mise en forme d'un singulier espace intérieur qui reflète l'étrange alchimie d'un agencement architectural de forme, une singulière création dont le déterminisme s'appuie sur une créativité en lien à un état de l'être.

A présent, pour aborder un autre versant d'analyse où « l'être » se trouve encore en question, je vais développer **une réflexion sur un écrit de J.P. SARTRE; « *l'être et le néant* ».**

En effet, dans cet ouvrage, J.P. SARTRE évoque un état de conscience dont les limites se fondent sur une logique de la philosophie, et détermine en l'approche conceptualise « *d'un vide existentiel* » chez l'homme, un espace où se perlabore l'oeuvre de création, à mon sens, un phénomène à l'extrême opposé de la néantisation, si la créativité s'y met en exergue.

Je m'explique, si l'on veut envisager ce qui prédestine le sujet à l'art dans l'expression créative, cela nous oblige à concevoir un fil d'Ariane comme se dévidant d'un écheveau, dont le canevas porteur de sens se fonde sur une multitude de sentiments prenant racines aux sources même de l'être, et en un état proche de la rêverie, donc, dans un espace psychique où le vide en tant que tel n'existe pas.

Ainsi, un état de l'être où la densité des pensées se focalise sous forme synthétique, et dans l'existence même de cet espace psychique, non comme néantisation du sujet, mais comme quintessence créative alimentée par de multiples formes complexes susceptibles de se métaboliser en un certain sens, et cela afin de donner sens à une forme capable d'enrichir une expression artistique singulièrement créatice. Une extraction de sens à partir d'un questionnement qui dynamise créativement l'existence du sujet.

Dorénavant, c'est à **la poésie** que va s'attacher mon analyse.

Afin de cerner l'étonnante beauté qui se dégage de certains jeux de miroir dont l'être se trouve parfois empreint, je vais illustrer mon propos par quelques lignes extraites d'un poème de L. ARAGON : « *le Fou d'Elsa* ».Cet extrait figure également dans le séminaire livre XI de J. LACAN sous le titre « *anamorphoses* ».

---

[1] Les Amandiers III, Centre Hospitalier, 84143 MONTFAVET Cedex Tél 04.90.03.92.34

Ainsi, L. ARAGON écrit : « vainement ton image arrive à ma rencontre et ne m'entre où je sais qui seulement la montre « toi te tournant vers moi » tu ne saurais trouver au mur de mon regard que ton ombre rêvée ». De fait, outre que ces vers ne comportent pas de ponctuation, et se présentent en cela comme un long ruban sans fin, seule une torsade s'organisant autour des mots « toi te tournant vers moi », semble faire point de bascule, afin de donner une profondeur à ce très beau texte poético-dramatique. Il me semble alors qu'on ne peut être que touché par cette émergence de sens lié à l'histoire du poète, dont la condition apparaîtrait évanescente hors de tout souffle poétique lui donnant une portée. L. ARAGON définirait ainsi, **un lieu du désir de l'autre sur lequel il se réfléchit**, une aire dans laquelle le poète vit de son propre dé-pend, et cela au risque d'y subir effet de néantisation.

Dans la poésie, FREUD, LACAN et WINNICOTT avaient déjà reconnu un émergence de sens qui traduit « un essentiel de l'être », ici, c'est encore la question « être ou ne pas être » qui est posée.

En définitive, l'art apparait ferment de la culture, de faire, et de dé-faire de multiples formes dans le champ culturel, et cela afin de tisser ou re-tisser au fil des oeuvres créées, une trame à laquelle la culture se sustente.

C'est alors, dans une conjonction entre art et culture que la prise de sens se prômeut, ce qui interpelle le sujet pour le biais de la **culturalité**; et lorsque s'y trouve convoquée la **créativité**, celui-ci se trouve dans l'éventuelle possibilité de produire dans le champ culturel, une singulière création.

Ceci étant posé, je vous propose à présent, de considérer un fragment de texte tiré de l'ouvrage d'un éminent biologiste J.D. VINCENT : « ***la biologie des passions*** ».

En effet, ce texte a retenu mon attention, car il me semble marqué par une sorte de « paradoxe contenu » signe de créativité, qui va m'amener à articuler un **questionnement autour du savoir**.

Le contenu de ce texte relève de l'analyse d'une expérience biologique pratiquée sur un animal. Voici le texte dont il est question « *On ne pourra manquer de souligner, le caractère globalisant du comportement passionnel dont rend bien compte le fait qu'il peut être déclenché par l'injection d'une seule substance chimique. Cet aspect totalisant et irréductible aux éléments moteurs qui le composent, s'oppose donc au caractère fragmentaire attribué, depuis PLATON, au savoir et au raisonnement conçus, selon l'expression de HOBBES, comme la résultante d'opérations parcellaires. On y trouve peut être également, les raisons de l'opposition traditionnelle entre raison et passion* ».

Ainsi, la donnée concernant le caractère globalisant du comportement passionnel, et celle du savoir comme résultante d'opérations parcellaires m'ont amené à envisager dans l'analyse, un parallèle entre la notion de savoir culturel s'originant au seul signifié des mots, et celle de savoir culturel singulier se constituant sur de multiples parts de savoirs, et sur un rapport signifiant-signifié.

En cela, tenter une approche susceptible de soutenir une démonstration en portant la question sur la transmission du savoir, puis sur la position du maître et de l'élève de cette transmission.

Je me saisirai alors pour faire ce parallèle, de la notion de savoir culturel présenté d'emblée dans sa transmission comme globalisée, et reconnu comme seul capable de donner un caractère globalisant à la personnalité humaine, autrement dit, la transmission d'un savoir en lien au seul signifié des mots.

De fait, un savoir intériorisé de façon systématique, et selon des paramètres invariables, une conjoncture de transmission dans laquelle l'élève est considéré comme porte voix du maître, et apte de recevoir ce savoir, seulement si le maître l'en juge digne. Une allégeance de l'élève envers le maître qui l'engage à transmettre un « savoir vérité » auquel il ne faut rien changer.

A présent, si vous le voulez bien, admettons comme le préconise WINNICOTT, que la créativité soit le premier signe tangible de l'émergence de la singularité et donc directement lié à la différence du sujet, ainsi, la mise en évidence d'un lien entre créativité, différence et savoir dont le sujet est porteur.

Néanmoins, dès lors que l'on admet que **la différence est le pivot autour duquel s'articule la singularité**, il nous reste encore à cerner en quoi réside cette différence.

Pour ce faire, je vais vous demander d'admettre une autre supposition, celle d'une différence entre les sujets qui s'établit sur la base « de manques » en chacun de nous, et dans un lien à la créativité, non comme recherche à combler un vide, mais dans un désir de donner sens à ces divers « ***manques*** ».Ainsi, la mise en évidence d'un processus sur lequel s'étaye la singularité. En cela, il apparaît donc la nécessité de lier « manques » et singularité dans la prise de sens, une connaissance singulière se soutenant de la créativité, et orientée vers de multiples parts de savoirs, déposés en un creuset culturel commun au sein du champ culturel.



Dès lors, le questionnement qui soutient cette recherche se trouve donc relié à diverses sources, s'imbriquant et s'interpénétrant dans un rapport au savoir, et cela, toujours en lien à une prise de sens de l'histoire du sujet; mais aussi aux « manques » de celui-ci, autrement dit la créativité au service de la singularité afin de donner sens à l'histoire du sujet.

Maintenant, envisageons un cas de figure, dans lequel le savoir ne se construit pas sur le désir du sujet, mais sur une intangible vérité sous la gouverne de différents maîtres. Vous remarquerez que je n'emploie pas le terme « délivrer un savoir », puisque celui-ci ne transmet qu'une fonction opératoire, c'est-à-dire, une conjoncture de transmission, où le désir de combler un vide prend le pas sur un questionnement du sujet, au lieu de tendre à renforcer un aspect singulièrement créatif. Autrement dit, la mise en acte par le sujet du désir de ne pas se confronter au manque.

Une transmission de savoir qui ne fait pas appel « ***au meurtre symbolique du maître*** », et qui ne permet pas à l'élève de s'autoriser à y aller de son propre savoir.

Au contraire, lorsque le savoir s'articule sur une interpénétration entre différents savoirs singuliers permettant de donner sens à un questionnement du sujet, celui-ci se trouve alors à soutenir sa singularité en appui sur la crétivité, et une prise de sens qui s'attache à divers « manques », ce qui donne sens à différentes parts de savoirs, susceptibles de l'amener sur la voie d'une unité sous forme d'une entité culturelle singulière.

Dès cet instant, le sujet peut alors s'autoriser de son propre savoir singulier, tout en entretenant dans le champ culturel, des rapports avec de multiples autres parts de savoirs singuliers déposés en un creuset culturel commun, ce qui l'inscrit dans le domaine de la trace culturelle singulièrement délivrée.

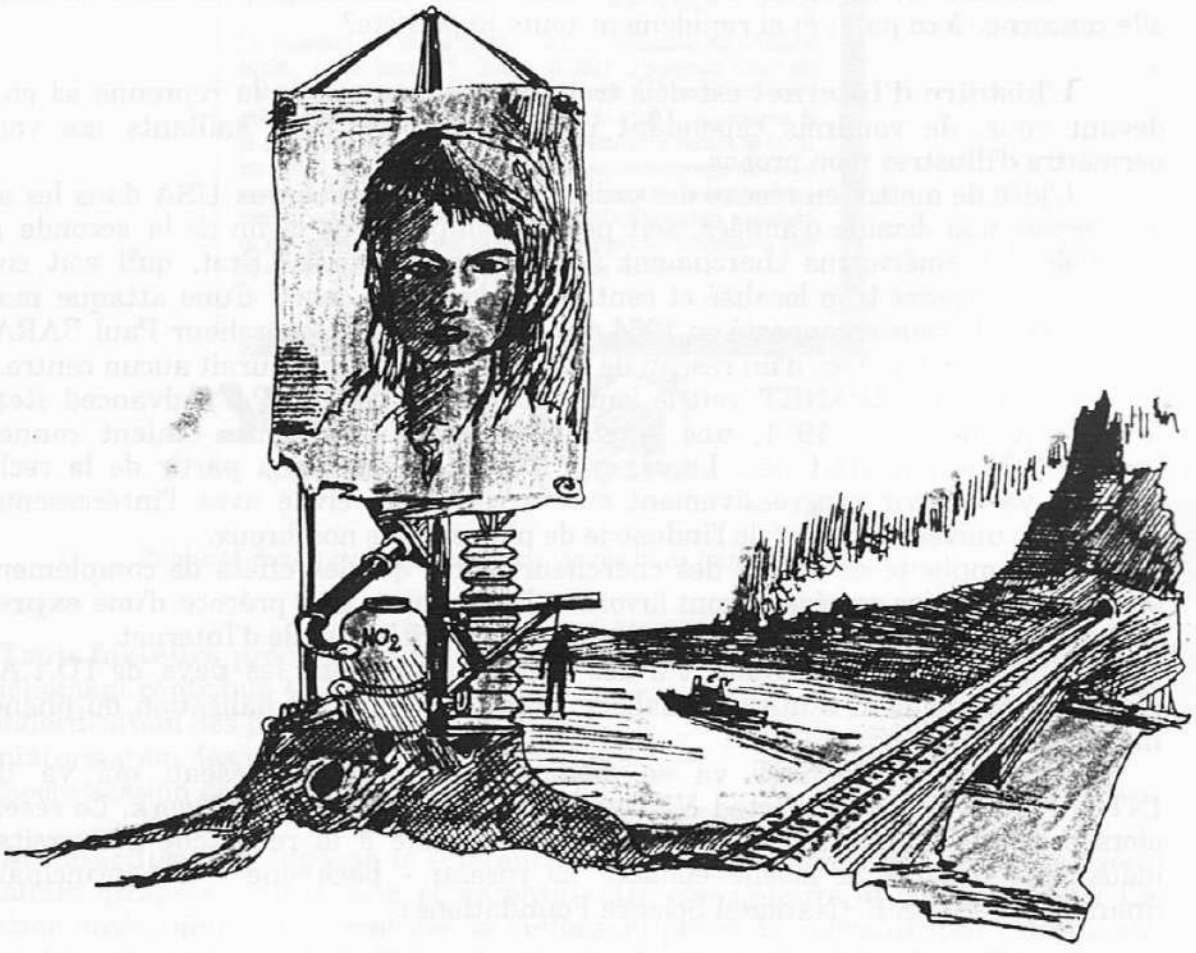
Enfin, je voudrais pour terminer, vous amener au contact d'un monde, où l'art, la culture, et la créativité seraient bannis, une société dans laquelle se conjoindrait le mercantilisme, et le matérialisme afin d'avancer en un point conjoncturel, la seule création désormais possible; « ***la désertification culturelle*** ».

Un monde où les valeurs humaines, et culturelles seraient bradées au bénéfice d'un triste concret, cela générant à terme, non seulement un vide existenciel, mais une véritable déstructure de société susceptible de déliter une empreinte symbolique, la seule marque capable de soutenir une inscription socialisante des sujets.

En fait, une société mettant systématiquement à l'écart, la créativité, la singularité, la différence, et altérant en cela, l'établissement de compromis porteurs de potentialités humaines, et facteurs de tolérance.

Au décours d'une polysémie, je poserais encore ce que j'appréhende le plus d'un tel avenir, c'est-à-dire, la prise de plein pied d'un univers dé-socialisant laissant ses portes grandes ouvertes à l'indifférence, la froideur, mais certainement plus souvent encore, à la barbarie.

Ce plaidoyer est destiné à éloigner le spectre « *d'un moins à être au profit de plus de néant* » et l'émergence de ce qu'A. HUXLEY qualifie non sans humour de « *meilleur des mondes* »



INTERNET : OUTIL D'INFORMATION OU ESPACE DE LIBERTE INGOUVERNABLE

Jean-Pierre BAUCHERON
Médecin D.I.M.(1)
Centre Hospitalier Edouard Toulouse

*Cet exposé a été présenté le 5 Décembre 1996 dans le cadre d'une journée d'information organisée par la Faculté de droit et de sciences politiques d'Aix-en-Provence et le Centre Hospitalier de Montperrin sur le thème : « **Droit et psychologie des nouvelles technologies de communication : à propos d'Internet** ».*

Peut-on dire qu'Internet est **un fait de société**?... Oui si l'on considère que bientôt, l'ensemble des échanges qui constituent l'essentiel du tissu social, va être concerné par les réseaux informatiques. Mais d'emblée, et c'est là une des caractéristiques d'Internet, on peut constater la rapide tendance à la mondialisation du phénomène qui, alors, ne concerne plus une société particulière mais presque toutes les sociétés... à partir du moment où ses membres peuvent se connecter.

Comment en est-on arrivé là?... Comment une technologie, fut-elle avancée, peut-elle concerner à ce point et si rapidement toute la planète?

L'histoire d'Internet est déjà trop connue pour que je la reprenne ici en détail devant vous. Je voudrais cependant relever quelques faits saillants qui vont me permettre d'illustrer mon propos...

L'idée de mettre en réseau des ordinateurs est apparue aux USA dans les années 60. Depuis une dizaine d'années, soit peu de temps après la fin de la seconde guerre mondiale, les américains cherchaient à protéger l'appareil d'Etat, qu'il soit civiil ou militaire, le jugeant trop localisé et centralisé, donc à la merci d'une attaque nucléaire ciblée... D'où le soutien apporté en 1964 aux propositions du chercheur Paul BARAN qui envisage la mise en place d'un réseau de communication qui n'aurait aucun centre.

Le réseau ARPANET voit le jour, sous l'égide de L'ARPA (Advanced Reaserch Projects Agency). En 1971, une vingtaine de gros ordinateurs étaient connectés : l'ancêtre d'Internet était né... Le réseau, d'abord développé à partir de la recherche militaire va s'ouvrir progressivement sur la recherche civile avec l'intéressement de chercheurs universitaires et de l'industrie de plus en plus nombreux.

La complicité de travail des chercheurs ainsi que les effets de complémentarité permis par la mise en réseau vont favoriser l'émergence très précoce d'une **expression ludique** qui explique une grande partie de la popularité actuelle d'Internet.

En s'élargissant progressivement à des chercheurs de tous les pays de l'O.T.A.N., le réseau va rapidement s'internationaliser, prémices de la mondialisation du phénomène Internet.

En 1983, ARPANET va se détacher du reste du réseau qui va devenir INTERNET : INTERconnected NETwork ou INTERnational NETwork. Le réseau est alors essentiellement civil et principalement destiné à la recherche universitaire et industrielle puisque la moëlle épinière du réseau - backbone - est principalement financée par le N.S.F. (National Science Foundations).

---

(1) Centre Hospitalier Edouard Toulouse, 118 chemin de Mimet 13326 Marseille Cedex 15, Tél 04.91.96.99.72

A partir des années 90, le réseau va s'ouvrir largement au grand public en particulier pour les pays de langue anglaise et les pays nordiques. En 1995, le réseau s'accroît de façon explosive et l'on estime actuellement entre 30 et 60 millions le nombre d'utilisateurs dans le monde avec plus de 100 000 sites consultables...
Comment expliquer un pareil développement? Aussi **rapide** et aussi **généralisé**..



Publicité datant de la guerre froide, parue dans une revue française.

Trois facteurs propres à l'aide industrielle et non spécifique à l'informatique ont essentiellement contribué à ce phénomène :
- la standardisation des procédures,
- la miniaturisation des matériels,
- la démocratisation des coûts.

1 - La **standardisation** suppose la référence à des normes communes qui ne peuvent être établies qu'après concertation et entente entre concepteurs et constructeurs. La domination américaine sur le marché de l'informatique et la concentration capitaliste ont grandement participé à accélérer la standardisation. Au delà de l'effet « Silicon Valley » et de l'impérialisme de Microsoft incarnés par la popularité d'un Bill GATES aux

USA, on peut citer quelques étapes techniques qui ont révolutionné les réseaux informatiques :
- 1972 : Invention du courrier électronique sur réseau distribué (e. Mail).
- 1975 : Apparition du premier réseau commercial de données par « paquets » (Telenet), le compactage permettant d'amplifier le débit de l'information.
- 1982 : Etablissement des normes TCP/IP.
- 1984 : Instauration des DNS.
- 1991 : Développement de la norme HTML, support du Web.
- 1993 : Développement de « Mosaïc », premier logiciel de navigation et véritable *instigateur du Wold Wide Web (WWW).*

2 - La **miniaturisation** est une des caractéristiques dominantes de l'évolution technologique en informatique depuis la mise au point des circuits intégrés et des microprocesseurs. On estime que depuis quelques années, le matériel informatique diminue de la moitié de son volume tous les ans à performance égale. La miniaturisation favorise la **mobilité** et la **diffusion** de la **micro-informatique.**

3 - La **démocratisation des coûts** :
- l'automatisation poussée dans la production des composants électroniques,
- la délocalisation des entreprises qui abaissent les coûts d'assemblage en recourant à une main d'oeuvre bon marché,
- la production de masse de matériel standardisé,

ont permis de rendre accessible pour un prix raisonnable les ordinateurs individuels, ce qui a contribué à l'explosion du nombre d'hôtes sur le réseau. On peut penser que dans quelques années, l'ordinateur individuel sera autant généralisé que le téléphone actuellement... Et il l'aura vraisemblablement remplacé !
Pour le Béotien que je suis, c'est justement ça, Internet, la rencontre d'une multitude d'ordinateurs avec un réseau téléphonique. Mais cette rencontre n'est pas simplement la juxtaposition de deux réalisations techniques conçues séparément. Cette rencontre est en elle-même une véritable invention que d'aucun qualifie déjà de révolution culturelle.

Le sociologue Léo SCHEER n'hésite pas à aller plus loin en déclarant dans son ouvrage : La démocratie du virtuel paru en 1994, que les sociétés qui se lancent dans l'internet, non seulement se dotent d'un nouvel outil de communication, mais s'engagent littéralement dans une autre civilisation.

Quelle est donc cette invention, déjà fait de société, qui se révélerait à terme susceptible de nous faire entrer dans une autre civilisation?

Cette invention, c'est la création d'un espace nouveau, l'espace d'Internet, le **Cyberspace.** La racine *Cyber* se retrouve dans *Cybernétique* qui, avant d'être empruntée à l'anglais par Norbert Wiener pour désigner la science des régulations et des automatismes, représentait d'après LITTRE : « la partie de la politique qui s'occupe des moyens de gouverner ». *Cyber* viendrait du grec *Kubernaô* (gouverner). C'est là, pour le moins une « cocasserie éthymologique » puisque, nous allons le voir, une des caractéristiques du Cyberspace, c'est justement d'être actuellement, pratiquement ingouvernable. La raison principale de son caractère ingouvernable, c'est d'être un **espace virtuel.**

Le philosophe **Pierre LEVY** définit la **virtualisation** à partir de la classique distinction aristolélitienne de la **puissance** et de **l'acte.** Est virtuel ce qui existe en puissance et non en acte. Pour LEVY, le virtuel tend à s'actualiser. **L'actualisation est création.**, invention d'une forme à partir d'une configuration dynamique de force et de finalités. L'actualisation va d'un problème à une solution. A l'inverse, la virtualisation passe d'une solution donnée à une problématique... *« Virtualiser une entité quelconque consiste à découvrir une question générale à laquelle elle se rapporte, à faire muter l'entité*

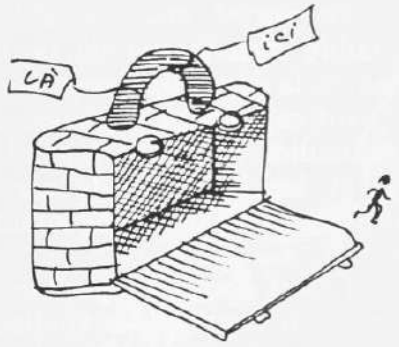
en direction de cette interrogation et à redéfinir l'actualité de départ comme réponse à une question particulière... » (Qu'est-ce que le virtuel p 16).

Le fait que le Cyberspace fonctionne pour partie comme espace virtuel va révéler plusieurs caractéristiques :

1) **L'espace est déterritorialisé,** dépourvu d'inertie, ubiquitaire ; l'impondérable Hypertexte qui structure l'information du Web n'a, en lui-même, pas de lieu assignable. Il s'appréhende, selon l'expression de Michel SERRES comme « Hors là ».

2) Dans l'espace virtuel la **synchronisation** remplace **l'unité de lieu** et **l'interconnexion** se substitue à **l'unité de temps**. Mais l'espace virtuel n'est pas pour autant un espace imaginaire. Il produit des effets...

3) Dans l'espace virtuel, les passages intérieur-extérieur et extérieur-intérieur ont tendance à se **dédifférencier**. C'est l'exemple de la personne qui travaille dans un bureau classique, comparée à celle en situation de **télétravail** : dans le premier cas, le partage du travail exige peu ou prou un partage de l'espace ; dans le deuxième cas, le partage du travail peut se faire de façon déconnectée vis-à-vis de l'espace du bureau lui-même. « *Les limites ne vont plus de soi. Les lieux et les temps se mélangent. Les frontières nettes font place à une* « ***fractalisation*** » *des répartitions* » (Qu'est-ce que le virtuel ? p 22).



La structuration de l'écran des ordinateurs est repérable à la fois comme **cause** et **conséquence** des caractéristiques de la virtualisation . L'écran d'un point de vue strictement numérique, se présente comme un dispositif d'affichage. Il affiche généralement une **image** sur un **fond** ou un **texte** dans un **contexte** mais l'image sur un fond ne peut en aucun cas être considérée comme un objet inscrit dans un paysage. Le fond présenté affiche en général d'autres possibilités d'affichage. Et c'est en ce sens que toute mémorisation sur un support informatique est en fait une **potentialisation**.
« Potentiel et non virtuel », car toujours selon Pierre LEVY, l'engramme numérique et le logiciel de lecture déterminent un ensemble de possibles qui, s'il peut être immense, n'en est pas moins numériquement fini et logiquement fermé. Ce n'est d'ailleurs pas tant la quantité qui distingue le possible du virtuel, l'essentiel est ailleurs... A ne considérer que le support mécanique (matériel et logiciel), l'informatique n'offre qu'une **combinatoire**, fut-elle infinie, et jamais une **problématique**. L'ordinateur, comme machine, est avant tout un **opérateur de potentialisation de l'information**.

La virtualisation n'apparait qu'avec l'entrée en jeu de la **subjectivité humaine** dans la relation homme-machine qui est qualifiée d'**interactive**. Ce n'est qu'à partir de l'interprétation de ce qu'il perçoit sur l'écran que le sujet va se construire un montage à chaque fois singulier qui actualise un certain nombre de virtualités. L'interactivité va se constituer à travers une **articulation construction/interprétation** qui se révèle porteuse de sons. Le passage du **texte** à **l'hypertexte** peut se définir comme une tendance au mélange des fonctions de **lecture** et d'**écriture**.

Comme le rappelle P. LEVY : « *Tous les textes publics accessibles par le réseau Internet font désormais virtuellement partie d'un même immense hypertexte en croissance ininterrompue... Les hyperdocuments ouverts accessibles par un réseau informatique sont des puissants instruments d'écriture-lecture collective* ».

- Quelles vont être les *conséquences* de la constitution planétaire d'un Cyberspace en perpétuel expansion ?
- Quelles retombées bénéfiques ou néfastes peuvent êre attendues pour les sociétés et les individus?

Les conséquences vis-à-vis des sociétés renvoient à un questionnement et une recherche de réponses qui sont d'ordre **sociologique** et **politique**. Vis-à-vis des individus, les questions sont plus d'ordre **éthique** et **juridique**.

Quelles conséquences socio-politiques :

Il faut entendre le mot « politique » dans deux sens :

- au sens de « Polis », de **l'organisation de la vie de la cité**.
- politique, au sens de **l'exercice des pouvoirs** et en particulier l'exercice des pouvoirs étatiques.

- Vie de la cité : il est impossible d'envisager de façon exhaustive l'ensemble des transformations sociales qu'entraîne le développement des réseaux informatiques et des autoroutes de l'information. On peut cependant supposer à terme un **bouleversement du quotidien** portant en particulier sur : le travail, les loisirs, l'instruction et l'éducation, la santé, l'habitat et les produits de consommation usuels etc... Ce bouleversement au quotidien ira-t-il jusqu'à un changement de civilisation? (Léo Scheer).

- L'exercice des pouvoirs : c'est là, sans doute, l'aspect le plus problématique du réseau Internet... Nous avons déjà évoqué son caractère actuellement « ingouvernable ». Allons plus loin, Internet semble remettre en cause tous les pouvoirs en exercice et en particulier, les pouvoirs étatiques, ceux qui s'appuient sur la notion classique de « souveraineté ». A savoir, l'Etat dans ses prérogatives dites « régaliennes » :
  - Frapper la monnaie,
  - Lever l'impôt,
  - Faire la guerre,
  - Edicter des lois...

a) Frapper la monnaie : les aspects socio-économiques d'Internet

Chaque époque a privilégié une voie de communication permettant l'échange de biens et de service : la voie romaine, puis le développement des liaisons maritimes, suivi de l'essor du rail, relayé bientôt par la généralisation du transport aérien. Nous en sommes à Internet et aux **autoroutes de l'information**.

La mondialisation de l'économie n'est possible dans sa forme actuelle que grâce aux réseaux informatiques. Des sommes énormes transitent d'un ordinateur à l'autre aux quatre coins de la planète... **L'argent électronique** est en passe de supplanter l'argent tout court !.... L'ancien roi de Lydie à qui l'on impute l'invention de la monnaie pouvait-il soupçonner qu'un jour, les premières effigies qu'il mettait en circulation pourraient être remplacées par des inscriptions numériques dans les réseaux électroniques?

Dans les Cyberespaces, la matérialité de l'argent disparait et l'on effectue en fait des transactions financières virtuelles à partir d'échange d'informations. L'usage grandissant des réseaux informatiques, en entraînant une virtualisation de l'économie de

plus en plus marquée, donne aux **impératifs monétaires** et aux systèmes bancaires une primauté et une domination déterritorialisée, jusque là inconnues...

Jusqu'à présent l'économie classique a fonctionné sur le postulat de la **rareté des biens** à partir du fait que tout bien consommé est détruit et que la **cession** où **l'acquisition** d'un bien est **exclusive** ou **privative**... Dans un espace virtuel ou l'échange d'information est déterritorialisé, consommer ou consulter une information ne la détruit pas et la céder ne la fait pas perdre. On voit par là-même que la **notion de propriété** au sens romain de la pleine propriété, n'a plus le même sens et que *l'usus, le fructus,* et *l'abusus* sont à redéfinir dans le Cyberespace.

Dans ces conditions, comment un état pourrait-il encore se risquer à frapper la monnaie? Cela risque d'apparaître à terme comme de plus en plus inutile et économiquement inopérant, dans la mesure où la majorité des échanges efficients en terme de circulation de biens et de service se situera ailleurs... dans le Cyberespace...

b) Lever l'impôt

L'économie de l'immatériel, triomphe de la nouvelle société de l'information qui se met en place actuellement, risque de priver les états de revenus substanciels. Aux USA et en Europe, les Etats réfléchissent aux moyens techniques qui leur permettraient de prélever une taxe sur l'échange des données. Par exemple, chaque « bit » d'information rapatrié sur un ordinateur subirait un taux d'imposition fixe. A quand le « modern fiscal »? Il serait actuellement à l'étude... Mais sa mise en place semble peu compatible avec la mondialisation d'un réseau et suppose une entente internationale. Etat-constructeur peu probable à court terme dans une logique de compétition économique.



c) Faire la guerre

L'origine d'Internet est militaire : il s'agissait, pour échapper au champ de bataille, de décentraliser et de délocaliser l'information, ce qui la rendait moins facilement destructible . Le paradoxe c'est que, actuellement, le réseau s'étant internationalisé, il serait lui-même devenu un champ de bataille pour une nouvelle forme de guerre, **la guerre de l'information** (Infowar).

Mille procédés peuvent être employés dans ce type de guerre : **désinformation**, **manipulation**, **destruction de données** etc... Cette guerre serait menée aussi bien par certains états que par des groupements économiques influents, ou même des cyberterroristes. Pour certains, la perspective d'un accident global, volontaire ou non, sorte de « Pearl Harbour électronique » ou « Tchernobyl informatique » est probable dans les années à venir. Ces catastrophes pourraient toucher les grands centres d'informations financiers et militaires des principaux pays industrialisés.

La standardisation des matériels et des procédures qui a fait le succès d'Internet se révèle dans ce sens un facteur de fragilisation. Dans ce type de guerre, contrairement à la guerre classique, les états ne sont pas a priori mieux armés et plus performants que certains groupes pirates bien informés et expérimentés...

Les protections indispensables sont parfois techniquement difficiles à mettre en place et d'une efficacité souvent toute relative (contrôle des passerelles, cryptage, etc...). Va-t-on vers un retour partiel au cloisonnement des réseaux?

d) Edicter des lois

Internet peut sembler à certains un **espace de liberté absolue**, où la liberté d'expression serait totale, où les seules limites imposées seraient les contraintes techiques... De fait, le réseau est la porte ouverte à tous les trafics et perversions imaginables. Comment envisager qu'un **espace social** même virtuel, puisse échapper à la mise en place d'un minimum de lois...On peut cependant évoquer les tentatives de contrôle des états vis-à-vis d'Internet. Ces états se divisent en deux catégories :

- Les **états d'inspiration totalitaire**, qui cherchent à contrôler directement l'acès de leurs membres à Internet par des mesures administratives restrictives.
- Les **états d'inspiration démocratique**, qui cherchent à instaurer des règles du jeu par l'intermédiaire du droit.

Mais tous se heurtent actuellement à un même problème : un certain nombre de lois, si élaborées soient-elles, sont techniquement inapplicables car proposées qu'au seul bon vouloir de l'ensemble des hôtes qui peuvent les **ignorer** ou les **tourner** en toute impunité...

Internet et Psychiatrie

D'une façon générale, les psychiatres ne sont pas très attirés par l'informatique. L'ordinateur leur apparait souvent comme un instrument d'objectivation et de réification du monde, inapproprié à les aider dans leur relation soignante. Mais espérons-le, ils vont être de plus en plus nombreux à utiliser le réseau comme outil d'information scientifique.

Du point de vue du psychiatre, il me semble intéresant de se questionner sur ceux qu'on appelle les « **accros** » **du Net**, surtout pour ceux qui transforment ce passe-temps en une véritable dépendance qui s'apparente par bien des points à une pharmacodépendance. Ils ne trouvent alors comme seule limite à leur passion que les réalités financières.

On sait qu'au-delà des classiques dépendances à certaines substances psychoactives, le D.S.M. IV autorise à décrire **des dépendances comportementales** qui se manifestent par des comportements irrépressibles répétitifs. Pour LEJOYEUX et

Collaborateurs : « *Le besoin de se connecter à un univers aussi virtuel que parfait, représente un monde de satisfaction immédiate de besoin ne souffrant aucune attente. L'acte de se connecter devient alors l'objet réel de l'addiction* ».

Mais en pratique, il reste toujours difficile de différencier ce qui relève de la passion excessive, de ce qui concerne la pathologie. A quel moment, d'accro du NET devient-on un « **junckie du réseau?** »...

Nous avons déjà évoqué l'implication subjective nécessaire pour que la personne face à son ordinateur actualise de l'information. Arrêtons-nous quelques instants sur les raisons qui peuvent pousser un sujet à devenir à ce point dépendant d'une machine. Que cherche-t-il? Pourquoi tant de temps consacré?... Il nous faut bien admettre qu'il se joue là quelque chose qui a à voir avec son désir. Mais **l'interactivité Homme/machine n'est pas un dialogue,** la machine ne désire rien, il n'y a pas d'intersubjectivité. Parfois, cependant, l'interface Homme/machine peut donner l'illusion d'un dialogue. Cette illusion est d'ailleurs recherchée par les ergonomes qui veulent améliorer la relation entre l'homme et l'ordinateur. Mais d'où provient cette illusion?...

Il est vraisemblable que le sujet attribue inconsciemment à la machine **un savoir sur son désir** qu'elle n'a évidemment pas. Rappelons-nous l'impression d'inquiétante étrangeté suscitée par l'ordinateur qui se met désirer dans « 2001 ODYSSEE DE L'ESPACE » de Stanley KUBRIC ... Comment cette illusion est-elle possible?

Sans entrer dans une élaboration psychopathologique complexe dont je ne possède pas les éléments, je voudrais brièvement formuler trois hypothèses :

- L'écran informatique fonctionne comme un masque : on sait que dans les cultures primitives le masque personnifie **la présence** des Dieux. **Le masque cache autant qu'il montre**. Le caché étant en l'occurence sur INTERNET un savoir « potentialisé » et mondialement réparti.
- L'écran fonctionne comme fenêtre sur un onde **sans paysage** mais que l'on peut prendre pour un « ailleurs » à explorer, un monde renvoyant a priori à **un savoir totalisant** qui peut être la porte ouverte à toutes les tentations mégalomaniaques.
- L'écran fonctionne comme un miroir, support de la projection des désirs et des fantasmes du sujet.

Ces trois fonctions ensemble, entretiennent l'individu dans l'illusion d'un dialogue avec son ordinateur.

On le voit, oui, on peut aussi **délirer** sur INTERNET....



PSY CAUSE III

A L'EST, DU NOUVEAU

Dans ce dossier, sont rassemblés divers écrits témoignant de la situation dans l'ex « Europe de l'Est », ex Union Soviétique et démocraties populaires. Trois pays, trois cas de figure, au travers desquels pointe une certaine diversité dans l'apparent monolithisme d'un passé commun encore récent.

Deux articles nous ont été adressés par des **collègues Tchèques** venus en stage ces deux dernières années au Centre Hospitalier de Montfavet. Ils témoignent à la fois d'un passé créatif et d'un devenir en pleine mutation.

Un récit accablant sur l'univers totalitaire et fou de Ceausescu, s'achève sur un message d'espoir teinté d'inquiétude quant à la mutation d'une **Roumanie** sinistrée économiquement et psychologiquement.

La mission humanitaire en **Ukraine**, de cinq étudiantes en soins infirmiers, d'Avignon, brosse un tableau dont l'émotion est à la limite du soutenable, sur l'état de misère et d'incurie d'un orphelinat qui nous ramène plus à l'Angleterre de Dickens qu'au pays de Lénine, mais qui a le courage d'appeler à l'aide et de se confronter au regard extérieur, ce qui somme toute est une extraordinaire note d'espoir.

A l'Est, il y a du nouveau....



Baia Mare, Roumanie, 1969

LA PSYCHOTHERAPIE DE LA SCHIZOPHRENIE
Retrospective d'une période de 30 ans en Silésie tchèque et Moravie du Nord

Pavel HLAVINKA
Psychiatre Chef de Département
et Petr TARABA
Psychiatre
Département des soins aux psychotiques
Hôpital Psychiatrique d'Opava
République Tchèque[1]

Pavel HLAVINKA et Petr TARABA sont deux psychiatres venus en stage au Centre Hospitalier de Montfavet. Ils exercent en Moravie, à Opava, non loin de la Silésie Polonaise et à proximité de la maison natale de Sigmund Freud. Leur établissement est divisé en quatre départements : Alcooliques et Toxicomanes, Gérontopsychiatrie, Pédopsychiatrie, Psychotiques. Les deux auteurs nous proposent une rétrospective des 30 dernières années dans leur hôpital et tout particulièrement dans leur service (Département des soins aux psychotiques).

C'est au début des années 60, que l'on a imposé l'idée, dans le sanatorium psychiatrique d'Opava, de faire des psychothérapies systématiques, surtout celles de la schizophrénie. C'était une époque de transformations importantes dans notre sanatorium.

En 1959, le congrès qui fut organisé à la station thermale de **Jeseniby**, fut d'une grande importance pour le sanatorium d'Opava.

Un **groupe psychodramatique** avec M.Buxbaum et M. Siroky à sa tête, est né là bas. Ces thérapeutes ont suivi les principes de M. Moreno qui fut l'un des participants à ce congrès historique. Ils ont utilisé sa méthode psychodramatique et ont commencé à la mettre en pratique pour des soins psychothérapiques.

En 1962, on a commencé à pratiquer systématiquement des psychothérapies de groupe. Le système mis en place, comprenait déjà l'art-thérapie, la psychogymnastique, la psychothérapie de groupe biographique et nosographique, et aussi la sociométrie.

Le système d'Opava comprend le programme de 8 jours et contient des groupes psychothérapiques, des accès musicaux et art-thérapiques. La psychothérapie psychodramatique est de la première importance parce qu'elle aide à approfondir des capacités sociales. Le psychomélodrame utilise la musique pour renforcer des émotions. La fondatrice de cette technique est Mme I. Strossova.

Et ce qui est intéressant, est d'avoir pu retrouver dans le journal que les malades ont eux même publié, leurs sentiments pendant les activités thérapeutiques.

---

[1] Psychiatricka Lecebna, 74633 OPAVA, République Tchèque.

A partir de 1962 (c'est à dire durant les 10 premières années), l'équipe thérapeutique comprend essentiellement 2 infirmières psychothérapeutes qui sont avec des malades toute la journée, c'est à dire du matin au soir. Puis, c'est le médecin, le médecin chef et le psychologue.

En 1972, commence une nouvelle époque dans le domaine de notre psychothérapie. **Un département indépendant-le primariat** - est né. Il se fonde sur la psychothérapie qui est devenue la méthode la plus importante dans les travaux psychiatriques et psychologiques.

A partir de 1974, le système d'Opava est devenu **une base pour l'instruction** des psychologues tchèques. Notre travail est présenté dans les conférences.

Et **le premier Club extra-muros** créé en République Tchèque, situé à l'extérieur du sanatorium psychiatrique d'Opava, a commencé à fonctionner **en 1982** (1)

Plus tard, d'autres groupes psychothérapiques ont été fondés dans notre région ; par exemple **le premier sanatorium** pour les malades traités ambulatoirement, à Ostrava Poruba **en 1990**.

A partir de 1991, il existe dans notre département, deux groupes psychothérapiques :

° *Le groupe N°1* - se concentre sur les malades traités pour la première fois. On y utilise les psychothérapies nosographiques et biographiques, le psychodrame, parfois les psychomélodrame, l'art-thérapie, la psychogymnastique et la psychothérapie d'interaction.

° *Le groupe N°2* - se concentre sur les autres malades. On y utilise le psychodrame, l'art-thérapie, la psychogymnastique, la psychothérapie d'interaction et la psychothérapie du travail à l'atelier.

Dès 1962, on a commencé à organiser presque chaque mois des clubs intra-muros dans le sanatorium psychiatrique, et il y a, à présent, plus de 300 séances où les thérapeutes, des malades et des anciens malades se rencontrent. Ces séries deviennent de plus en plus l'endroit où les malades viennent volontairement pour se faire traiter.

Notre système d'Opava, qui se concentre sur les traitements de la schizophrénie, compose une partie de la psychothérapie d'intégration.

On souligne l'importance de l'analyse de la maladie, pour comprendre mieux sa raison, et l'importance des premiers symptômes et de la nécessité de prendre des médicaments. On souligne aussi l'importance de la réalité sociale : cela veut dire le retour dans la famille, au travail, à l'école.

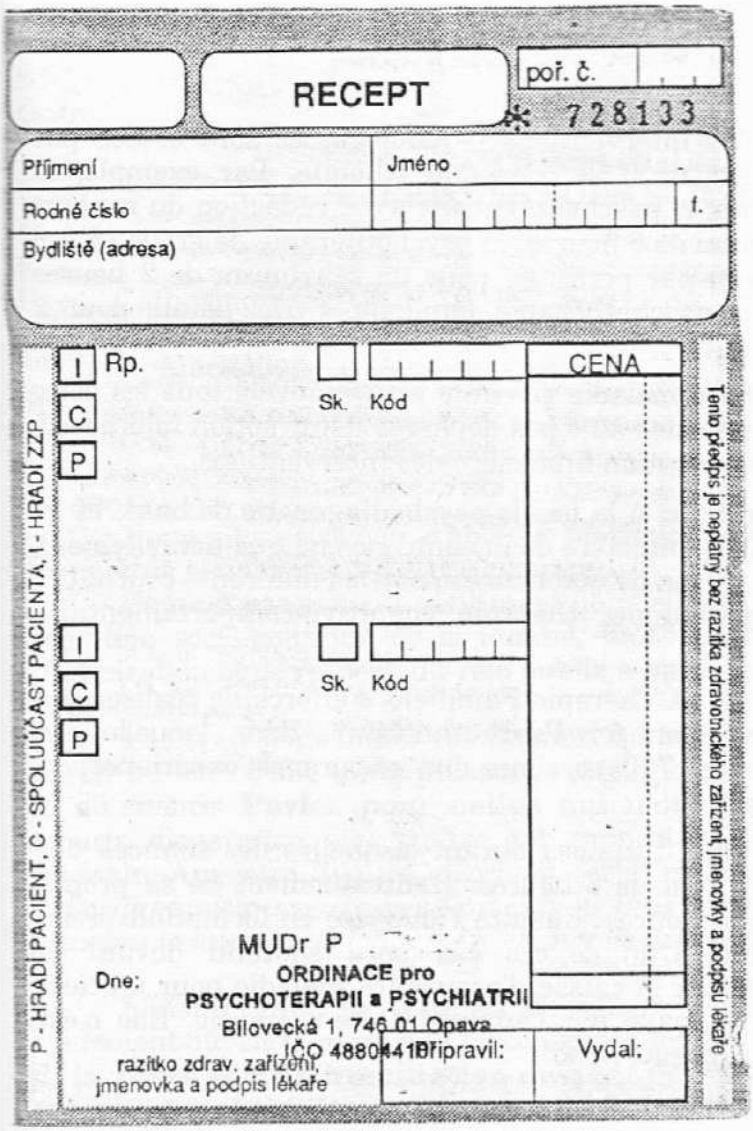
Pendant cette période de 34 années, de prise en charge par la psychothérapie, plus de 3 000 patients (dont les 2/3 sont des schizophrènes) ont participé aux groupes.

* * *

Lors de leur exposé à l'Espace Médical du Centre Hospitalier de Montfavet, en octobre 1996, nos Amis Tchèques ont précisé l'organisation de la psychiatrie dans leur région. Leur établissement psychiatrique comporte en intra-muros les divers départements de soins hospitaliers. Dans le cursus d'un patient psychotique, il y a lieu de différencier 3 types de pavillons : le pavillon d'entrée et le pavillon curatif (fermés), et le pavillon de réhabilitation (ouvert). Le Club extra-muros est à l'extérieur des limites de l'hôpital. Quant aux structures de type C.M.P., elles sont gérées par le privé.

---

(1) à l'initiative de Pavel HLAVINKA



RECEPT

poř. č. 728133

Příjmení | Jméno

Rodné číslo | t.

Bydliště (adresa)

I Rp. | C | P — Sk. Kód — CENA

I | C | P — Sk. Kód

P - HRADÍ PACIENT, C - SPOLUÚČAST PACIENTA, I - HRADÍ ZZP

Tento předpis je neplatný bez razítka zdravotnického zařízení, jmenovky a podpisu lékaře

MUDr P

Dne:

ORDINACE pro PSYCHOTERAPII a PSYCHIATRII

Bílovecká 1, 746 01 Opava

IČO 4880[illegible]41

razítko zdrav. zařízení, jmenovka a podpis lékaře

Připravil:

Vydal:



OPAVA

LE PSYCHOLOGUE EN REPUBLIQUE TCHEQUE

Ivan GALUSZKA
Psychologue(1)
Bila Voda
République Tchèque

Pour votre information, je vais essayer de décrire quelques règles fondamentales concernant le métier de psychologue, dans mon pays.

Les études de psychologie à l'université ont un accès limité par un numérus clausus. Après deux ans et demi de travail dans le service public de santé, le psychologue peut passer un examen spécialisé qui l'autorise à exercer comme spécialiste indépendant. Il peut alors avoir son cabinet de psychologue, ou s'installer en polyclinique. Pour pouvoir ainsi travailler, il doit préalablement obtenir l'accord de la caisse d'assurance maladie générale qui est la plus grande de nos institutions, et qui garantit le réseau utile des soins médicaux. Il peut ensuite signer des accords avec les autres caisses d'assurance maladie.

---

(1) Ivan Galuszka, Kliniky Psycholog, Psychiatrica Lecebna 790 69 Bila Voda, U Javornica, République Tchèque

Ensuite, ainsi conventionnées, les interventions psychologiques sont cotées par des points dont la valeur actuelle est de 0,59 couronne tchèque. Par exemple, la psychothérapie individuelle = 512 points, le psychodiagnostic avec rédaction du rapport = 256 points de l'heure pour un maximum de 6 heures, la psychothérapie de groue (5 à 8 personnes) = 48 points de la demi-heure par personne pour un maximum de 2 heures (soit un maximum de 1536 points), la psychothérapie familiale = 512 points pour 2 heures, etc...

L'accord avec la caisse d'assurance maladie générale est renouvelé tous les deux ans. La caisse fixe un volume financier d'actes à ne pas dépasser. L'infraction tolérée est de 10%. Ensuite la caisse réduit la compensation financière des interventions...

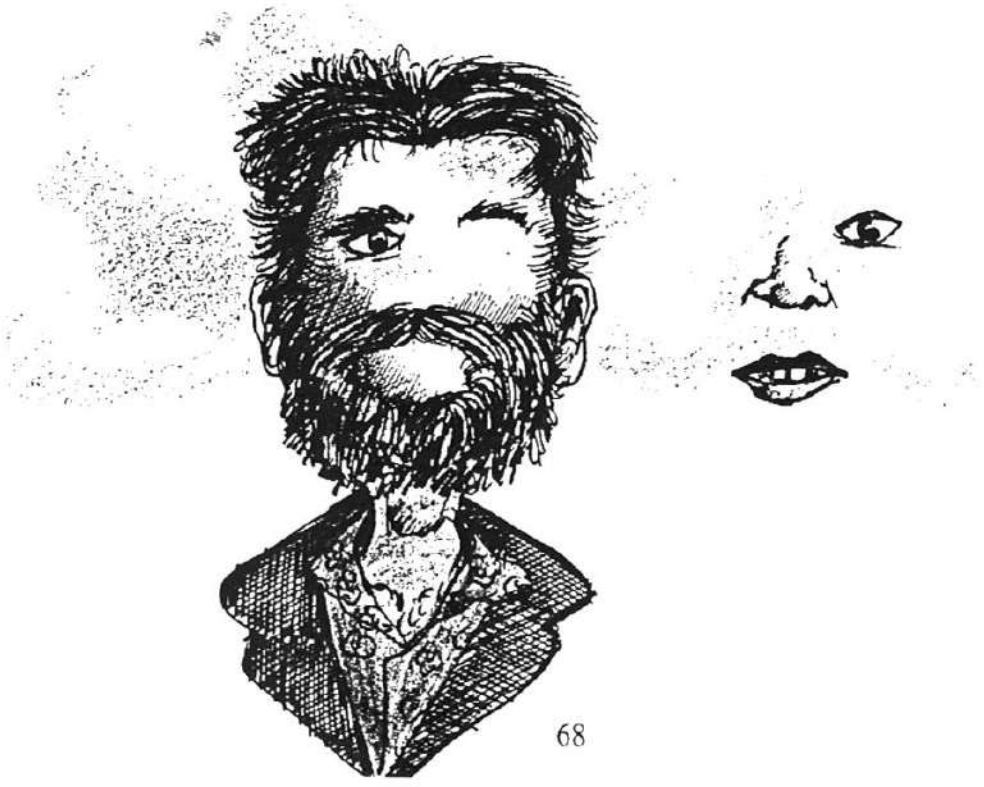
La plupart des psychologues pratique à la fois le psychodiagnostic de base, et la psychothérapie selon quelque courant. Le ministère de la santé revendique actuellement l'enseignement de la psychothérapie à raison de 500 heures pour les différents courants : psychanalyse, thérapie familiale systémique, thérapie cognitive-comportementale, hypnose, et psychophysiologie.

La Société pour la Psychothérapie et Thérapie Familiale, s'efforce de réaliser des conditions de « The European Association for Psychotherapy », dans laquelle elle envisage de prendre part, en organisant 730 sessions sur sa propre expérience, la théorie, le travail pratique, la supervision.

La formation psychanalytique dure 3 années durant lesquelles des séances ont lieu pendant la semaine, à raison d'un total de 2 heures. L'entrainement de sa propre expérience psychanalytique englobe 600 heures. Ensuite l'analyste en formation prend en charge deux cas sous supervision. L'un de ces cas sera soutenu devant la commission. L'analyse est remboursée par la caisse d'assurance maladie pour un tiers de son montant, environ, et le solde est payé par l'analysant, de sa poche. Elle n'est pratiquée que dans les grands centres (Prague, Brno).

Les problèmes principaux rencontrés sont les suivants :

- Il y a un manque dans la conception gouvernementale de la santé.
- Le point n'est revalorisé qu'insuffisamment et avec beaucoup de retard.
- Les interventions sont remboursées en retard et certaines financées par des caisses en cours de suppression, ne sont pas compensées.



FEMMES ROUMAINES, FEMMES SOUS SURVEILLANCE

Catherine KISS
Psychiatre - Psychanalyste
Marseille

Ecaterina SARACACEANU
Interne DIS en Psychiatrie[1]
Intersecteur Nord Vaucluse

Nous allons essayer d'aborder plusieurs facettes de la condition de la femme en Roumanie pendant la dictature communiste.

Ce n'est pas sans un sentiment de révolte et de tristesse que l'on peut parler de la condition socio-politique de la femme, tout autant ce n'est pas sans un sentiment d'admiration et de respect, du rôle qu'elle a su tenir sur le plan familial, affectif, culturel et professionnel.

Parler ici pour toutes ces femmes qui ont souffert et qui n'ont pas eu le droit à la parole au nom d'une toute puissante idéologie politique, c'est une occasion de rompre la loi du silence. **Parler pour celles qui n'ont pas pu parler**, puisque parler c'était mourir, disparaître, être traître par rapport à l'unique vérité. Le psychiatre-écrivain roumain, Augustin Buzura, décrivait cette loi du silence en tant que « loi de la survie » : *« Il ne faut pas penser ; cependant si tu ne peux pas t'abstenir, habitue-toi à te taire, si tu ne peux pas te taire, tu as la dernière chance de dire l'inverse de ce que tu as pensé ».*

L'instauration de cette loi du silence dans les régimes totalitaires, c'est bien évidement ouvrir la porte à la méconnaissance du droit élémentaire de l'homme. A partir de là, **toute sorte d'humiliation devient possible**. C'est bien le mot qui convient pour évoquer et parler de la condition sociale de la femme en Roumanie à cette période, avec cette perte de l'identité au nom de l'identité collective et des intérêts idéologiques de l'état.

Tout se décidait ailleurs, un seul homme disposait du destin des autres. Il décidait combien d'enfants chaque famille devait avoir : cinq par famille. Il décidait du lieu où il fallait les faire puisque les couples non mariés étaient interdits dans les hôtels. Il décidait quand il fallait les faire puisque une politique démographique a instauré à un moment donné que ce n'est pas le désir d'enfant qui compte mais le fait d'avoir une natalité importante. **Toute intimité devenait impossible**, surveillée : on entrait dans les maisons, on entrait dans les lits, on entrait dans les pensées.

Les conditions de vie étaient tout aussi absurdes du fait d'une situation économique catastrophique : vivre l'hiver sans chauffage et sans eau chaude, vivre dans une superficie nominative de 18 m2 par personne, dans une pénurie alimentaire totale. C'était l'attente, les queues interminables devant les magasins pour avoir quelque chose au hasard des choses.

C'est ainsi que, sournoisement, s'est installée **l'absurdité de l'anormalité qui est devenue « normalité »** dans le vécu d'un peuple tout entier. Nous en trouvons une traduction littéraire dans le livre Don Quichotte dans l'Est, d'Octavian Paler : *« La non acceptation de la normalité comme un fait normal ne semblait pas tellement un acte de courage qu'une faille de l'instinct de conservation. Ainsi nous sommes devenus des spécialistes de l'acrobatie sur fil (funambulisme)... Nous avons vécu pendant des années avec le sentiment que la vérité est comme une pâte à modeler qui peut prendre n'importe quelle forme... Peut-être celle-ci est l'enfer : le mal banalisé ».*

---

[1] Service du Docteur Reynaud, Centre Hospitalier de Montfavet 84143 Tél 04.90.03.92.29

Pour la femme comme pour l'homme, les lois du silence et du mensonge, de l'humiliation et de la soufrance, se sont imposées. Au début du régime communiste, les femmes devaient utiliser l'avortement comme seul moyen de contraception et l'on pouvait rencontrer facilement des femmes qui avaient avorté vingt à trente fois dans leur vie. En 1967, la raison d'Etat, toujours bien entendu sans aucune réflexion d'ordre médical, décida qu'à partir de ce moment-là les avortements seraient interdits et punis par une peine d'emprisonnement, tant pour la femme que pour le médecin. Le désastre s'est précipité : la naissance d'un enfant s'est imposée sans aucun soutien économique, dans des conditions de vie extrêmement difficiles, sans nourriture essentielle (pas de lait), sans structure d'accueil adaptée pour les enfants (crèches, écoles, maternelles), sans aide sociale ou financière pour la mère et sans structure hospitalière humaine pour les enfants et les femmes enceintes.

Les femmes devaient porter le lourd poids d'une oppression économique et morale puisqu'elles devaient élever les enfants dans la misère et répondre en même temps à la mégalomanie de Ceausescu qui demandait et **exigeait que chaque famille ait cinq enfants et ce jusqu'à 45 ans** (après cet âge, l'avortement était permis). Les femmes et leurs futurs bébés étaient pris en otage, inscrits sur des listes, suite au contrôle gynécologique dans les entreprises et les lycées. Les médecins exécutants étaient eux-mêmes pris en otage par la Securitate et le procureur de la République. Chaque médecin était obligé par la loi d'en référer à une instance juridique avant de pratiquer des soins sur une femme suspecte d'un avortement provoqué. Ce n'était certainement pas la première fois que la médecine était utilisée au profit de l'idéologie politique, que les médecins « volens nolens » devaient faire la « police gynécologique ». L'avortement était un crime contre l'Etat et sanctionné en conséquence, gravement.Ceausescu a pu violer le code de la Santé publique et le serment d'Hippocrate en toute impunité en empêchant les gynécologues de pratiquer leur métier et de surveiller la vie d'un certain nombre de femmes. Du reste, même le serment d'Hippocrate avait été modifié et politisé. Le nombre des femmes décédées suite à des avortements septiques fut très important en Roumanie. Décréter l'avortement comme un crime contre l'Etat, empêcher l'assistance à la personne en danger fut un des crimes contre l'humanité supplémentaire de ce régime.

La femme est doublement meurtrie. Elle est obligée de donner la vie mais dans l'impossibilité de l'assumer. Les orphelinats de Roumanie ont du reste soulevé la consternation du monde entier par la découverte d'une réalité tellement dure face à un discours officiel tellement contraire (contradictoire).

Mais comment une telle folie fut-elle possible?

Dans un régime de dictature communiste tout est possible. La peur s'installe petit à petit et la priorité est de survivre. Pour cela, il faut pouvoir avoir une vie intérieure secrète et une vie publique : « *l'homme acrobatique* » de Paler. Le courage devenait de plus en plus une folie et la lâcheté une attitude sage. Pourtant, tout ce peuple, toutes ces femmes qui ont connu de telles humiliations, qui ont connu la révolte, la peur, le désespoir savent encore aujourd'hui parler d'amour.

Aucun régime ne peut briser l'âme.

Dans les conditions de vie telles que nous les évoquons, la femme ou la mère gardait le rôle traditionnel de celle qui devait faire vivre la famille, s'occuper des enfants, des petits enfants et maintenir ainsi une structure familiale stable. les enfants restent longtemps chez leurs parents et les liens restent pour toujours extrêmement forts. Les échanges entre générations sont importants grâce à une tradition conservée et aussi bien évidemment à un grand besoin d'entraide matérielle et morale dans de telles condItions de vie.

La famille restait le dernier refuge, devant un mouvement qui devait raser les maisons, les églises, les livres, la culture, l'art. La famille a pu opposer une résistance à l'intrusion politique de la culture communiste. La force de créativité de la femme, sa

vocation éducative, l'amenèrent à des sacrifices très importants, voire même celui de sa propre personne. Contrairement à de nombreuses sociétés traditionnelles, la femme roumaine avait accès au savoir. Son activité professionnelle était une nécessité pour la survie de la famille. Du reste, dans un pays communiste, les femmes et les hommes sont égaux, ils ont les mêmes possibilités au travail, aux études et aux salaires. La discrimination était d'ordre politique : origine sociale, appartenance au Parti, fonction dans l'appareil d'Etat. Les projecteurs s'orientaient toujours vers l'acteur politique, cette égalité a eu un effet positif mais la nécessité de travailler pour les femmes n'a jamais tenu compte des tâches domestiques qui leur revenaient traditionnellement.

Il est aujourd'hui difficile de décrire et d'expliquer la situation actuelle en Roumanie. **Le rêve de la liberté retrouvée nous a soulevé le coeur**, nous a fait prendre conscience de l'immense importance de cette liberté. Aujourd'hui, il semble qu'il laisse aussi sa place à une certaine désillusion. Au sortir de cette dictature, les individus étaient comme des robots téléguidés à qui on donnait des droits mais qui ne savaient pas qu'en faire.

Aujourd'hui, la condition de la femme est en plein changement avec une démarche de libération d'ordre sexuel,socio-familial. L'avortement est permis et on trouve enfin tous les moyens de contraception médicalement admis. L'oppression politique, « cliniquement décelable » a disparu et on se sent libre à tel point qu'on touche parfois à la « folie ». Pourtant, la catastrophe et les grandes difficultés économiques actuelles rendent la vie de tous, plus particulièrement des femmes, encore extrêmement difficiles. Aujourd'hui, on trouve de tout en Roumanie mais nous n'avons pas les moyens pour l'acquérir.

Bien entendu, on remarque encore assez facilement et peut-être pour longtemps la persistance d'anciennes habitudes, et on espère des modifications, des changements qui nous permettront de combattre, dans les années à venir, ces habitudes.

L'ouverture et les échanges avec l'autre deviennent pour nous extrêmement précieux, l'échange avec le monde, l'échange de paroles, paroles possibles. Si nous pouvons parler c'est pour témoigner, non seulement du passé, mais aussi du présent, pour être peut-être des femmes du souvenir, bien sûr, mais aussi des femmes de l'avenir.



Monument à la gloire des femmes de la Roumanie de Ceausescu

UNE ACTION HUMANITAIRE EN UKRAINE
Témoignage des cinq volontaires de l'IFSI d'Avignon

En Juin 1996, un groupe d'étudiants de troisième année, de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers d'Avignon[1], est parti en Ukraine pour une action humanitaire auprès de l'orphelinat de Vulcena situé en Transcarpatie à 200 kilomètres de la frontière hongroise.. Cinq volontaires veulent témoigner ici de leur vécu : « Merci d'accorder à notre action quelques lignes dans votre revue. Merci de faire vibrer ces quelques mots qui pourront à jamais résonner dans les collines ukrainiennes. Merci à tous les lecteurs qui permettront à tout l'orphelinat de s'ouvrir et d'être à jamais écouté »

En prenant les routes vers l'Ukraine, nous voulions affirmer nos responsabilités vis-à-vis des autres.

Les couloirs sont peu éclairés, le silence rôde dans une lourde atmosphère et le personnel qui se trouve là se demande ce que les jeunes français pourraient venir faire dans un endroit si étrange. Ne m'avait-on pas dit quelques heures avant : « *mais que pourriez-vous faire là bas?* ».

Je ne suis pas effrayée mais plutôt dérangée par l'odeur insoutenable qui règne près des paillasses, dans les armoires à linge, dans (literie) les chambres. Les enfants sont sur leur lit. Il n'y a pas de jouet, pas de sourires. Ils sont plutôt calmes. Je comprendrais qu'ils sont tous en danger, tous en train de mourir !

Alors, avec le groupe, je me suis portée vers les enfants : il faut les regarder, se sourire, pouvoir s'approcher, se toucher, afin de se connaître et faire reculer leurs cris de frayeur.

Six jours sur sept, je construis une action de reconnaissance avec l'autre, et je suis étourdie par la violence des rapports qu'il faut construire avec ces enfants. Je puise optimiste dans la solidarité du groupe pour briser cette souffrance.

Aujourd'hui, je suis un porte-parole de cette souffrance ; un témoin qui ne cédera jamais ni à la contrainte, ni au désespoir ou à la lassitude... de façon à briser la souffrance.

J'ai tendu ma main pour recevoir énormément de tous ces enfants, de tous les Ukrainiens et de mes amis de la mission. Donner pour Recevoir. Recevoir pour se grandir. Merci à tous.

Florence LEGENDRE

* * *

Le bain

Le bain a lieu une fois par semaine pour les deux cents enfants de l'orphelinat. C'est le jour du grand ménage : enfants lavés, lits refaits, vitres et sols nettoyés, odeurs soulevées.

Le bain se déroule ainsi : une grande bassine par chambre de 10-15 enfants, remplie par quelques centimètres d'eau (eau qui ne sera pas changée pour toute la durée du bain) ; un broc d'eau plus ou moins chaude qui servira pour rincer les enfants ; un tout petit bout de savon noir ; et enfin 2 à 3 serviettes de bain par chambre.

---

[1] IFSI d'Avignon , Tél 04.90.13.17.30

Autant vous dire que nous n'avons pu être que spectateurs du premier bain auquel nous avons assisté. Tout allait extrêmement vite. L'enfant était transporté de son lit à la bassine. A peine posé dans l'eau, il était savonné, « rincé » et vite retransporté sur un lit encore sale où on le « séchait » pendant qu'un autre arrivait dans la bassine. Pas le temps d'un sourire, pas le temps d'une caresse, des cris, des pleurs, il fallait se débarasser au plus vite de cette besogne. Les enfants essuyés, étaient entassés sur un autre lit, propre cette fois ci, en attendant que le lit de chacun d'eux, soit refait.

Une fois le bain terminé, les cris estompés, les odeurs retombées, si un efant se salissait, une seule conduite à tenir : attendre la semaine d'après, pour qu'il soit relavé!

Maud ALLAIN

* * *

Au delà des mots

Les relations privilégiées avec les enfants étaient parfois difficiles : c'était de grandes chambrées avec plein de « bouts de chou » qui vous entouraient, vous touchaient ... et il y avait la barrière linguistique. Les relations ont été tactiles par l'intermédiaire de massages, de caresses ; elles ont été vocales en leur parlant, en chantant ; elles ont été ludiques.

Le plus difficile a été d'établir une relation avec des enfants qui étaient très renfermés sur eux mêmes, autistes et qui rejetaient toute approche ou recherchaient le contact par la violence. J'ai alors ressenti un manque dans le comportement à adopter et dans les connaissances sur ces enfants.

Cela a été une expérience très enrichissante car si nous ne parlions pas l'Ukrainien, nous avons tout de même pu établir une relation de confiance qui a permis de faire passer beaucoup de choses.

Alice BADINO

* * *

De grandes carences affectives

- Enfants repliés sur eux mêmes,
- Enfants refusant toute forme de relation, le seul regard étant intolérable,
- Enfants ne parlant pas la même langue que nous, mais communiquant par le regard ou les gestes,
- Enfants recherchant le contact physique, que ce soit par une main tendue ou par l'agression,
- Enfants souriant dès qu'ils sentent une caresse,
- Enfants s'automutilant dès l'approche d'une tierce personne...

En bref de grandes carences affectives entraînant des troubles de la relation. Toutefois le contact est possible sous différentes formes : par le soin, par le toucher, par le regard. L'échange est possible avec certains, mais il est difficile de mettre des mots sur un ressenti aussi fort. En fin de compte, nous avons constaté de gros troubles du comportement au sein desquels la relation n'estpas facile.

Mireille MARTIN

Des enfants d'Ukraine

Je vais parler tout d'abord des « enfants qui marchaient », qui étaient soit dehors, soit enfermés dans une salle. Avec eux, c'était difficile : souvent ils criaient, parfois ils nous frappaient. Mais au fur et à mesure de l'écoulement des jours, nous avons réussi à être mieux acceptés et à faire des activités avec eux. Il ne faut pas oublier que certains d'entre eux ont des troubles psychologiques... mais que ces enfants ont d'énormes carences vitaminique, hygiènique et affective.

Il y a ensuite le côté des enfants dits « qui ne marchent pas ». Cette dénomination est fausse car nombre d'entre eux marchent... mais sont attachés à leur lit afin de faciliter le travail.

La relation avec eux était fabuleuse et des liens se sont tissés. Nous voulions leur apporter à tous un peu d'affection, de soin, et améliorer leurs conditions de vie. Nous avons réussi certaines choses et vécu sur le plan relationnel, quelque chose de fabuleux. Ces enfants aimaient le contact et « accouraient » vers nous (tendaient les bras) pour que l'on puisse les emmener avec nous, ce que nous aurions bien fait pour ces 200 enfants.

Le plus dur a été de partir alors que les liens étaient devenus forts. Cette mission a été une bonne expérience mais nous n'avons été qu'une goutte d'eau dans l'océan, et les laisser là a été difficile, je pense, pour nous tous.

Véronique SADURNI



Photographie réalisée par une volontaire de la mission humanitaire, à Vulcena

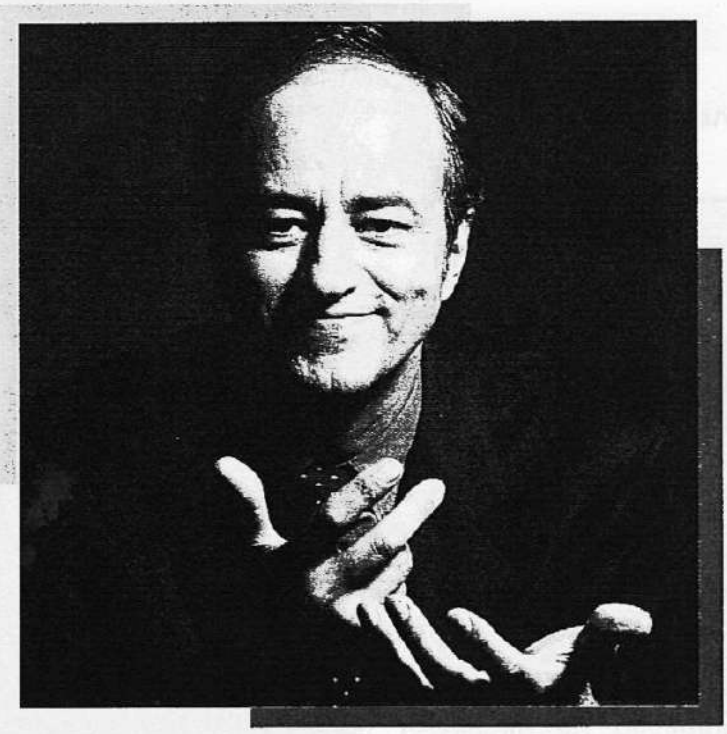
DÉPRESSIONS

FLOXYFRAL® 100mg

Fluoxamine

Comprimé enrobé sécable

SÉROTONINERGIQUE SÉLECTIF



LE JUSTE ÉQUILIBRE

HCP / Mc Cann Healthcare 12-96 BB06/02

FLOXYFRAL® 100mg

Fluvoxamine

Comprimé enrobé sécabl

COMPOSITION, FORME PHARMACEUTIQUE ET PRESENTATION : Maléate de fluvoxamine : 100,00 mg, excipient dont dioxyde de titane q.s.p. comprimé enrobé sécable (blanc) gravé 313 au recto. Boîte de 15 comprimés sous plaquette thermoformée. **DONNEES CLINIQUES* : Indications th rapeutiques :** Episodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés). **Posologie et mode d'administration* :** *Posologie :* La posologie est de 100 par jour en une prise, le soir de préférence. Cette posologie sera éventuellement réévaluée après 3 semaines de traitement effectif à dose efficace pourra être portée, si besoin, à un maximum de 300 mg par jour, en plusieurs prises séparées. *Mode d'administration :* Les caractéristiques pharmac cinétiques de ce médicament autorisent une seule prise journalière, pendant les repas ou à distance de ceux-ci. La prise sera de préférence vespéra **Coût du traitement journalier :** 4,18 F. **Contre-indications :** Hypersensibilité à la fluvoxamine. Enfants de moins de 15 ans, en l'absence d'étud Association au sumatriptan, aux IMAO non sélectifs et aux IMAO sélectifs B (cf. Interactions avec d'autres médicaments). Contre-indications relative - association aux IMAO sélectifs A (cf. Précautions d'emploi et Interactions avec d'autres médicaments). - grossesse. - allaitement. **Mises en garde précautions particulières d'emploi.* Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions*.** ASSOCIATIONS CONTRE-IN QUÉES : • **IMAO non sélectifs.** • **IMAO sélectifs B (sélégiline).** • **Sumatriptan.** ASSOCIATIONS DECONSEILLEES : • **Alcool.** • **IMAO sélectifs (moclobémide, toloxatone).** ASSOCIATIONS FAISANT L'OBJET DE PRECAUTIONS D'EMPLOI : • **Anticoagulants oraux.** • **Antidépresseurs ir praminiques.** • **Carbamazépine.** • **Lithium** (par extrapolation à partir de la fluoxétine et de la fluvoxamine). • **Propranolol.** • **Théophyllines** (bases sels) et **aminophylline.** ASSOCIATIONS A PRENDRE EN COMPTE : • **Autres dépresseurs du SNC. Grossesse et allaitement :** Lors des expé mentations chez l'animal, la fluvoxamine ne s'est pas montrée tératogène. L'utilisation chez la femme enceinte est déconseillée, en raison du fai nombre de grossesses exposées. En raison du manque de données concernant le passage dans le lait, l'allaitement est déconseillé. **Effets indé rables* PROPRIETES PHARMACOLOGIQUES* : Propriétés pharmacodynamiques :** INHIBITEUR DE LA RECAPTURE DE LA SEROTONINE (a dépresseur) (N : système nerveux central). La fluvoxamine ne présente pas d'effet indésirable au niveau cardiovasculaire aux doses thérapeutiques. E a été utilisée chez des patients qui présentaient une affection cardiaque sans inconvénient apparent. **LISTE I. AMM N° 331 983.1 :** 15 comprimés sous plaquette thermoformée. *Pour une information complète, se reporter aux dictionnaires des spécialités. **PRIX :** 62,70 F. Remb. Séc. Soc. à 65% - Collect. **TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE : SOLVAY PHARMA** 42, rue Rouget de Lisle - BP 22. 92151 SURESNES Cedex. Tél : 01 46 25 85 00 **DATE DE REVISION :** Août 1995.

SOLVAY SOLVA PHARM

PSY - CAUSE IV

RUBRIQUES

COURRIER DES LECTEURS

Clinique Saint Paul
Saint Rémy de Provence, le 7 mars 1997

Tous mes voeux de réussite pour votre revue Psy-Cause dans laquelle j'ai particulièrement apprécié la polymorphie des thèmes et des courants, traduisant un véritable esprit d'ouverture dans l'équipe de rédaction.

Docteur Jean-Marc BOULON [1]

Réponse de la rédaction : Des exemples de relations de qualité entre institutions psychiatriques publiques et privées, ont parsemé l'histoire récente de la psychiatrie française. La clinique de Laborde avec Jean Oury, par exemple, influença les pratiques soignantes dans nombre de secteurs de psychiatrie publique. Fondée dans un hôpital public, notre revue est à la disposition de tous les modes d'exercice et souhaite favoriser le dialogue en dehors des clivages, certes des courants, mais aussi des institutions. Lorsqu'en 1995, nous étions quelques uns à créer Psy-Cause, nous ressentions un profond malaise dans les conditions d'exercice de notre Art ; et depuis, la situation ne va pas dans le sens de l'amélioration. L'esprit d'ouverture qui fait toute la richesse d'un débat d'idées, devient nécessité lorsque des remises en question des fondements de notre système de santé, ne permettent plus le splendide isolement. La rédaction de Psy-Cause est sensible à votre propre ouverture et favorable au développement d'échanges scientifiques avec votre clinique, par ailleurs connue pour avoir accueilli un patient prestigieux en la personne de Van Gogh.

---

(1) Docteur Jean -Marc BOULON, Clinique Saint Paul, 13210 Saint Rémy de Provence, Tél 04.90.92.02.31

ACTUALITE SCIENTIFIQUE LOCALE

Jean-Paul BOSSUAT
Médecin Chef de Service [1]
Secteur Chateaurenard, Saint Rémy de Provence
(13G27)

Noves, le 10 Janvier 1997 : Mouvements d'humeur, du petit singe au petit de l'homme

Non loin d'Avignon, sur la rive gauche de la Durance, s'est déroulée une rencontre rassemblant les points de vue de Boris CYRULNIK, psychiatre éthologue, et de Marcel RUFO, professeur à la faculté de Marseille, pédopsychiatre Chef de Service à l'Hôpital Sainte Marguerite.

Boris CYRULNIK met l'accent sur une transmission chez l'animal, transgénérationnelle et en deçà de la parole. Il a constaté que le petit est altéré lorsque l'on a altéré la mère dans sa propre enfance. Par ailleurs, il cite l'exemple des chiens de remplacement, venant à la place d'un animal décédé fortement investi. Ces chiens de remplacement sont disqualifiés par leur maître, victimes d'une représentation humaine les empêchant de tenir leurs promesses génétiques. Tous développent des maladies organiques. Pour Boris CYRULNIK, la question de l'inné et de l'acquis doit être considérablement relativisée.

Marcel RUFO nous parle de sa pratique auprès des enfants avec un certain nombre d'exemples concrets : le problème du don d'organes prélevés sur un enfant mort (une carte de remerciements anonyme est très positive), les innovations dans le vécu mère-bébé en maison d'arrêt, et surtout la prise en charge de l'adolescent qui doit être un accrochage identitaire et non en miroir. Marcel RUFO considère que la psychiatrie de l'adolescent doit être développée et est un objectif prioritaire.

Université d'Avignon, Janvier 1997 : Création d'un DU d'Anthropologie sociale et culturelle appliquée

Ce tout nouveau diplôme d'université à la faculté d'Avignon, a pour principal artisan Marie-France FRUTOSO, psychiatre au Centre Hospitalier de Montfavet qui a concrétisé en ce mois de Janvier, un projet en gestation depuis près de 4 ans.

Le programme établi sur deux années d'enseignement, propose à l'étudiant un parcours théorique débouchant sur des applications concrètes de terrain, formalisées dans un mémoire.

La première année est consacrée à l'étude du champ de l'anthropologie sociale et culturelle (théories de l'homme, de la société et de la culture, préhistoire et histoire, organisation du temps et de l'espace). La culture et la société sont en mouvement, marquées par l'urbanisation, l'universalisation et la mondialisation.Le fait social, pour être appréhendé dans sa globalité, doit être approché pour une population donnée, à travers cinq thèmes:

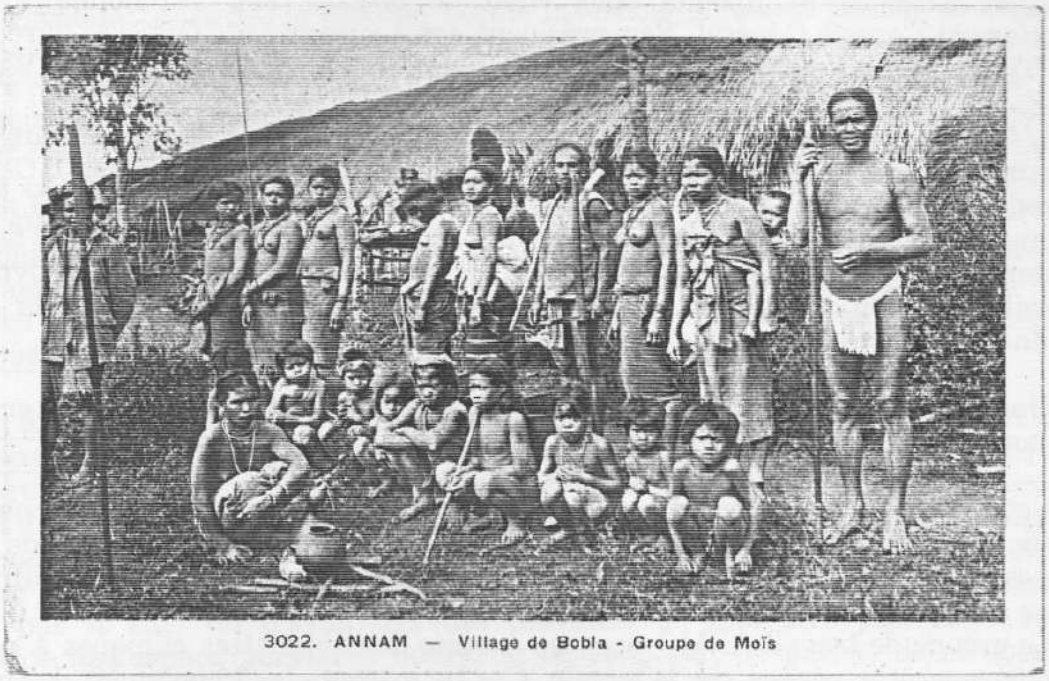
- le rapport au milieu,

---

[1] Secteur 27, Centre Hospitalier, 84143 Montfavet Cedex Tél 04.90.03.92.76

- la société : parenté et alliance,
- l'économie : biens et échanges,
- les systèmes de représentation : rites, mythes et religions,

l'anthropologie politique.



3022. ANNAM — Village de Bobla - Groupe de Moïs

La deuxième année est une application concrète des connaissances acquises selon une approche plus ciblée sur les préoccupations des professionnels inscrits au D.U.. Cette seconde phase de l'enseignement s'articule sur 3 volets :

1 - Les cultures nomades : différentes situations créent un choc des cultures, qu'il s'agisse du colonialisme, de l'ethnocide, et plus généralement d'un mouvement allant du sauvage au civilisé, du rural à l'urbain, de la ville au village mondial. Divers exemples seront étudiés selon divers champs culturels et géographiques : maghreb, gitans, sud et nord américain, afrique, asie.

2 - Les mécanismes de l'intégration , à savoir : l'initiation, le corps, la nourriture, la vie, la mort, la mémoire, la langue, les trames de générations, les références lignagères, les liens d'alliances, les tissus de relations, les lieux, les noms, l'identité, l'identification, les modèles culturels et sociaux, les systèmes de référence, la religion, l'école, la famille, le travail, la télévision, l'intégration des références.

3 - L'étude de tous ces items doit permettre uneanalyse de situations spécifiques qui font l'objet de mémoires : problématiques du logement, de la famille, de l'éducation et de la formation, de la religion, de la santé.

Avignon, salle Benoit XII, le 25 janvier 1997 :
Exil et devenir migratoire, souffrance du sujet

Cette rencontre est co-organisée par l'Association Départementale de Vaucluse pour la Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence (ADVSEA) et par l'association Migration Santé Vaucluse.

L'ADVSEA gère dans le Vaucluse 9 établissements et 250 salariés ; son directeur général est Robert ALMERAS, et son directeur adjoint Jacques PELLEGRIN, tous deux de formation d'éducateur spécialisé. L'association Migration Santé Vaucluse est une structure effectuant un travail de consultation, dirigée par Mohamed HAM, psychologue. Cette seconde association était jusqu'à il y a 1 an, l'antenne d'une association basée à Montpellier. Elle vient de prendre son autonomie avec une subvention du Conseil Général. Son président est Laurent DECOUSTE, directeur de l'AVAPT(association de prévention et de traitement de la toxicomanie dans le Vaucluse).

L'ADVSEA a mis en place un groupe de travail constitué de travailleurs sociaux et d'un psychologue, du service AEMO (Action Educative en Milieu Ouvert). Ce groupe de travail réfléchit depuis 5 ans sur le repérage auprès d'enfants et de familles issues de l'immigration, de ce qui est de l'ordre du culturel, et de l'ordre du pathologique. Il fait appel à un intervenant extérieur, Mohamed HAM. C'est donc dans le cadre de cette dynamique de travail commune à l'ADVSEA et Migration Santé Vaucluse, que pour la seconde année une rencontre est organisée autour du transculturel.

Une première journée au printemps 1995, a fait venir des intervenants travaillant selon l'approche ethnopsychiatrique de Tobie Nathan.

Cette année, l'approche psychanalytique a été privilégiée. Les intervenants ont tout d'abord différencié la situation de la personne en exil volontaire, souhaité, de celle en exil imposé du fait du contexte politique ou économique. Les difficultés et la souffrance du Sujet, ne sont pas les mêmes.

Le groupe de travail AEMO propose ensuite deux vignettes cliniques à partir de situations concrètes vécues sur le terrain. Ces deux exemples témoignent de l'utilité de prendre appui sur un savoir faire de ces interlocuteurs, lié à leur appartenance culturelle. Il a été possible d'établir une relation positive avec un père d'origine Maghrébine grâce au repérage de ce qu'il savait faire : le jardinage. Celui-ci avait un bout de terrain dans lequel il a pu mettre en place un jardin grâce à la valorisation de l'éducateur qui a pu prendre appui sur cela pour son action éducative vis-à-vis d'un enfant en danger. De même une éducatrice a repéré chez une mère d'origine Marocaine, que celle ci faisait le pain pour sa famille. En s'intéressant à cette activité, l'éducatrice a pu aborder un tas de choses. Lorsque l'on veut accompagner ces parents en difficulté et/ou qui mettent en difficulté leurs enfants, une intervention efficace est possible si on se laisse porter sans a priori et avec ouverture d'esprit.

Les intervenants, cette année, ont pris position contre les conceptions ethnopsychiatriques de Tobie Nathan : « *à trop prendre en compte l'aspect culturel, le risque est d'enfermer les gens dans le culturalisme, et de ne pas les aider à réussir leur intégration ici* ».



Carré d'Art, Nîmes, le 30 janvier 1997 :
Les espaces de santé

La Mutualité Gard-Cévennes, l'observation régional de la précarité, de l'insertion et de l'intégration, ainsi que la Mission Locale insertion-jeunes de Nîmes, co-organisent ce 30 janvier un colloque national sur le thème : *Les espaces de santé, une réponse à la souffrance sociale?* Antoine LAZARUS, professeur de Santé Publique à Paris, coordinateur d'un groupe de travail qui a produit un rapport intitulé *Une souffrance qu'on ne saurait cacher*, introduit le sujet. Pour lui : « *La difficulté rencontrée d'une part par les individus en souffrance et d'autre part par les personnes qui les reçoivent, est celle de l'inadéquation entre les professionnels de terrain et la population actuelle* ». Les populations concernées n'arrivent plus à recourir au soin parce que le regard des intervenants est trop cloisonné. Ces derniers sont toujours des spécialistes de quelque chose, face à des populations qui n'ont pas de demande structurée. Il y a une nécessité de lieux passerelle.

La Mission Locale de Nîmes expose son expérience de mise en place d'un tel lieu, avec l'Espace Ecoute Temps destiné aux jeunes en difficulté (16-25 ans). Géré par une psychologue soumise au secret professionnel, avec la participation de l'assistante sociale et du médecin généraliste de la Mission Locale, cet espace propose une approche globale pour mieux orienter l'accès au soin, vers l'interlocuteur compétent. Ainsi s'il existe une pathologie psychiatrique avérée, le jeune sera orienté vers la psychiatrie. Si ce n'est pas le cas, un travail d'écoute préventif du mal être peut être fait. La psychologue de l'espace permet à quelqu'un de se poser, de parler, de structurer sa demande. Ensuite, il y a une orientation vers le système de santé ou vers le social. Bien souvent il faut faire lien entre le social et la santé.

L'Espace Ecoute Temps assure la coordination d'un réseau autour du jeune en difficulté, et cite deux exemples où son action a permis un recentrage de la prise en charge :

- Premier exemple : 12 personnes intervenaient sur le même cas et lorsqu'un problème est intervenu, aucun n'a voulu pendre la responsabilité du suivi.
- Deuxième exemple : un jeune était suivi par la Mission Locale et l'Hôpital Psychiatrique. Il bénéficiait également d'une mesure d'accompagnement vers l'insertion (Plan Départemental d'Insertion) et dans ce cadre fut orienté vers un autre psychiatre du même hôpital.

« *La multiplication des intervenants auprès des jeunes, accentue le phénomène de déstabilisation et de fragilisation de ces derniers qui sont dans des périodes d'indétermination. Cette multiplication des interlocuteurs professionnels peut être analysée comme une stratégie de la part des jeunes pour se protéger. Pour y faire face, il s'agit de resserrer l'intervention et la rendre plus cohérente et surtout plus transparente aux yeux des jeunes, en leur faisant identifier qui fait quoi* ».

Espace Ecoute Temps, Tél 04.66.04.30.30

Une autre expérience concrète, exposée par l'Espace Santé Jeunes de Salon de Provence, est un argument supplémentaire en faveur de ce type de lieu passerelle. Cette structure, dont le coordinateur est Carmelo Franchina, est gérée par une association dont le Président est le chef de service de Pédiatrie de l'Hôpital Général de Salon, et le Vice-Président, le Pédopsychiatre responsable du C.M.P. de Salon.

Cet espace met en place à partir d'une consultation médico-psycho-sociale existante, une équipe pluridisciplinaire (médecins, psychologues, assistantes sociales, éducateurs, conseillers conjugaux, infirmiers etc...) à l'intention d'une population d'adolescents et de jeunes adultes de 13 à 25 ans. Les personnels intervenant sont mis à disposition de l'association par convention avec divers interlocuteurs du réseau (l'hôpital Général, les C.M.P. adultes et enfants, la D.I.S.S., la médecine scolaire, la Mission Locale

jeunes... et entre les intervenants. Coordonnées de cet Espace Santé Jeunes : 94 rue Labadie à Salon, Tél 04.90.56.78.89.

Bagnols sur Cèze, le 30 janvier 1997
Infirmier - Aide Soignant, partenaires au quotidien[1]

Nous avons avons participé à une journée de réflexion organisée ce jour là par l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de l'Hôpital Pasteur à Bagnols sur Cèze, sur la collaboration existant entre Infirmiers et Aides Soignants. Notre attente sur le thème proposé était d'une part de trouver des moyens d'optimiser encore plus, des échages existants ainsi que le partenariat entre Aides-Soignants et Infirmiers ; et d'autre part nous espérions pouvoir discuter de la meilleure manière de prendre en charge le patient selon nos différents diplômes.

La conférence de Josette HART, expose un certain nombre de données en particulier historiques, introduisant le débat.

Les Aides-Soignants ont obtenu un diplôme depuis Août 1996, lequel donne un droit et un privilège. Il permet une plus grande initiative des Aides-Soignants dans leur travail (proposer, entreprendre, organiser). On ne parle plus de délégation mais plutôt de relations binaires et fonctionnelles.

A travers un historique de la fonction soignante, on se rend compte de l'importance accordée depuis des années à l'indépendance des Aides-Soignants.

- Dans la Préhistoire, on prend soin du corps et les femmes sont dévolues à ces soins.
- Au Moyen-Age, la religion domine la société. Les femmes sont au service de Dieu.
- Au XIX ème siècle, les médecins remplacent Dieu, et les femmes sont au service des médecins.
- Au XX ème siècle, il y a une prise en charge du patient dans sa globalité : la psyché rejoint le soma
- Au XXI ème siècle, la technologie sera au premier plan, et la femme sera au service de la technologie.

Josette HART poursuit son exposé avec un historique sur les textes relatifs à la fonction d'infirmier :

- 1922 : création du Brevet de capacité d'Infirmier.
- 1956 : création du CAFAS.
- 1971 : les Aides Soignants sont sous l'autorité de l'Infirmier.
- 1972 : l'Infirmier est « l' élite » mais n'a pas d'émancipation par rapport au corps médical.
- 1982 : l'Infirmier se tourne vers la technique et délègue de plus en plus aux Aides-Soignants
- 1984 : décret qui révise les soins délégables aux Aides-Soignants.
- 1991 : réforme hospitalière.
- 1993 : les Infirmiers diplômés d'état et les Aides-Soignants sont des collaborateurs dans le rôle propre.
- 1994 : nouveau programme des Aides-Soignants (qui contribuent et travaillent en collaboration). La notion hiérarchique entre IDE et AS s'amenuise au profit d'une complémentarité.
- 19 janvier 1996 : circulaire sur les relations binaires et fonctionnelles entre AS et IDE.

---

[1] Compte rendu rédigé par Alexandra, Marielle, Marie-Paule, Odette et Elisabeth, les Lilas II, Secteur 27, Centre Hospitalier de Montfavet

Les Infirmières poussent les Aides-Soignantes à l'autonomie tout en étant elles mêmes soumises au corps médical.

Au cours du débat, la réaction des participants nous a laissé penser que cette collaboration était loin d'être aussi évidente pour la plupart des soignants. Cette journée nous est apparue comme un lieu d'affrontement entre Infirmiers et Aides-Soignantes. Les limites ne sont pas clairement établies. Pour certains soignants, Infirmiers et AS ont chacun leur rôle et il n'est pas question d'empiéter sur le travail des uns et des autres ; il y a un rôle d'Infirmier et un rôle d'Aide-Soignant.

Nous avons écouté les arguments des uns et des autres sans cependant pouvoir participer, du fait que cette situation ne s'applique pas à l'UF des Lilas où nous exerçons. Le travail de l'Infirmier et de l'Aide-Soignant, s'y réalise en parfaite collaboration.

Nous avons toujours tenté de ne pas créer de relation hiérarchique entre Infirmier et AS ; ceci dans le but d'une meilleure prise en charge du patient.

Montfavet, Février 1997 : Le Réseau Ville Hôpital Toxicomanie [1]

Didier BRY, médecin coordinateur du RVH du Vaucluse, diffuse en ce mois de Février, son rapport 1996 d'activité. Son action se situe selon une double référence : au Centre Hospitalier de Montfavet dont il est praticien hospitalier (rattaché au secteur 84G04, Médecin Chef Béatrice SEGALAS), et à l'APIST (Associationde Prévention et d'Information sur le SIDA et les Toxicomanies) qui assure le secrétariat du Réseau et en est le maître d'oeuvre (voir Psy-Cause n°3, page 62). Didier BRY peut être facilement joint sur son portable au 06 07 72 84 28.

Ce rapport met principalement l'accent sur les différentes étapes de la mise en place de ce réseau, par le biais de comptes-rendus des rencontres avec les différents partenaires :

1 - Avec les Urgences du Centre Hospitalier d'Avignon (21 Février). Ce service reçoit par an 180 toxicomanes dont seulement 4 à 5 overdoses. Il refuse de pratiquer la substitution et peut proposer des sevrages si ils sont bien réfléchis, en collaboration avec l'AVAPT (Association Vauclusienne d'Accueil et de Prévention de la Toxicomanie). Les demandes de prises en charge sont généralement répercutées sur cette association.

2 - Avec le Centre Méthadone de l'AVAPT (4 Avril). Ce centre est demandeur auprès du RVH, pour améliorer ses contacts avec les médecins de ville et mieux suivre le devenir des patients mis sous substitution.

3 - Avec l'Hôpital de Cavaillon (23 Avril). Le Docteur IGUAL y propose des sevrages dans son service, actuellement essentiellement sur prescription de l'AVAPT et avec une psychologue de l'AVAPT. Il souhaite élargir sa collaboration, avec le secteur psychiatrique et avec un médecin de réseau de la région de Cavaillon.

4 - Avec le Directeur de l'Hôpital d'Isle sur La Sorgue (24 Avril). Cette rencontre s'effectue à l'initiative de l'association Cap Espoir, association créée par des médecins et pharmaciens de ville, dont le rapport salue le dynamisme. Cap Espoir envisage d'ouvrir dans cet hôpital, une antenne chargée pricipalement d'informer sur la substitution et le sevrage.

---

[1] Compte rendu rédigé avec l'aimable autorisation de l'auteur du rapport, Didier BRY

5 - Avec les Urgences de l'Hôpital de Carpentras (30 Avril). Il est projeté d'améliorer la distribution des seringues, en contact avec l'association AIDES.

6 - Extension du réseau à Vaison la Romaine (2 Mai). Cette réunion se déroule à l'initiative du Docteur DEPIEDS, médecin de Vaison. Elle est l'occasion d'un bilan complet de la prise en charge de la toxicomanie dans le secteur Nord-Vaucluse, Sud Drôme (Orange, Bollène, Valréas, Nyons, Vaison la Romaine). A propos de la substitution, il est observé : « *Dans l'ensemble, les pharmaciens assument bien le surcroît de paperasserie, les ardoises et surtout le contact humain. C'est d'ailleurs ce contact humain qui est essentiel tout au long de la chaine des soins, pour sortir les toxicomanes de leur isolement, pour leur permettre petit à petit de tisser de nouveaux liens. Dans cette optique, il semble important de leur signifier que leur parole a de la valeur, et que s'ils y manquent, ce n'est qu'à eux-mêmes qu'ils mentent* ».

7 - Avec le Chef de Service du Secteur 5 (9 Mai). Sont rappelées les modalités de travail dans ce secteur : pas de sevrage avant des consultations obligatoires au CMP, sevrage en 5 jours sans sortir, collaboration avec l'AVAPT, pas de prescription de substitution.

8 - Avec les Psychiatres du Secteur 6 (en Mai). Les points forts de ce secteur sont : la priorité donnée à l'abord psychologique, la collaboration avec les hôpitaux sur le secteur (Cavaillon, Apt), la collaboration avec les généralistes. Il n'y a pas de problème pour que les médecins du secteur suivent des toxicomanes substitués par des médecins de ville.

9 - Avec la Pharmacienne Chef du Centre Hospitalier d'Avignon (30 Mai). La discussion a porté sur la substitution pour tous ceux qui sont hospitalisés en dehors d'un sevrage, procédé qui suscite des résistances éthiques : « *C'est pourtant une manière d'éviter des départs prématurés des services ou des shoots à l'intérieur de l'hôpital* ».

10 - Avec les médecins de Pertuis (10 Juin). Quarante personnes, médecins généralistes, pharmaciens, Chef de Service du nouveau secteur de rattachement du canton (13G18), intervenant au CMP, se sont réunis pour échanger à propos de la substitution. Ce canton du vaucluse, objet de l'attention du RVH du vaucluse, ébauche un réseau local relié à l'association Aix-Tox basée au Centre Hospitalier de Montperrin.

11 - Avec les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (10 Juin). Il s'agit de faire le point sur la situation des centres d'hébergement. A noter un premier effet de la politique de la mairie Front National d'Orange : la fermeture du foyer OPAR, faute de subvention.

12 - Avec les psychologues de l'AVAPT et de Cap Espoir (13 Juin). Les psychologues demandent à être un passage obligé avant orientation (substitution, sevrage). Il s'agit d'une position éthique définissant un temps nécessaire pour réfléchir à la demande : l'AVAPT ne doit pas « *devenir une accumulation de services éclatés* ».

13 - Avec le secteur 7 (17 Juin). Les médecins de ce secteur Vaison, Valréas, Bollène, sont peu sollicités : peu de toxicomanes en consultation dans les différents C.M.P ., peu de sevrages (qui se font tous en collaboration avec l'AVAPT). Une collaboration entre les médecins de ville et ceux du C.M.P. ne pose aucun problème, d'autant plus que le Docteur DEPIEDS est désormais attaché au Domaine Saint Pierre.

14 - Avec le Chef de Service de l'Hôpital d'Apt (19 Juin). Quelques médecins sont de gros prescripteurs de Subutex. il existerait un deal du Subutex auprès des jeunes, suite à une grosse prise d'héroïne par la police récemment. L'AVAPT devrait ouvrir prochainement une antenne de son centre de Méthadone, mais le secteur psy. y serait plutôt opposé.

Les sevrages sont faits principalement à la demande du C.M.P., l'AVAPT étant moins présente.

15 - Avec le Chef de Service du secteur 1 (Juin). Le secteur de Carpentras traite peu de toxicomanes, estimant que la toxicomanie n'est pas véritablement un problème de santé mentale.

16 - Avec deux psychiatres du secteur 2 (Juin). Le rapport signale que ce secteur d'Orange, dont l'ancien Chef de Service était très actif dans le domaine de la toxicomanie, a conservé de cette période, une forte demande. Des sevrages de 8 jours avec isolement, ont lieu en coordination avec les médecins traitants. Sont également pris en charge, quelques malades psychiatriques toxicomanes. François AMIC, Praticien Hospitalier impliqué dans le suivi de toxicomanes du secteur 2, pratique la substitution et prescrit du Subutex. Les relations avec l'AVAPT sont rares et ponctuelles.

Pourtant, les problèmes de drogue à Orange sont d'une ampleur suffisante pour que l'AVAPT ait décidé d'implanter dans cette ville, une antenne de son Centre Méthadone, projet qui n'aboutira probablement pas, du fait de l'opposition de la Mairie.



17 - Avec le service médical de la prison (3 Juillet). Des sevrages de 7 jours avec psychotropes (Benzodiazépines et Viscéralgine) peuvent être pratiqués. Par contre il n'y a pas d'initiation de substitution en prison (celle ci étant maintenue si elle est commencée à l'extérieur). Le suivi des toxicomanes est sous la responsabilité du Chef de Service du secteur sur lequel est implantée la prison. Les psychologues de l'AVAPT interviennent par convention avec le Centre Hospitalier de Montfavet. La consultation psychiatrique, par manque de moyens, a connu en 1996 des difficultés. Elle reprendra en septembre.

18 - Avec le réseau de Bollène (Octobre). Cette rencontre se déroule à l'initiative de Michel GAGLIONE, Praticien Hospitalier du secteur 7, chargé du C.M.P. de Bollène. Il s'agit de mettre en place un réseau dans cette ville. Des contacts ont été pris avec un pharmacien et le médecin généraliste responsablee de l'association locale de formation médicale continue.

19 - Avec le C.M.P. Laure de Noves et Cap Espoir (24 Octobre). Cette réunion a permis de présenter l'association Cap Espoir à l'équipe de ce C.M.P. Avignonnais.

20 - Réunion projet Boutique (2 Décembre). Cette dernière rencontre de l'année 1996 réunit au local d'AIDES, outre cette association, des représentants de l'AVAPT, de Cap Espoir et d'usagers de la drogue qui doivent déposer prochainement les statuts d'ASUD Vaucluse.

L'association d'usagers ASUD Avignon, ayant connu de graves problèmes, la boutique mise en place par celle ci, a été fermée. Des fonds sont bloqués en attendant la création de la nouvelle association ASUD Vaucluse. L'AVAPT a monté son projet « Boutique », mais le médecin inspecteur de la DDASS y est opposé en l'absence de partenariat avec divers acteurs du réseau.

Le projet est repris, associant le RVH et ASUD, ou bien l'AVAPT + CAP ESPOIR+ ASUD. Cette réunion n'a pas permis de trancher entre l'AVAPT ou Cap Sud pour qui serait le porteur de ce projet.

Par contre l'accord s'est fait sur la définition de cette boutique : elle est *« un lieu d'accueil et de contact orientés préférentiellement vers les usagers de drogue actifs, ouvert sans a priori ; un lieu de service (douche, lavage de linge, etc...) ; un lieu d'information, notamment sur la réduction des risques ; la possibilité de contact avec des soins (médecins, infirmières, psychologues) ; un accueil conjoint par des ex-usagers de la drogue et des éducateurs. »*

Le rapport de Didier BRY s'achève par une très intéressante étude sur une année de pratique du Subutex en ville. Cette substitution a entraîné des transformations spectaculaires chez les toxicomanes et permis la réussite d'un certain nombre de sevrages, plus aisés avec le Subutex, qu'avec l'héroïne, la méthadone et la codéïne. Le sevrage peut se faire en ambulatoire, en utilisant des doses lentement dégressives :

- diminution de 1 mg / 8 à 15 jours jusqu'à 8 mg,
- diminution de 0,5 mg / 8 à 15 jours jusqu'à 2mg,
- diminution de 0,2 mg /8 à 15 jours jusqu'à l'arrêt total.

(Les posologies de la substitution vont de 4 à 12 mg/jour).

Didier BRY conclut : *« L'histoire de cette prise en charge médicale de la toxicomanie est très souvent sans problème majeur, contrairement aux idées reçues. Les difficultés rencontrées sont le plus souvent liées à l'absence de travail et d'occupation dans la journée. Les patients souvent transformés, au moins extérieurement, de façon spectaculaire, médicalement, socialement et familialement, ont ainsi l'occasion de mettre à profit la pause que leur permet la substitution ».*

Au total, ce rapport met en évidence l'intérêt du concept de Réseau Ville Hôpital et d'une coordination entre différents partenaires, afin de dégager des complémentarités et une synergie. Tout à fait décapant vis-à-vis de tous les acteurs, il met de plus en évidence la surprise de l'année : les succès de la pratique ambulatoire du Subutex.

Marseille, Hôpital de la Timone, le 5 février 1997 : Les psychoses puerpérales[1]

Dans le cadre des conférences débats ORION à la Timone (Service du Professeur S. GIUDICELLI) Monsieur le Professeur BROCKINGTON (discutant Docteur M. DUGNAT) a fait un exposé très documenté sur les psychoses puerpérales. Les remaniements physiologiques et psychologiques accompagnant l'accouchement sont les plus importants de tous les remaniements naturels chez l'être humain. Une vingtaine de pathologies différentes, liées à ces remaniements, ont été identifiées. La psychose aurait de nombreux points communs avec la PMD.

---

[1] Compte rendu rédigé par Jean-Louis GAUTHIER, Psychiatre Assistant au Centre Hospitalier de Montfavet.

De plus, Monsieur le Professeur BROCKINGTON apporte de nombreuses observations concernant les psychoses menstruelles.

Pour ces deux questions les documents sont nombreux, très anciens et de toutes les régions du monde.

Les actes de cet exposé et des interventions seront édités par les soins de l'ARIP, 13 rue Lenôtre, 84000 Avignon.

Montperrin, le 28 février 1997 : Réseau de soin ou labyrinthes[1]

Une journée régionale s'est déroulée le 28 février 1997 au Centre Hospitalier Montperrin sur ce thème, à l'initiative des « Croix Marines » de la région PACA.

Après un exposé introductif du Dr OLIVE (Edouard Toulouse), présentant l'action et les ambitions de l'association en ces temps difficiles de restructuration du champ psychiatrique, le Dr Richard RANDO (Montperrin) a développé le concept de réseau laissant émerger certains termes (noeuds, maille, système...) utiles à la compréhension de ce que les praticiens du secteur psychiatrique font depuis longtemps comme monsieur Jourdain faisait de la prose (Nicole HORASSIUS), du réseau de soins.

Puis le Professeur MISES (Paris) a brillamment évoqué l'intérêt théorique et pratique de la prise en charge en réseau pédopsychiatrique des enfants dysharmoniques, borderline. Le réseau autorise à des gens de diverses "cultures" de se parler (pédagogues et psy).

La prise en charge en réseau présuppose la mise à disposition d'un « ailleurs » qui s'oppose non contradictoirement aux prise en charge d'essence analytique (ici et maintenant). On ne peut plus y fonctionner ponctuellement, ce qui donne un sens rénové aux conceptions et pratiques issues de l'objet transitionnel (WINNICOT), les structures intermédiaires. En ce sens, le réseau, lieu d'interactions voire de méta-interactions, s'oppose aux filières de soins.

La définition d'un réseau (même étymologie que rets, filet) passe par la « maille »; donc la taille et le profil du client-poisson définiront dialectiquement le réseau adéquat, censé le cerner . Cela pose questions sur la liberté laissée au patient dans tout cela (atelier 2 , Dr OPPENHEIM).

La discussion, tout au long de la journée, a articulé un discours d'inspiration psychanalytique (psychothérapie institutionnelle ou psychothérapies lacano-freudiennes) et une logique cybernétique cognitive (interface, approche systémique, processus)

Cette nouvelle culture professionnelle est en train de naître sous nos yeux d'un melting conceptuel inimaginable il y a quelques années, elle se situe sur un autre niveau logique que les conceptions « athéoriques » taxinomiques du DSM IV et les tentations intégratives neurobiochimiques et psychopharmacologiques. Serait-t-elle celle de la psychiatrie des dix prochaines années, si les réformes lui en laissent le temps?

Cette journée de travail a illustré l'évolution centrifuge de la prise en compte de la maladie mentale, depuis les prise en charge punctiformes, aliénantes (psychiatrie asilaire) jusqu'aux tentatives d'organisation toujours plus ouvertes: services ouverts (1895), psychiatrie institutionnelle permise par l'émergence des psychotropes (1950), psychiatrie de secteur (1975) qui définissait un territoire thérapeutique (un coin enfoncé dans la société) privilégié, forme d' approche en réseaux toujours complexifiés mais encore hospitalo-centrés, et maintenant la « mise en réseau des réseaux », véritable Internet thérapeutique!, le patient devenant point de capiton (discours analytique) ou vecteur du processus (discours systémique).

---

[1] Compte rendu rédigé par Didier BOURGEOIS.

Montfavet, Mars 1997 : Psychiatrie et handicap, aspects médico-légaux et administratifs

Les premiers jours de Mars, voient la sortie d'un nouvel ouvrage de Thierry ALBERNHE, publié sous ce titre chez Masson. Entouré de collaborateurs comme lui psychiatres au Centre Hospitalier de Montfavet (Karine ALBERNHE, Didier BOURGEOIS, Rémy DELAITRE), et de Christian OLLIVERO, médecin du travail, cet auteur propose aux lecteurs un ensemble de références, de repères, leur permettant de percevoir la logique des rouages d'un corpus législatif concernant l'assistance, l'insertion, le droit aux soins et aux prestations, la protection juridique, des personnes handicapées.

Pour Thierry ALBERNHE, le concept de handicap ne doit pas être perçu sous un angle défaitiste : « *La différence anatomique, fonctionnelle ou psychologique liée à un handicap, et génératrice de différence sociale, n'est pourtant pas forcément synomyne d'exclusion et de rejet ; tout semble affaire de culture, car il est tout à fait envisageable que des individus différents des autres, pour quelque raison que ce soit, aient un statut privilégié honorifique, c'est-à-dire tiré vers le haut et non plus vers le bas ; pensons par exemple à la culture de l'Egypte ancienne, où les personnes handicapées étaient particulièrement protégées, voire même parfois divinisées. L'époque n'est certes plus à la sacralisation des personnes handicapées. Ce serait déjà bien que dans l'expression de « personne handicapée », on s'apesantisse davantage sur le premier terme que sur le second* ».



Montperrin, le 6 mars 1997 : Le lithium, un petit Li pour de grands effets [1]

Pour l'organisation de sa deuxième matinée scientifique à Montperrin, Psy-Cause a fait appel au Docteur Didier Bourgeois et remercie le laboratoire Rhône Poulenc Rorer. Le lithium s'adresse a un des trois champs de la psychose ; rappelons que parmi les deux autres (paranoïa, schizophrénie) un seul répond bien aux neuroleptiques. L'addiction au lithium peut-elle évoquer une psychopathologie de substitution par la méthadone? Le débat a réuni une trentaine de psychiatres de la région ; la discussion a été très multi-référencée, et à cette occasion chacun a pu prendre conscience de l'enjeu thérapeutique et du confort de vie pour nos patients, de la prescription adaptée du lithium.

---

(1) Compte rendu rédigé par Thierry LAVERGNE

Marseille, Hôpital de la Timone, le 12 mars 1997[1]
Les indicateurs neurodéveloppementaux dans l'enfance en psychiatrie

Dans le cadre des « Conférences-débats », Service de Psychiatrie, Professeur S. GIUDICELLI, sous les titres « Les indicateurs neurodéveloppementaux dans l'enfance en psychiatrie », Monsieur le Professeur J. Van OS (Maastrich) (discutant Dr D. DASSA) a exposé, à l'aide de nombreux graphiques, un grand nombre de facteurs concernant la schizophrénie et les psychoses affectives.

Tout d'abord nous avons pris connaissance d'une enquête faite auprès de plus de 100 psychiatres Anglais et de 100 psychiatres Français montrant que leurs conceptions de la schizophrénie étaient fréquemment fort différentes : à titre d'exemple, possibilité d'une première manifestation à 50 ans admise par les Anglais, importance de l'action sur l'environnement chez les Anglais, de l'action médicamenteuse chez les Français.

Les facteurs génétiques n'auraient pas de répartition géographique particulière sur l'ensemble de la terre. Les jumeaux homozygotes auraient une probabilité sur deux d'être schizophrène, (50%) c'est-à-dire que l'un des deux jumeaux peut être schizophrène et pas l'autre. Parmi les « faux » jumeaux, un sur quatre seulement sera schizophrène si son frère l'est, pour ce qui est des neveux environ 1% et dans la population générale 0,1%. La descendance du jumeau vrai n'ayant pas été schizophrène ne serait pas moins menacée que celle de son jumeau. Il est possible que sa descendance soit plus atteinte que celle de son frère.

Les facteurs environnementaux seraient très importants.
Dans plusieurs pays développés l'incidence a diminué, pasant de 12%? à 8%? (changements dans la prévalence, dans le début de l'âge des soins, dans la nature des soins). Sur une cohorte de schizophrènes il aurait été établi qu'il y a une relation certaine entre la schizophrénie et des facteurs intervenant les uns avant la naissance, d'autres après.

Les facteurs agissant pendant la grossesse :
- les dissociations des dermatoglyphes qui correspondraient à des événements, concernant le foetus, se situant entre le 3ème et le 5 ème mois de la grossesse, période particulière du développement du système nerveux seraient significatives,
- les infections virales pendant la grossesse,
- les hypertensions maternelles pendant la grossesse.

Les facteurs intervenant plus tard :
Il y a plus, proportionnellement, de schizophrénie,
- lorsque la densité de population augmente.(Augmentation avec l'urbanisation).
- chez les célibataires,
- chez les personnes mal éduquées,
- parmi les bas revenus,
- parmi les enfants de mères très mal nourries (+30%) lors d'un manque régional pendant quelques mois ; en Hollande, pendant la guerre.

* Remarque : lors du premier épisode amenant au diagnostic, il est souvent déjà difficile de repérer les facteurs de risque environnementaux qui ont agi dans les années passées.

---

(1) Rédigé par Jean-Louis GAUTHIER, Psychiatre Assistant au Centre Hospitalier de Montfavet

Une autre cohorte de 5262 cas répertoriés depuis 1946 montrerait des corrélations entre :
- les retards de développement (s'asseoir, marcher, parler),
- les retards cognitifs ultérieurs à 8 ans, 11 ans, 15 ans
et la schizophrénie ou les psychoses affectives
selon les descriptions des enseignants dans les dossiers scolaires, et aussi selon les auto-descriptions des intéressés.

Le « *Neuroticism* » (notion à découvrir?) de la mère, 20 ans auparavant, rendrait compte aussi de certains risques.

Conclusion :

L'état actuel des connaissances ne permet pas de dire qui deviendra schizophrène ou bien sera atteint d'une psychose affective.

A partir de facteurs de risque et de notions de vulnérabilité, il est notable que beaucoup de vulnérabilité aboutit à un nombre restreint de malades déclarés. Il y a des risques qui s'exercent pendant la croissance neuronale (effet sur la myélinisation) avant la naissance et beaucoup de risques qui sont subis dans l'enfance. Nouveaux exemples : dans les quartiers surpeuplés (exemple des Afro-Carabéens en Grande Bretagne) et après séjour d'enfants dans des familles d'accueil infantile inadéquates, le pourcentage de malades est élevé.

Commentaire :

Ces notes rapidement prises au cours de cette conférence rapide et très abondamment illustrée laissent une impression d'affirmations mal étayées. Cependant la documentation était riche. Le recours aux documents eux mêmes, voire aux sources elles mêmes est indispensable.

Montfavet, 13 mars 1997 : La réinsertion, mythe ou réalité

Cette 9 ème journée Avignonnaise de la Société de Psychiatrie de Marseille et du Sud-Est Méditerranéen, a pour thème la réinsertion.

Michel IBERT, Praticien Hospitalier responsable du service de médecine générale de Montfavet, introduit le sujet par une évocation historique de la réinsertion du 16 ème au 18 ème siècle à Avignon. Jusqu'au 16 ème siècle, l'aumonerie des papes satisfaisait aux besoins des pauvres, nourrissant 4 500 personnes chaque jour sous Clément VI. La forte émigration des paysans vers la ville dans les années 1500, créa un phénomène nouveau avec les « vagabonds » immigrants, et les chômeurs « mendiants ». Au cours d'une disette, en 1535, les affamés pillent les bateaux chargés de blé par des spéculateurs en vue de substanciels bénéfices.

La mendicité devient dans ce climat, quelque chose de « dégradant », c'est-à-dire en rupture avec l'idéal franciscain qui prévalait jusqu'alors. Ne pouvant accueillir toute la misère du monde, les Avignonnais de l'époque, décident un contrôle des pauvres, l'expulsion des vagabonds étrangers avec le droit de passer une nuit à l'Hôpital Saint Bénézet. On affecte des pauvres de la ville hébergés à l'Hôpital, à la surveillance des portes de la cité, ce qui est un premier mode de réinsertion.

Le pouvoir municipal s'organise pour financer l'aumône aux pauvres par le biais d'un impôt sur la boucherie (1592). Par ailleurs des filières de réinsertion sont mises en place. Pour les « filles exposées », on instaure un travail obligatoire : filer le chanvre. On leur propose une « collocation au mariage » qui peut être une voie de réinsertion. Une prévention est effectuée auprès des pauvres filles enceintes pour « éviter qu'elles ne perdent leur fruit » par avortement, étouffement du nouveau né sous un matelas, jet de ce dernier aux Sorgues. Il faut également prévenir un produit de la misère qui est la

prostitution et la syphillis. L'hôpital tente de sauver ces filles perdues. La Maison des Repentirs, dite des miracles, de Sainte Marie l'Egyptienne, propose diverses formules : dévider la soie, le mariage, le placement dans des familles où elles ne risquent pas de perdre leur honneur, voire le couvent. Pour les garçons, on met en place des mises en apprentissage et nous avons la description d'une réussite, l'un d'entre devenant apothicaire.

Une aide à domicile secrète est également organisée pour une nouvelle catégorie de pauvres : « les pauvres honteux ». L'ordre des pénitents noirs, créé en 1588, se spécialise quant à lui, dans l'enfermement des prisonniers et des fous. Cet ordre paye des avocats pour écourter les peines, il verse des cautions pour élargir les nombreux prisonniers pour dette et leur donner ainsi une chance de se réinsérer. Il bénéficie d'un privilège unique, celui de libérer une fois par an un condamné à mort. Cela se passe à l'occasion d'une grande procession avec liesse populaire, au cours de laquelle les pénitents quêtaient dans la ville.

Le premier Hospice des insensés est créé en 1681, à l'initiative du vice-légat d'Avignon qui venait de recevoir les prières d'un insensé au pied du rocher des doms. ces fous étaient jusqu'alors laissés errant dans les rues d'Avignon, ou enfermés dans les maisons bourgeoises.

Carole FALADE, Interne en médecine générale et Marie-Noëlle PETIT, Praticien Hospitalier, à Montfavet, exposent le défi de la réinsertion, que pose le psychopathe et ses conduites antisociales répétées, qui vit dans l'immédiateté. Plutôt qu'une réinsertion, c'est déjà un progrès d'offrir simplement la possibilité de relations interpersonnelles plus satisfaisantes. A noter la raréfaction de la délinquance psychopathique à partir de l'âge de 35 ans : il semblerait qu'à cet âge, ceux qui ont triomphé d'une très forte morbidité, ont trouvé un cadre de survie : une femme plus âgée, une profession adaptée telle que chauffeur routier avec ces déplacements incessants, par exemple.



Marie-Antoinette MAYOL, Médecin Assistant, et Annie COTTALORDA-EYNAUD, Particien Hospitalier, à Montfavet, abordent les aspects économiques de la réinsertion. A notre époque de maîtrise comptable de la santé, l'hospitalisation plein temps est réduite au minimum et les soins sont déplacés vers d'autres lieux. En psychiatrie, la part de l'aléatoire est toujours importante au niveau de la technique, et la dimension humaniste d'une médecine de l'être ne peut être considérée que comme un art. Or ces dimensions sont-elles compatibles avec une maîtrise qui ne peut retenir que des soins quantifiables à l'efficacité la plus immédiate possible? L'hôpital peut il être

transformé en une unité de production avec son service après vente, et tendre au zéro défaut? Il est significatif de constater que l'homme privé de son être, se retrouve hérissé de prothèses législatives qui le redéfinissent de l'extérieur.

Or la sortie de l'hôpital, pour un schizophrène qui a besoin d'être accompagné tout en lui ménageant une aire de liberté, représente le début d'un très long travail thérapeutique qui fait de l'extrahospitalier un dispositif de soins qui ne peut être contenu dans une logique d'entreprise. Le patient risque dans le nouveau contexte économique, d'être soigné non pas selon nos références éthiques, c'est à dire comme étant un sujet souffrant, mais comme un consommateur de soins.

Katy SENE-BAYE, Hosni OUACHI et Dominique ARNAUD, respectivement Interne, Psychiatre Assistant et Praticien Hospitalier au Centre Hospitalier de Montfavet, font le point sur les mesures de protection des biens dans le processus de réinsertion des patients psychotiques. Cette communication met en relief certaines données telles que le fait que le majeur sous tutelle, ne perd pas ses droits mais l'exercice de ses droits ; que la réussite de la mesure de protection dépend de la représentation que s'en fait le patient, ainsi que la qualité de l'articulation entre l'équipe soignante et la personne ou l'organisme désigné pour celle-ci.

Les auteurs affirment le rôle essentiel de l'action thérapeutique face aux risques de glissement progressif du sanitaire vers le social, dans le contexte socio-économique actuel.

René Pandelon, Chef de Secteur, rappelle que « *soigner en psychiatrie est une chose relativement nouvelle... et toujours incomplète* ». Pourquoi le psychotique est-il désinserré? Deux réponses sont possibles : l'origine est dans le social, l'origine est dans l'individu. Selon la seconde hypothèse, cette désinsertion peut avoir 3 causes :

1 - Elle est iatrogène, ce qui implique une action préventive (amélioration du traitement médicamenteux et du début des soins, travail avec les familles) ainsi qu'une action curative avec le développement des structures intermédiaires.

2- Elle est un effet de la maladie, c'est à dire un handicap résiduel qui nécessite de soigner mieux, de développer les ressources intactes chez l'individu, d'oeuvrer dans l'interface du sanitaire et du social.

3 - Elle est ni iatrogène, ni un handicap résiduel, mais un effet de la structure. Avant la décompensation psychotique, le patient était un exclu intégré. La marginalisation du psychotique ne serait-elle pas une défense indispensable pour supporter l'angoisse structurale?

C'est cette piste que l'auteur entend développer. Par la forclusion du Nom Du Père, le psychotique se retrouve hors du champ du discours... Or ce discours est ce qui permet à l'individu de faire lien social. Plusieurs réponses lui sont alors possibles :

a- le délire comme tentative de reconstruire le monde et de répondre à l'effraction du réel ;

b - la mort dans un passage à l'acte autoagressif qui est une tentative paradoxale d'exister comme sujet, ou la mort psychique ;

c - l'aliénation au discours du petit autre, particulièrement à celui du soignant, d'où une adhésion factice aux projets de soins. Pour exister il répète ce qu'on lui dit. Cela se termine par un retour à la case départ.

Il existe une quatrième voie : la voie de la création ; seule susceptible de permettre au psychotique de faire lien social. C'est dans cette optique que fonctionne l'Espace Intersectoriel de Création Artistique qui regroupe 6 ateliers (au Centre Hospitalier de Montfavet) : l'atelier Marie Laurencin, le théâtre de l'Autre Scène, la chorale « Il était une voix », l'atelier couture Peau d'Ame, l'atelier photo Nadar et l'atelier d'écriture Papiers de Soi. L'objectif de ces ateliers, est de créer une oeuvre susceptible d'être

montrée. Coanimés par des soignants et des techniciens, ils accueillent des patients hospitalisés ou non, originaires de tous les secteurs.

La création mobilise une activité de construction ex nihilo et une reconnaissance de quelqu'un qui vient prendre acte de la valeur et de la réalité de celle-ci. Le patient acquiert qelque chose qui s'appelle le style : ce qui est individuel et fait reconnaître le sujet, cette singularité qui fait écho chez les autres. La création, sur le plan social, réintègre de façon effective dans le tissu social, l'oeuvre étant achetée, exposée. Sur le plan de la structure, l'accès à la création a un effet sur 3 niveaux :

1 - Sur le plan imaginaire, le malade s'identifie à un petit autre, semblable : «*je peinds pour rester dans le groupe des peintres* », dit Van Gogh.

2 - Sur le plan symbolique, il y a suppléance : à la place du signifiant forclos, un méta-discours permettra d'intégrer le lien social. C'est l'exemple de Joyce, par ses lecteurs qui se sont intéressés à ses écrits et les ont commentés.

3 - Sur le plan réel, la création va être authentifiée par le Grand Autre, comme ayant une valeur : il y a du sujet là où il n'y avait que du psychotique aliéné.

Un débat suit l'exposé, au cours duquel J.P. LECIAK praticien hospitalier et psychanalyste au Centre Hospitalier du Puy en Velay, donne son point de vue : le drame de la psychose est qu'elle ne crée rien. C'est l'autre qui crée en reconnaissant l'objet comme émergeant du psychotique, et peut ainsi reconnaître une émergence d'un sujet. Ce n'est que cela et c'est désespérant... Le débat, à côté de cette opinion plutôt pessimiste, met en évidence l'action thérapeutique menée par ces ateliers de création face à une structure psychotique qui restera ; ce qui est en jeu est de faire avec, et que d'une manière ou d'une autre, il y ait du sujet, ce qui n'est pas rien.



Sur nos tablettes :

EQUIPES MOBILES DE SOINS PALLIATIFS ET RESPONSABILITE ETHIQUE : DE LA CONVICTION A LA DECISION

La présidente de l'association L'Autre Rive, le Docteur Béatrice SEGALAS, organise les **6 et 7 juin 1997** au Palais des Papes à Avignon, les **4 èmes journées nationales des Equipes mobiles de Soins Palliatifs :**

« L'expérience des Soins Palliatifs nous enseigne que tout discours sur la mort débouche sur une leçon de vie, tant il est vrai que toute vie est création jusqu'à son terme.(...) Les rencontres d'Avignon poseront la question de la vie et de la mort en termes éthiques pour les soignants en Soins Palliatifs et feront appel au témoignage de chacun dans notre société ».

Diverses équipes mobiles de Paris et de sa Région, de Lille, de Bourges, de Grenoble, et pour notre Région, de Salon de Provence et d'Avignon, seront au coeur des diverses interventions scientifiques. Pour vous inscrire contacter COMM Santé au 05 57 97 19 29, ou l'Association « L'Autre Rive », 8 rue Agricol Perdiguier, 84000 Avignon, Tél 04 90 82 51 03.

Comité scientifique :

Equipe Mobile de Soins Palliatifs du Centre Hospitalier d'Avignon (84)
Dr Mireille PERINEAU
Téléphone : 04 90 80 31 79
Télécopie : 04 90 80 31 79

Equipe Mobile de Soins Palliatifs du Centre Hospitalier Intercommunal de Montfermeil (93)
Dr Daniel D'HEROUVILLE
Téléphone : 01 41 70 81 95
Télécopie : 01 41 70 81 96

Comité d'organisation :

Association L'Autre Rive Avignon (84)
Dr Béatrice SEGALAS
Téléphone : 04 90 82 51 03
Télécopie : 04 90 82 51 03



Shakespeare

Comité scientifique :

Unité Mobile d'Accompagnement et de Soins Palliatifs du Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière (75)
Dr Gilbert DESFOSSES
Téléphone : 01 42 16 25 71
Télécopie : 01 42 16 25 72

Unité Mobile de Soins Palliatifs de Vaison-la -Romaine (84)
Dr Claude DERONZIER
Téléphone : 04 90 36 04 58
Télécopie : 04 90 36 29 48

l'Autre Rive

"L'AUTRE RIVE" est une association (loi de 1901) créée en AVIGNON en septembre 1991. Elle s'inscrit dans le mouvement de soins palliatifs et de l'accompagnement qui propose de répondre aux besoins des grands malades en fin de vie et de leur famille : prévention et traitement de la douleur, soutien psychologique, social et spirituel, dans le respect inconditionnel de la personne.

De 1991 à 1996 l'Association a surtout œuvré dans trois directions :

- La création d'un réseau d'accompagnants bénévoles.
- La mise en place et la gestion d'une Equipe Mobile de Soins Palliatifs au C.H. d'AVIGNON.
- Des actions de sensibilisation en direction des professionnels de santé et du grand public.

SOCIETE

UNE REFORME QUI INQUIETE

Jean-Michel GAGLIONE
Praticien Hospitalier
Secteur Bollène, Vaison, Valréas [1]

Les médecins du Centre Hospitalier de Montfavet se mobilisent actuellement contre l'application des ordonnances « Juppé » dont les premiers effets se font ressentir durement. Ces praticiens sont inquiétés par la réforme en cours. Ils craignent à la fois qu'elle ne nuise à leur outil de travail en installant une pénurie de moyens et en même temps qu'elle ne dénature leur mission de service public en démantelant l'organisation sectorielle.

La pénurie :

La logique comptable a triomphé de la logique médicale qui priorisait le soin. Une enveloppe financière est déterminée et on voit ensuite comment et qui on peut soigner. Cela aboutit inévitablement à un rationnement des soins.
Au sein d'une région, les agences régionales peuvent opérer à des transferts de financement d'un établissement à un autre, qui serait sous-doté ou aurait mal utilisé ses précédents budgets. C'est **la prime au « mauvais élève »** qui aboutit à niveler par le bas les soins plutôt qu'à encourager à suivre les établissements les plus performants. Dans notre région c'est tout le département du Vaucluse qui se voit amputé d'une partie de son financement, au profit du Var.

En ce qui concerne le CHS de Montfavet, sa dotation diminuera de 2,8 millions de francs. Et ce n'est sans doute qu'un début. Cela se traduit d'ores et déjà par une **diminution des effectifs soignants** (par le biais de leur non remplacement après mutation ou départ à la retraite) et par la nécessité pour la plupart des services de **fermer des Unités de soin** et de se réorganiser au risque de ne plus pouvoir assurer certaines missions.

Il s'agit d'un tour de vis supplémentaire à un mouvement de pénurie déjà amorcé depuis longtemps. La diminution du nombre d'internes et de praticiens hospitaliers oblige l'hôpital à employer dans des fonctions de spécialiste, des médecins généralistes ou des médecins étrangers ayant une multiplicité de statuts, plus **précaires** les uns que les autres.Cela coûte moins cher et affaiblit ce qu'il reste du pouvoir médical face au pouvoir administratif.

La fin du Secteur ?

Le principe fondamental du Secteur, tel qu'il est défini par la circulaire du 15 mars 1960, c'est de faire assurer la continuité des soins du patient par la même équipe médico-sociale (sous l'autorité d'un Chef de Secteur).

---

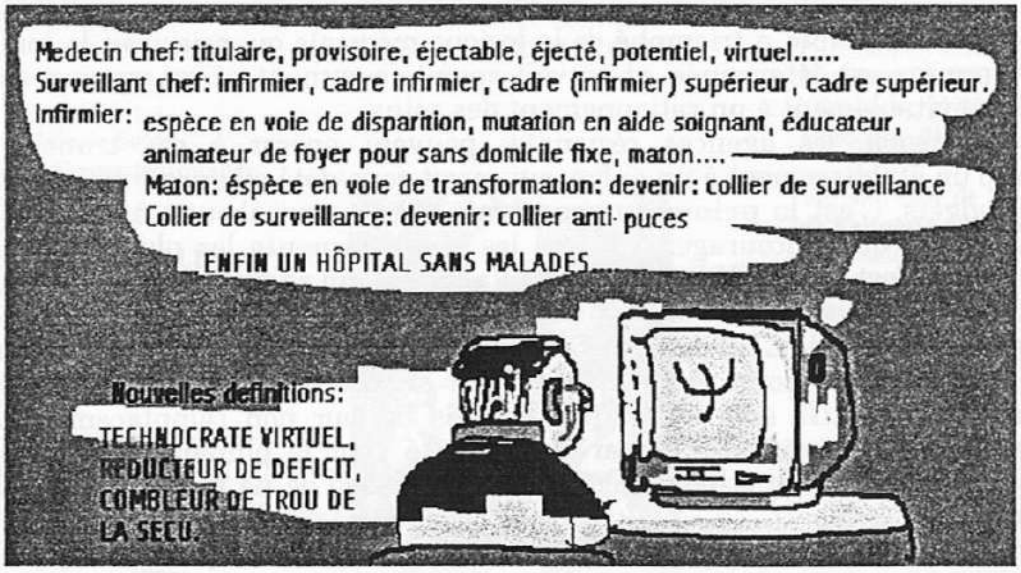
[1] Secteur 7, Centre Hospitalier de Montfavet, Tél 04.90.03.9197

Que penser des nouvelles prérogatives des directeurs d'agences régionales qui pourront **imposer des coopérations entre secteurs privé et public**, probablement en fonction de critères de rentabilité ? Dans ce contexte, il n'est pas totalement fantaisiste d'imaginer voir confier à certains endroits des missions particulières (l'hospitalisation complète par exemple) au secteur privé (moins onéreux) et d'autres missions (le suivi ambulatoire par exemple) concernant la même population, au secteur public. Que deviendrait alors le principe de continuité des soins ?

Que penser aussi des tentatives de faire sortir du champ psychiatrique au profit d'une prise en charge sociale, certaines pathologies telles que l'**autisme** et certaines catégories de population telles que les **SDF** (pour lesquels un hébergement sommaire est organisé au sein de notre Etablissement sans qu'ils puissent bénéficier des soins les mieux adaptés à d'éventuelles pathologies mentales ou physiques ?

Comment considérer , enfin, la publication au journal officiel, de postes de Chefs de Service pourtant occupés par des titulaires, sous prétexte d'une modification de leur Secteur, sans même que les intéressés aient été informés ?

Nous sommes entrés dans un processus de résolution des problèmes d'organisation sanitaire uniquement technocratique qui tente de museler un contre-pouvoir médical qui ne tiendrait pas le même langage.



Certes les dépenses inhérentes à la santé pèsent lourd dans les finances publiques et les médecins, qui sont des gens responsables, le savent. S'ils sont partisans d'une rationalisation des soins (éviter la redondance des examens, les traitements inutiles etc...), ils sont contre leur **rationnement**. La santé d'une population est certainement son bien le plus précieux , et la question de fond reste de savoir si l'on peut véritablement en réduire le coût sans dégrader sensiblement la qualité des soins ou l'égalité d'accès à ceux-ci. C'est un véritable débat de société et l'on peut regretter qu'il n'ait pas eu lieu.

RUBRIQUE CINEMA

Huguette FERRE
Praticien Hospitalier [1]
Secteur Avignon centre, Isle/Sorgue

LUCIE AUBRAC

De Claude BERRI - France (1996)
Avec Carole Bouquet (Lucie), Daniel Auteuil (Raymond), Jean Roger Milo (Maurice), Eric Boucher (Serge), Patrice Chéreau (Max)...

Sortie : le 26 février 1997

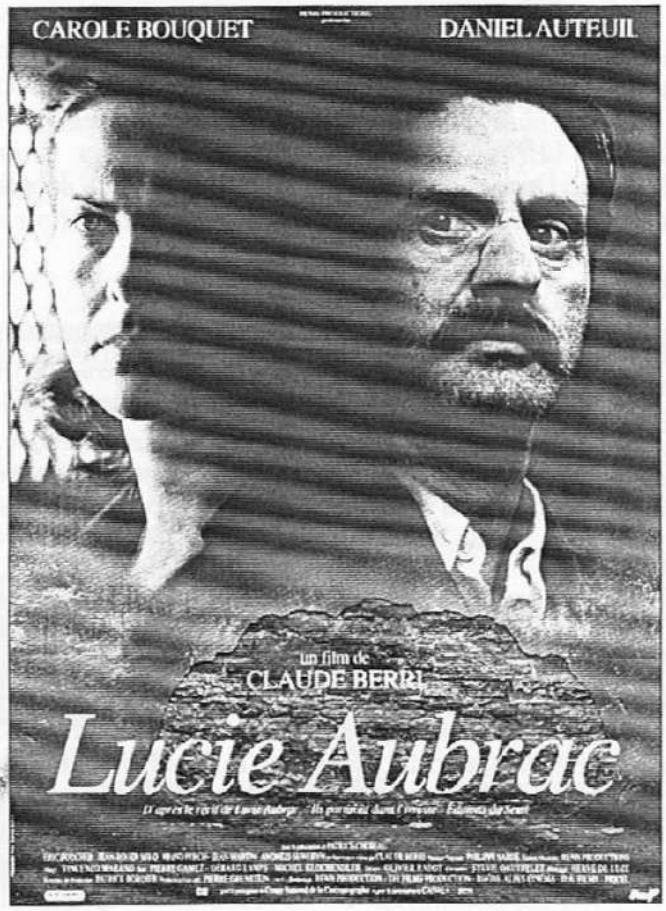
Scénario	Claude Berri, d'après « Ils partiront dans l'ivresse », de Lucie Aubrac
Photo	Vincenzo Marano
Musique	Philippe Sarde
Production	Renn Productions
Distribution	AMLF
Durée	1h 55

Un film sur la résistance, cela fait bien lontemps qu'un cinéaste n'avait pas traité le sujet.L'enfance des justes générations d'après guerre a été bercée par toute une filmographie sur la guerre (Pour mémoire la Bataille du Rail (Jean Renoir), le Jour le plus long... Les canons de Navarone, la Grande Evasion, la Vache et le Prisonnier, le Train, Paris brûle-t-il? Les années passent, l'Europe se construit. On cache les cadavres dans les placards et les vieux démons resurgissent. Pour certains les camps de concentration n'ont pas existé, ou tout au plus « un détail » dans l'histoire de la guerre.
Il est commode de désigner les responsables de la crise on ne parle plus du Juif cupide, mais de l'Arabe, du « Bougnoule » (un train en cache un autre).ORANGE, MARIGNANE, TOULON et maintenant VITROLLES : l'extrême droit fasciste est au pouvoir ; elle ne fait plus peur. « J'ai la mémoire qui flanche »... « Je ne me souviens plus très bien », chante Jeanne Moreau. Mais là, il ne s'agit pas d'amour, mais de haine, de haine raciale.
Donc par les temps qui courent, un film sur la résistance qui raconte l'histoire de gens courageux c'est plutôt salutaire.
Comme à son habitude, Claude Berri traite son sujet avec sérieux et classicisme. Avec une façon de filmer, très simple et directe. Les visages sont privilégiés, l'intensité de l'émotion passe par le regard, peu de mouvements d'appareil.
Carole Bouquet et Daniel Auteuil interprètent avec intelligence et force le couple AUBRAC.

---

[1] Pins B, Centre Hospitalier 84143 Montfavet Cedex, Tél 04.90.03.91.71

Ce film va sûrement et est déjà le support pour des débats et des mises au point sur cette période de l'Histoire avec la chance que les protagonistes, Lucie et Raymond AUBRAC, sont encore là pour témoigner. Mais pour savoir parfaitement les faits traités, il est nécessaire à mon sens d'avoir une culture sur cette période (la résistance à Lyon, Klaus Barbie, l'arrestation de Max, Jean Moulin, les réseaux de la résistance, le Général de Gaulle, la déportation des Français Juifs).
On peut aussi appréhender le film sous l'angle d'une histoire d'amour animée par la force d'amour d'une femme de conviction .« Les femmes dans la résistance » est au programme cette année, de l'éducation nationale. Il a fallu du temps pour se pencher officiellement sur cet aspect de la question. Le film effleure peut être la façon masculine de résister : - les coups sur le terrain, mais aussi les luttes pour le pouvoir. Lucie Aubrac semble résister d'une façon beaucoup plus intimiste et privée. L'amour personnel et altruiste semble être à la source de son engagement.



Claude Berri - Filmographie

Réalisations

1963 - Le Poulet (oscar du court métrage)
1966 - Le Vieil Homme et l'Enfant
1968 - Mazeltov ou le Mariage
1969 - Le Pistonné
1970 - Le Cinéma de papa
1972 - Sex shop
1974 - Le Mâle du siècle
1976 - La première fois
1977 - Un moment d'égarement
1980 - Je vous aime

1981 - Le Maître d'école
1983 - Tchao Pantin
1986 - Jean de Florette
1986 - Manon des Sources
1990 - Uranus
1993 - Germinal
1996 - Lucie Aubrac

TOUT LE MONDE DIT I LOVE YOU - (1996)

Réalisateur, scénariste, interprète Woody Allen,
Avec Julia Roberts (Vommie Sydell), Goldie Hown (Steffi), Alan Alda (Bob), Dew Barrymore (Skyler), Edward Norton (Holden), Tim Roth (Charles)...

Les inconditionnel(les), -dont je suis- ne seront pas déçu(e)s du dernier film de Woody Allen. En effet, c'est vraiment du Woody Allen mélant l'humour et la justesse du propos sur ce qui nous anime tous à savoir l'Amour et la névrose. Ceux (ou celles) qui s'en défendent sont des menteurs(ses) ou pire sont dans la méconnaissance.
Woody Allen a la chance et le talent de pouvoir mettre en image ses fantasmes : la scène où les adolescentes percent un trou dans un mur afin de pouvoir écouter les consultations du psychanalyste. De plus, il s'agit des fantasmes d'une délicieuse analysante, Vommie (Julia Roberts); de connaître les fantasmes d'une femmes afin de la séduire. Mais l'on s'en doute, rien n'est simple tout est compliqué, l'Inconscient veille.
La réalisation du fantasme n'a plus d'intérêt, fait chavirer la réalité. La Belle retournera auprès de son mari.
C'est la première comédie musicale réalisée par Woody Allen. Les chansons, leurs paroles viennent naturellement dans les scènes ; n'apparaissent pas plaquées comme dans certaine scomédies de J. Demy. Elles sont comme un prolongement et donnent une atmosphère gaie au film. Tout au long de la projection, le spectateur est sous le charme. Cette comédie nous fait évoquer les « musicales » avec Fred Astaire et Ginger Rogers. Le génie de Woody Allen nous fait oublier qu'il danse et chante moins bien. Mais qu'importe !

Woody Allen - Filmographie

1965 - Quoi de neuf, Pussycat?
(What's new, Pussycat?) de Clive Dommer
Scénariste, interprète

1966 - Lily la tigresse (What's up tiger Lily)
Co-scénariste, producteur associé, interprète

1967 - Don't drink the water de Howard Morris auteur de la pièce originale
Prends l'oseille et tire-toi (take the money and run)
Réalisateur, co-scénariste, interprète

1971 - Bananas
Réalisateur, scénariste, interprète

1972 - Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur le sexe sans jamais oser le demander
(Everything you always wanted to know about sex were afraid to ask)
Réalisateur, scénariste, interprète.

- **Tombe les filles et tais-toi**
(Play it again, Sam), d'Herbert Ross
Auteur de la pièce originale, scénariste, interprète.

1973 - Woody et les robots
(Sleeper)
Réalisateur, co-scénariste, compositeur de la musique, interprète

1975 - Guerre et Amour
(Love and Death)
Réalisateur, scénariste, interprète.

1976 - Le Prête-nom
(The Front), de Martin Ritt
Coproducteur, interprète

1977 - Annie Hall
Réalisateur, co-scénariste, interprète

1978 - Intérieurs
(Interiors)
Réalisateur, scénariste

1979 - Manhattan
Réalisateur, co-scénariste, interprète

1980 - Stardust Memories
Réalisateur, scénariste, interprète

1982 - Comédie érotique d'une nuit d'été
(A midsummer's night sex comedy)
Réalisateur, scénariste, interprète

1983 - Zelig
Réalisateur, scénariste, interprète

1984 - Broadway Dammy Rose
Réalisateur, scénariste, interprète



1985 - La Rose pourpre du Caire
(The Purple Rose of Cairo)
Réalisateur, scénariste

1986 - Hannah et ses soeurs
(Hannah and her sisters)
Réalisateur, scénariste, interprète

1987 - Radio Days
Réalisateur, scénariste, voix off

- **September**
Réalisateur, scénariste

1988 - Une autre femme
(Another woman)
Réalisateur, scénariste

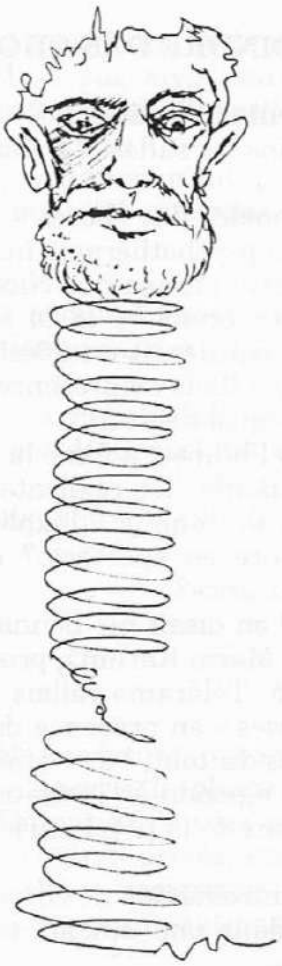
- New York stories
Réalisateur, scénariste, interprète du sketch Le complot d'Oedipe
(Oedipus wucks)

1989 - Crimes et délits
(Crimes and Misdemeanors)
Réalisateur, scénariste, interprète

1990 - Alice
Réalisateur, scénariste

- Scènes de ménage (dans un centre commercial)
(Scenes from a mall) de Paul Mazursky
Interprète

1991 - Ombres et brouillard
(Shadows and fog)
Réalisateur, scénariste, interprète



1992 - Maris et Femmes
(Husbands and wives)
Réalisateur, scénariste, interprète

1993 - Meurtre mystérieux à Manhattan
(Manhattan murder mystery)
Réalisateur, scénariste, interprète

1994 - Coups de feu sur Broadway
(Billets over Broadway)
Réalisateur, co-scénariste

- Don't drink the water (téléfilm)
Réalisateur, scénariste, interprète

1995 - Sunshine (téléfilm)
Interprète

- Maudite Aphrodite (Mighty Aphrodite)
Réalisateur, scénariste, interprète.

1996 - Tout le monde dit I love you
(Every one says I love you)
Réalisateur, scénariste, interprète

1997 - Deconstructing Hamy (titre provisoire)
Réalisateur, scénariste, interprète.

DIDIER - France (1996)

Réalisateur Alain Chabat,
Avec Alain Chabat (Didier), Jean-Pierre Bacri (l'impresario de football), Caroline Cellier

Sortie : 29 janvier 1997

Jean-Pierre (Jean-Pierre Bacri) impresario de football garde pendant une semaine le labrador nommé Didier de sa soeur (Caroline Cellier). Ce célibataire égoïste un peu boff « sur les bords » accepte pour rendre service d'embarrasser son quotidien avec ce chien. Il ne se doute pas qu'il va être entraîné dans une histoire hallucinante et rocambolesque qui va lui sauver la mise dans le milieu imptoyable du football.
Chabat réussit avec ce film une comédie hilarante. Il interprète à la perfection le chien à tel point que l'on se demande s'il na pas été chien dans une vie antérieure. Bacri est parfait en manager macho. La rencontre avec Didier va humaniser son personnage et le rend attachant. Les amis des animaux savent que les chiens et les labradors notamment sont très intelligents. Par ailleurs, il parait qu'au football pour être un bon buteur il ne faut pas trop se poser de questions !
A aller voir absolument.
Intellectuels s'abstenir.

LA MOINDRE DES CHOSES

De Nicolas Philibert [1]
Sort dans les salles le 5 mars 1997

« La moindre des choses » répondrait Jean Oury d'un air las, lorsqu'on lui demande ce qu'est la psychothérapie institutionnelle.
C'est cette phrase que Nicolas Philibert a choisi de donner comme titre à son film sorti en avant première le 24 février dernier à Paris sur invitation de Télérama. Dans ce journal paraissait en décembre un article concernant la toute première projection qui eut lieu à Blois en présence des acteurs.
Mais de quoi s'agit-il?
Nicolas Philibert a filmé la préparation d'une pièce de théâtre à la clinique psychiatrique de La Borde. Le réalisateur a beaucoup hésité avant de se lancer dans une telle entreprise, comme il l'expliquait lui même à Télérama : « de quel droit peut-on ériger la souffrance en spectacle? et comment éviter le folklore, le pittoresque de la folie, la complaisance?
Ce qu'il en disait me donnait beaucoup à attendre de ce film qui devait sortir en salle grâce à Marin Karmitz, producteur jeune et « gonflé ».
Grâce à Télérama j'allais avoir la chance d'assister à l'avant première de « la moindre des choses » en présence du réalisateur et du producteur ; persuadée d'y rencontrer des psy. Pas du tout, l'invitation de Télérama ne précisait en rien de quoi il s'agissait ; ceux qui ont répondu à l'invitation étaient sans doute plus des amoureux du cinéma que des amoureux de la psychiatrie ; la plupart n'avaient sans doute pas lu l'article de décembre.

Petite introduction de Nicolas Philibert avant le début du film ; il prévient que l'action se passe dans une clinique psychiatrique et que les 10 premières minutes sont un peu difficiles.
Et nous voilà partis pour une invitation à la clinique de La Borde.

---

[1] Compte rendu rédigé par Emmanuelle DERMENGHEN, Médecin-Assistant, Secteur 13G18, Centre Hospitalier Montperrin , Tél 04 42 16 16 79

Ca ne rate pas ; au bout de 10 minutes, deux personnes du rang derrière moi, quittent la salle ; non seulement elles me dérangent mais en plus cela m'irrite et me peine ; pourtant, je comprends : ils ne s'attendaient pas à voir un homme débraillé, courbé en avant, arpenter de façon stéréotypée et automatique le parc de la clinique, ni à subir le spectacle si dérangeant de ce qu'on appelle la folie.
La caméra apprivoise petit à petit le lieu ; c'est l'été, c'est vert, les peupliers bruissent dans le ciel, le chateau de La Borde parait désuet et un peu en ruine ; on est en pays de Loire.
Il faut parler de cette caméra jamais intrusive qui attend patiemment que les acteurs viennent à elle ; qui s'attarde sur un visage, un sourire, qui prend le temps (j'ai envie de dire : le temps de la psychose), qui sait attendre un regard. Pas de mouvement tarabiscotés, seulement des contre plongées vers les visages souvent serrés de près, vers les arbres comme des aérations, des ponctuations.
Sobre et jamais impudique, cette caméra ne cherche pas à nous faire pleurer, seulement à nous faire partager un moment de vie.
Nicolas Philibert est parvenu et c'était sans doute le pari, à nous faire pénétrer dans le monde des « dits fous », sans nous agresser, en toute amitié comme s'il nous tenait la main.
Combien seront touchés, combien auront envie d'aller plus loin.
Lors de la discussion quelqu'un a demandé si d'autres hôpitaux faisaient la même chose qu'à La Borde.

Je n'ai pas résisté ; après le réalisateur se reconnaissant peu compétent en la matière mais évoquant certaines lourdeurs administratives, j'ai répondu : *« oui, nous essayons de faire ce travail dans les hôpitaux psychiatriques, oui la psychiatrie institutionnelle existe encore, oui c'est dur à cause de l'administration, à cause de l'air du temps ».*
D'autres étaient curieux de ce qu'ils venaient de découvrir ; certains m'ont posé des questions après. Ce petit monde sans doute inconnu de la majorité quelques heures auparavant, était devenu familier le temps d'un film.

Je voudrais que tous voient ce film et que l'on vienne dans les hôpitaux psychiatriques. Je pense à 3 bis F à l'Hôpital Montperrin, lieu de rencontre artistique ouvert à tous, lieu de création extravagante, de rencontre et de liberté.
Enfin, l'amie que j'ai entraînée dans cette petite aventure, a été enchantée ; non seulement elle ne s'est pas ennuyée mais elle reconnait avoir découvert un univers totalement inconnu d'elle.
Elle m'a posé la question testante : « qui est soigné, qui est soignant »? A cela le film ne donne pas de réponse et c'est bien « la moindre des choses ».

INFO CULTURE

De nombreux lecteurs à la suite de la publication de notre article sur Osiris, ont souhaité en savoir plus sur la civilisation de l'Egypte Ancienne. Psy-Cause a le plaisir de les informer de la création d'une amicale : « les Amis de Thot » , à l'intention de tous ceux qui s'intéressent aux civilisations de l'Egypte Ancienne : élèves de centres privés, étudiants d'Université, adhérents d'associations, simples « Egyptophiles »,... enseignants. Cette association publie un bulletin d'information et organise diverses manifestations sur le mode convivial. Pour plus de renseignements, écrire à :

Les Amis de Thot
Amicale Egyptologique

7 rue Auguste Damian
84000 Avignon



PSY - CAUSE INFO

POUR ADRESSER UN ARTICLE :

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

. Si vous êtes plus proche d'Aix : le transmettre au Docteur LAVERGNE, Centre Hospitalier de Montperrin, 13617 Aix en Provence Cedex 1 , Téléphone 04.42.16.16.75

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

COURRIER DES LECTEURS , OPINION :

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

RUBRIQUE D'ACTUALITE SCIENTIFIQUE LOCALE :

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

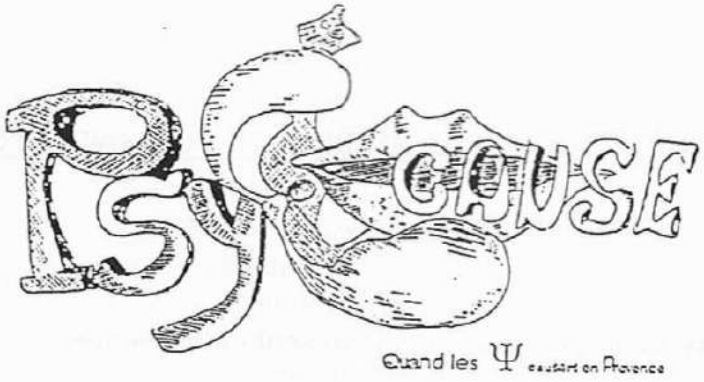
INFORMATION AUX LECTEURS :

Il nous reste encore quelques exemplaires disponibles des numéros 3, 4, 5 et 6 que vous pouvez nous commander aux prix respectifs de 3OF pour le numéro 3, et de 5OF pour chacun des numéros 4,5 et 6. Nous pouvons également réaliser pour vous une copie d'un article des numéros 1 et 2 pour la somme de 25F.

BULLETIN D'ABONNEMENT

Nom, prénom .....
Adresse professionnelle.....
.....

S'abonne pour un an à la revue "**Psy-Cause**", à partir du N°..... (N^{os} 1 et 2 épuisés).
Joint un chèque de 130 F à l'ordre de l'association "Psy-Cause ",
à l'adresse suivante : Secrétariat du Secteur 27, Centre Hospitalier, 84143 Montfavet cedex



PREMIER COLLOQUE REGIONAL
Vendredi 23 Mai 1997
Centre Hospitalier Montfavet

Thème:

ITINERAIRES DE PSYCHOTIQUES

Programme:

9h à 9h30 : **Accueil**
9h30 à 12h30 : **Séances pleinières** (Salle des spectacles)

Pause vers 10h30

Modérateur : Pr René SOULAYROL

La folie, une vieille histoire; conceptions talmudiques. Dr Moïse Benadiba

La psychose: le pari de l' intégration par l' école. Dr Marie-Pierre Lavergne

A propos d' "itinerrance", de Valencia à Avignon. Paulette Baussan, Dr Odile Boyer, Catherine Meyssonnier, Dr André Dostert

Placements thérapeutiques en centre d' aide par le travail. Dr Sophie Sauzade

Le psychotique au 3ème âge. Anouk Marion, Dr Olivier Fossard, Dr Claude Miens, Dr Christian Mirandol

12h30 à 14h : **Déjeuner** (Au Club et à la Cafétéria)
14h à 16h : **Cinq ateliers**

Atelier N°1 : psychose et pédo-psychiatrie
Atelier N°2 : psychose et soins en institution psychiatrique
Atelier N°3 : psychose et prise en charge alternative
Atelier N°4 : psychose et géronto-psychiatrie
Atelier N°5 : psychose et trajectoires des concepts

16h à 16h30 : **Pause**
16h30 à17h30 : **Rapports de synthèse**

Toutes les communications de l' assemblée pleinière et des ateliers seront publiées dans la revue

ATTENTION : Nombre de places limité. Réservez rapidement votre inscription.

BULLETIN D'INSCRIPTION POUR LA JOURNEE DE FORMATION CONTINUE

Itinéraires de Psychotiques

23 mai 1997 - C.H. Montfavet

organisé par la revue

Psy Cause, quand les psy causent en Provence

Association 1901 Psy-Cause

organisme agréé sous le N° 93840166884

Nom :
Prénom :
Fonction :
Adresse Professionnelle :

Téléphone :

Je choisis l'atelier n°

Coût de la Formation : 380 F

ce prix comprend le repas pris dans les restaurants du C.H. Montfavet

1 - INSCRIPTION INDIVIDUELLE ❑

2 - ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE ❑

ETABLISSEMENT :

ADRESSE :

Je soussigné, , agissant en qualité de
m'engage par la présente à prendre en charge les frais afférents à cette inscription.

A , le signature et cachet

A retourner avant le 16 mai 1997, selon votre proximité

Dr. Jean-Paul BOSSUAT
C.H. Montfavet
84143 Montfavet Cedex
(☎ 04.90.03.92.76.)

Dr. Thierry LAVERGNE
C.H. Montperrin
13617 Aix en Provence
(☎ 04.42.16.16.71.)



Gélule dosée à 50 mg de sertraline (chlorhydrate de sertraline). PROPRIÉTÉS : Antidépresseur/inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine. **INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES** : Épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés). **POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION : Réservé à l'adulte.** 1 gélule de 50 mg par jour au cours d'un repas. Cette posologie sera réévaluée après 3 semaines de traitement effectif et éventuellement augmentée par palier de 50 mg, jusqu'à 200 mg par jour, en fonction de la réponse clinique. La posologie sera identique chez le sujet âgé mais une surveillance particulière sera nécessaire en début de traitement, et pendant la phase d'adaptation posologique. Insuffisance hépatique : phase d'adaptation progressive sous surveillance particulière, la posologie doit être réduite de moitié ou l'intervalle entre les doses espacé. **CONTRE-INDICATIONS** : Ne doit jamais être utilisé en cas de : - hypersensibilité à la sertraline, - enfants de moins de 15 ans, en l'absence d'études, - association au sumatriptan, aux IMAO non sélectifs et aux IMAO sélectifs B (cf. Interactions avec d'autres médicaments). Ne doit généralement pas être utilisé en cas de : - association aux IMAO sélectifs A (cf. Interactions avec d'autres médicaments), - grossesse, - allaitement. **MISE EN GARDE** : Comme lors de tout traitement par antidépresseur, le risque suicidaire chez les patients déprimés persiste en début de traitement, la levée de l'inhibition psychomotrice pouvant précéder l'action antidépressive proprement dite. **PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES D'EMPLOI** : • Insomnie ou nervosité en début de traitement. En cas de virage maniaque franc, le traitement par sertraline sera interrompu. • Alcool : consommation déconseillée. • Insuffisance hépatique : cf. Posologie. • Patients épileptiques : renforcer la surveillance clinique et électrique ; la survenue de crises convulsives impose l'arrêt du traitement. • Risque d'hyponatrémie surtout chez le sujet âgé et cirrhotique. **INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES : Associations contre-indiquées** : • IMAO non sélectifs : Risque de syndrome sérotoninergique. • IMAO Sélectif B : Risque d'hypertension paroxystique. • Sumatripan : Risque d'hypertension artérielle, vasoconstriction artérielle. **Association déconseillée** : • IMAO sélectif A : Risque d'apparition d'un syndrome sérotoninergique. **Associations faisant l'objet de précautions d'emploi** : • Anticoagulant oraux ; • Carbamazépine ; • Lithium ; • Cimétidine. **GROSSESSE ET ALLAITEMENT** : Contre-indication relative. **EFFETS INDÉSIRABLES** : - neuro-psychiques, - extra-pyramidaux, - gastro-intestinaux, - cutanés, - métaboliques, - cardiovasculaires, - visuels, - de la libido, - de la miction, - hypersudation, - très rarement : syndrome sérotoninergique, en association avec les IMAO, sélectifs ou non, et le lithium. D'exceptionnels cas d'élévation des enzymes hépatiques, et des cas d'hyponatrémie ont été rapportés (la plupart chez des patients âgés). Par ailleurs, certains effets indésirables sont liés à la nature même de la maladie dépressive (levée de l'inhibition, invasion de l'humeur, réactivation d'un délire). **Liste 1.** AMM 340 341.9 (1996) - **Prix** 151,50 F. Coût de traitement journalier : 5,41 F à 21,64 F. 28 gélules sous plaquette thermoformée. Sécurité Sociale : 65 % - Collectivités. Information médicale : PFIZER, 86 rue de Paris, 91407 Orsay Cedex. Laboratoire PFIZER. Pour une information complète, se reporter à la fiche signalétique. ® Marque déposée de Pfizer Inc.



L'efficacité positive

PHOTO : JEAN-PAUL GOUDE **SCORPION COMMUNICATION**

Département Psychiatrie

SCIENCE ET PASSION DE LA VIE

Pfizer