



ISSN 1245-2394

Quand les Ψ causent en Provence

Sommaire :

Premier Colloque Régional (23 Mai 1997) : "Itinéraires de psychotiques"

- La folie dans le Talmud.
- Le pari de l'intégration scolaire.
- Itinérance.
- Le Centre d'Aide par le Travail.
- La psychose au troisième âge.
- Les médecins passent, le psychotique reste.
- Le CATTP, entre contenant et contenu.
- Quelle place pour l'enfant psychotique?
- Les psychotiques en prison.
- Prises en charge corporelles.
- De l'itinéraire au code barre.

Et les rubriques habituelles.

Revue trimestrielle

Prix du numéro double : 100 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

OUVRIR UN ESPACE DE SPONTANEITE

En Juillet 1995, sortait le N°1 de Psy-Cause : un modeste polycopié à vocation locale mais dont l'adhésion immédiate des lecteurs fut déterminante pour la suite. Notre premier congrès régional avait pour base de départ 130 participants. Il y en eut presque 200 (Heureusement le soleil était de la partie). Nous n'avons nul besoin d'enquêtes, de recherches évaluatives savantes pour aller de l'avant. Peut être cette dynamique est-elle en rapport avec notre projet : ouvrir un espace de spontanéité dans un système de santé globalement de plus en plus malade d'une bureaucratisation dont l'objet louable est de mieux gérer mais qui ne parvient pas au niveau des comptes de la nation, à stopper la dérive des coûts. Il s'agissait pour nous de créer un support à une communication de proximité, entre des individus de plus en plus enfermés dans des **isolats** (pour reprendre un terme cher à Lucien Bonnafé), c'est-à-dire favoriser un dialogue entre institutions, secteurs, corporations professionnelles, modes d'exercice.

L'écriture témoigne d'une parole, auprès des lecteurs, et auprès de l'auteur lui-même. C'est d'abord en soi même que chacun est prisonnier d'un système de pensées, d'une image, d'une identification à un petit autre idéal sur laquelle se construit tout fonctionnement totalitaire. L'accès à la liberté, comme le faisait observer Jacques Lacan dans son séminaire sur les psychoses (les planètes parlent-elles?) est l'accès à la véritable altérité du grand Autre ; c'est en tant que lecteur, accepter d'être déçu par telle idée, telle réponse à sa question, car elle n'est pas celle qu'on attend.

Un espace de spontanéité, est un lieu de l'Autre, ouvrant les portes de l'imagination... et de surcroît une fenêtre sur des solutions nouvelles pour notre système de soins. Après tout, redonner le pouvoir à l'imagination des professionnels de santé, ne serait-ce pas finalement paradoxalement plus économique?

Jean-Paul BOSSUAT
Directeur de Psy-Cause

EDITORIAL

En plus des rubriques habituelles, ce numéro double publie les actes du premier colloque régional de Psy-Cause du 23 Mai à Montfavet :

"Itinéraires de psychotiques".

L'idée de ce colloque s'est construite pendant les comités de lecture de la revue, lors d'échanges autour des articles que nous recevions et d'après les témoignages de nos lecteurs. Si nous avons défini son titre, sa date et son lieu, nous avons adapté l'organisation de cette journée aux propositions de communications qui nous ont été faites.

La psychiatrie est née à l'asile là où le corps social mettait ses fous pour les protéger et se protéger.

La deuxième moitié du XXème siècle a été consacrée à les en faire sortir et à tenter de les faire accepter par le corps social. En même temps, par chance, par héritage de la psychanalyse, grâce à la découverte de psychotropes puissants, la frontière entre le normal et le pathologique devenait de plus en plus floue. Et là fin du siècle, nous y sommes. **"L'avenir n'est plus ce qu'il était" (Paul Valéry).**

Cette fin de siècle correspond à l'achèvement du mouvement de désaliénisation, et à la généralisation de la politique de secteur.

Un des bilans de cette épopée héroïque passe par l'itinéraire social du fou.

Un autre bilan de cette épopée est le haut niveau de conceptualisation et sa banalisation.

Pour exercer la psychiatrie, personne ne s'appuie plus sur un simple empirisme intuitif et plus ou moins dévoué. Le cadre professionnel est maintenant propice à une vraie rencontre avec le fou, et une vraie rencontre avec un fou, ça dérange, et ça motive à se former. Chacun d'entre nous est marqué par la formation qu'il a reçue: formation magistrale, formation continue, formation mutuelle avec les collègues. Autrement dit, faire du soin nécessite un **savoir-faire**, donc du faire et du savoir.

Dissocier le faire du savoir c'est justement ce qui peut être utilisé comme outil de pouvoir, en mettant un rapport hiérarchique entre le faire et le savoir.

Or, c'est bien dans cet effort de **dialectisation permanente entre faire et savoir** que peut se trouver un champ d'enrichissement pour le soignant et une chance d'être entendu pour le malade. Tout soignant en psychiatrie se trouve confronté au faire et au savoir. Tout soignant se frotte au savoir et aux théories multiples qui soutiennent la psychiatrie. Et plus ou moins consciemment, il en arrive à conceptualiser une **théorie de la pratique** (Lantéri-Laura).

C'est dans l'écart entre la théorie et la pratique quotidienne que se situent le savoir-faire, la théorie de la pratique.

Ces cinquante dernières années consacrées à l'insertion sociale du sujet psychotique ont permis à ces savoir-faire d'être à leur meilleur niveau.

Ce premier colloque de **Psy-Cause** s'est caractérisé par son ambiance sympathique qui a favorisé l'échange autour des savoir-faire.

En publiant les actes du premier colloque régional de Psy-Cause, nous proposons à ces savoir-faire, de se faire-savoir et de se sauvegarder.

Merci à tous les participants, notamment à notre modérateur le Professeur René Soulayrol dont l'intervention chaleureuse, fine et cultivée a favorisé la teneur amicale des échanges; merci à la Direction de l'hôpital Montfavet, dont l'accueil a été efficace et convivial; merci à la librairie "Les Genêts d'Or" et aux laboratoires pharmaceutiques. Chacun à sa manière a contribué à la réussite de cette journée.

L'année prochaine, le **deuxième colloque de Psy-Cause** se tiendra à l'hôpital Montperrin, le **vendredi 5 Juin 1998**. Le thème que nous vous proposons est:

"La dépression, une histoire privée, une affaire publique".

Nous espérons que ce thème suscitera l'échange entre soignants du service public et du privé.



Thierry LAVERGNE
Rédacteur en chef

QUI FAIT LA REVUE ?

**Directeur de la Publication
et de la Rédaction**
Jean-Paul BOSSUAT

**Rédacteur en Chef
et Directeur Adjoint**
Thierry LAVERGNE

Directeur de la Publicité
Huguette FERRE

Secrétaire de Rédaction
Didier BOURGEOIS

Et bien entendu en premier lieu,
les auteurs des articles

Comité de Rédaction

Michèle ANICET (Avignon)
Régis ASTIC (Avignon)
Michel BAYLE (Aix)
Moïse BENADIBA (Marseille)
Stéphane BOURCET (Aix)
Fabienne CAYOL (Laragne)
Jocelyne CHAGNY (Avignon)
Laurence FELLER (Uzès)
Huguette FERRE (Avignon)
Jean-Michel GAGLIONE (Avignon)
Jean-Louis GAUTHIER (Avignon)
Marc-Allois LILLO (Avignon)
Henri LOMBARD (Avignon)
Hosni OUACHI (Avignon)
Bernard PETIT (Aix)
Sophie SAUZADE (Martigues)

QUI AIDE LA REVUE ?

Conseil Scientifique

Henri BERNARD (Avignon)
Carmen BLOND (Avignon)
Monique D'AMORE (Aix)
Rémi DEFER (Aix)
Philippe FORNARI (Aix)
Dimitri KARAVOKYROS (Laragne)
José LAMANA (Avignon)
Joëlle LEVEZIEL (Orange)
Dominique LIBES-ARNAUD (Avignon)
Christiane MARTIN (Avignon)
Louis MERLIN (Avignon)
Gérard MOSNIER (Avignon)
Maurice PAILLOT (Avignon)
Dominique PAQUET (Avignon)
Jean-Marie POTOCZEK (Avignon)
Edmond REYNAUD (Avignon)
Yves ROUSSELOT (Aix)
Béatrice SEGALAS (Avignon)
Danièle SILVESTRE (Paris)
René SOULAYROL (Marseille)
Jean-Pierre SUC (Avignon)

Correspondants

Malik AIT BOUNOUR (Alès)
Richard ALSAC (Marseille)
Joëlle ARDUIN (Avignon)
Jean-Pierre BAUCHERON (Marseille)
Denise BAUDOUIN (Marseille)
Patrick BOYER (Marseille)
Mireille BRUN (Avignon)
Hervé CASTANET (Marseille)
André-Salomon COHEN (Avignon)
Rémi DELAÎTRE (Avignon)
Emmanuelle DERMENGHEM (Aix)
Thierry FOUQUE (Alès)
Dominique GODARD (Martigues)
Gérard IMBERT (Avignon)
Patrick JULLIAN (Avignon)
Françoise LANET (Uzès)
Dominique MALET (Aix)
Claude MIENS (Avignon)
Christian MIRANDOL (Avignon)
Marie-Josée PAHIN (Marseille)
Marianne PARIS (Avignon)
Danielle RAOUX (Avignon)
Ecaterina SARACACEANU (Marseille)
Jany VIDON (Avignon)

Le laboratoire Synthélabo par une insertion publicitaire,
Les laboratoires pour leur participation au congrès :

- | | |
|-------------------------|------------------------|
| - Ardix-Servier, | - Lundbeck, |
| - Duphar-Solvay Pharma, | - Novartis Pharma, |
| - Janssen Cilag, | - Rhône Poulenc Rorer, |
| - Lilly France, | - Synthélabo. |

Didier BOURGEOIS a dessiné les illustrations originales.
Martine BAROZZI a assuré le mailing.

SOMMAIRE

Psy-Cause I : Itinéraires de psychotiques, séance plénière

La folie, une vieille histoire : conceptions talmudiques : Moïse BENADIBA, Médecin Chef d'Intersecteur. Pages 7 à 14.

La psychose : le pari de l'intégration scolaire : Marie-Pierre LAVERGNE, Praticien Hospitalier. Pages 15 à 22.

A propos d'« itinérance », de Valencia à Avignon : Paulette BAUSSAN, Psychologue, Odile BOYER, Praticien Hospitalier, André DOSTERT, Psychanalyste, Catherine MEYSSONNIER, Assistante Sociale, et l'équipe infirmière de l'Essor. Pages 23 à 28.

Placements thérapeutiques en Centre d'Aide par le Travail. Du contrat d'ergothérapie à la prise en charge globale en C.A.T. : Sophie SAUZADE, Praticien Hospitalier. Pages 29 et 30.

Les psychotiques en maison de retraite : Anouk MARION, Infirmière, Olivier FOSSARD, Médecin Attaché, Claude MIENS et Christian MIRANDOL, Praticiens Hospitaliers. Pages 31 à 48.

Psy-Cause II : Itinéraires de psychotiques, ateliers

Itinéraire d'un psychotique âgé : André Salomon COHEN, Praticien Hospitalier, Eliette UGHETTO, Surveillante ; Jocelyne BARRE, Ghyslaine BOUTHORS, Véronique MASSE et Robert VIGNE, Infirmier(e)s. Pages 51 à 59.

Vincent reste, les médecins passent. Trente ans plus tard : Basile : Emmanuelle DERMENGHEM, Médecin Assistant. Pages 60 à 66.

Le psychotique entre territoires à propos de soins dans un CATTP sans locaux : Jean Paul BOSSUAT, Médecin Chef de Secteur ; Marianne CECCARELLI, Jocelyne CHAGNY, Marie-Lys GREGORI et Patrick VERDIE, Infirmier(e)s. Pages 67 à 71.

Nassim l'exclu : Simone ANES et Jacqueline GOUIRAND, Infirmières, André COSTAGLIOLA, Educateur, Marie-Pierre LAVERGNE, Praticien Hospitalier. Pages 72 et 75.

Itinéraire des psychotiques en prison : Gilles AZAS et Pascale GIRAVALLI, Praticiens Hospitaliers, Daniel BONNIFACE, Infirmier. Pages 76 à 80.

Prise en charge corporelle (Packs) à propos d'un cas clinique : Nadia D : Huguette FERRE, Praticien Hospitalier, Andrée IMPERIALI, Infirmière, Anne-Rosen JOLIVET, Assistante Educatrice, et Madeline LABENERE, Infirmière. Pp 81 à 86.

« Le Hammam » ; une peau pour l'alternative psychotique, l'interface d'une pensée pour l'itinéraire : André BOUILLE, Kinésithérapeute, Daniel VIGNE, Psychomotricien. Pages 87 à 96.

Itinéraire de patient : Bernard PETIT, Cadre Infirmier Supérieur. Pages 97 à 102.

Le concept à l'épreuve de la réalité, « ancrages et dérives » : Joëlle ARDUIN, Didier BOURGEOIS, Claudine BRUNEAU, Alain IOUALALEN, Karine FAYE-ALBERNHE, Didier LACOURT, du Groupe Avignonnais de CLEFS. Pp 103-108.

Le diagnostic de schizophrénie au risque d'itinéraires : Jean-Louis GAUTHIER, Psychiatre Assistant. Pages 109 à 114.

Annnonce du second colloque Régional de Psy-Cause . Pages 115 et 146.

Rubriques

Opinion : L'art et le lien social, par Grégory VIDON, plasticien. Pages 116 et 117.

Brèves, par Didier BOURGEOIS. Page 118.

Actualité scientifique locale, par Jean-Paul BOSSUAT. Pages 119 à 138.

Internet News, par Didier BOURGEOIS. Page 139.

Société : Au menu des réformes : l'assiette anglaise? par Jean-Michel GAGLIONE. Pages 140 et 141.

Cinéma, par Huguette FERRE. Pages 141 à 145.

PSY-CAUSE, REVUE DE PROXIMITE

Ce numéro double 8/9, a été tiré à 800 exemplaires. Nous étions à 300 exemplaires début 1996, 500 fin 1996, 600 début 1997... L'aire géographique de la revue partie du Vaucluse et ses environs en 1995, couvre à présent cinq départements : Gard, Vaucluse, Bouches-du-Rhône, Alpes de Haute Provence et Hautes Alpes. le travail rédactionnel s'effectue sur deux instances : le comité de rédaction qui se réunit alternativement à Avignon et à Aix-en-Provence ; les groupes rédactionnels incluant les correspondants, qui se sont constitués ou sont en cours de constitution dans diverses institutions. Ces groupes rédactionnels sont appelés à devenir autant de lieux de travail et d'échanges à proximité immédiate du terrain. Ce réseau pluridisciplinaire est ce qui fonde Psy-Cause ; et lorsque nous parlons d'aire géographique de la revue, nous parlons de l'aire d'implantation de ce réseau.

Parallèlement Psy-Cause, revue régionale, développe des liens avec des correspondants étrangers entretenant des relations suivies avec notre revue et notre région. Ceux ci seront formalisés en fin d'année dans « l'ours » du numéro 10. A ce jour Psy-Cause a des correspondants en République Tchèque, en Italie, en Suisse, au Sénégal, au Bénin. La proximité n'est pas seulement celle de la géographie, elle est aussi celle du cœur.

Jean-Paul BOSSUAT

PSY- CAUSE I
ACTES DU CONGRES
ITINERAIRES DE PSYCHOTIQUES :
SEANCE PLENIERE

Cinq communications, modérées par le Professeur SOULAYROL, ont planté le décor de ce colloque, comme autant de re(pères) d'une trajectoire, d'un itinéraire, qui seront ensuite plus diversement développés en ateliers (voir plus loin, Psy-Cause II)

. Moïse BENADIBA, Pédiopsychiatre Chef d'Intersecteur à Marseille, se fait conteur d'une vieille histoire, celle de la folie. Cet auteur nous invite à parcourir des conceptions, celles du **Talmud**, dont l'ancienneté nous interpelle non sans humour : Ainsi interroge le Talmud : *« Comment est le cas du Hassid Choté? C'est celui d'un homme qui voit une femme se noyer dans une rivière et se dit à lui-même : il n'est pas pudique de regarder une femme ».*

. Marie-Pierre LAVERGNE, Praticien Hospitalier à Marseille, enfonce le clou sur une question d'actualité qui a fait couler beaucoup d'encre, en particulier à l'Education Nationale : **l'intégration des psychotiques à l'école.**

. Sophie SAUZADE, Praticien Hospitalier à Marignane, évoque un lieu incontournable pour nombre de psychotiques : **Le Centre d'Aide par le Travail.** Lieu protégé du monde du travail, mais aussi **placement thérapeutique**, le CAT est à entendre comme une prise en charge globale.

. L'équipe pluridisciplinaire du **Groupe**, unité de soins pour jeunes psychotiques actuellement localisée à l'Essor, au Centre Hospitalier de Montfavet, avec l'excellent mémoire de Marianne PARIS (Psy-Cause N°3 pages 3 à 30 : La prise en charge bipolaire du psychotique) avait été l'objet d'une sensibilisation des lecteurs à la richesse et à l'intérêt de son approche clinique. Avec sa communication collective : **« A propos d'itinérance, de Valencia à Avignon »**, elle met en scène à propos d'un patient, les divers mécanismes de sa prise en charge.

. Une infirmière de maison de retraite (Anouk MARION), un médecin généraliste faisant fonction de Gérontopsychiatre (Olivier FOSSARD), deux Praticiens Hospitaliers (Claude MIENS et Christian MIRANDOL), font le point sur l'itinéraire du **psychotique au troisième âge**. Mettant l'accent sur une clinique de terrain, ils mettent en perspective cette fin de parcours à l'automne de la vie.



LA FOLIE, UNE VIEILLE HISTOIRE ; CONCEPTIONS TALMUDIQUES

Moïse BENADIBA
Médecin Chef de Service⁽¹⁾
Psychanalyste
Intersecteur Marseille 10^e et 12^e ème,
Cassis, Allauch
(13103)

La folie, la Bible ⁽²⁾ et le Talmud ⁽³⁾ la connaissent et l'évoquent.

La Bible envisage notamment la folie dans les circonstances suivantes ⁽⁴⁾ :

Le cas de Réouben ⁽⁵⁾, fils aîné de Jacob : dans un passage à l'acte, un accès considéré comme de folie, il « cohabita » avec Bilha, concubine de son père. L'interprétation rabbinique de « cohabita » par « il a dérangé » voire « il a troublé ⁽⁶⁾ » a pu être retenue comme référence expliquant cet adage obscur dévolu à la tradition biblique : « Kol békhor choté » : « Tout aîné est fou ».

Les cas des cauchemars de Pharaon à l'époque de Joseph ⁽⁷⁾ : le texte biblique signale que l'esprit de Pharaon se mit à fortement retentir, comme une cloche, perturbé au réveil par un rêve étrange, juxtaposition de deux rêves ⁽⁸⁾. Il s'agit d'un véritable accès de folie sous-tendu par une angoisse incontrôlable comme le suggère l'expression utilisée dans le texte biblique : « Vatipaém rouho », qui se traduit classiquement par « son esprit fut troublé » mais qui en hébreu est infiniment plus violente : Elle veut dire que son esprit vital ⁽⁹⁾ ainsi que les fondements même de la conscience furent ébranlés ; que son esprit « se mit à résonner violemment comme le bronze d'une cloche que frappe sans discontinuer un battant mû par une immense force ⁽¹⁰⁾ ». Il y a comme une fracture du sens chez Pharaon devenant fou.

L'épisode du veau d'or ⁽¹¹⁾ : il ne paraît cohérent et compréhensible que si peut être admise l'hypothèse de la folie, d'un « esprit de folie qui aurait emporté les hommes » ⁽¹²⁾, car ce veau d'or, des Hébreux dans le désert le construisent et l'adorent juste après avoir mérité d'entendre la proclamation divine des dix commandements. Dans les commentaires rabbiniques (1), la possibilité, l'éventualité de l'existence chez le peuple impatient d'un délire collectif, est admise.

⁽¹⁾ Centre Hospitalier Valvert, Boulevard des Libérateurs, 13391 Marseille Cedex 11, Tél 04.91.87.67.93

⁽²⁾ Ici uniquement ce qu'on appelle « Ancien Testament »

⁽³⁾ Le Talmud c'est la consignation par écrit de la « Michna » (commentaires sur les textes bibliques et recueils de décisions juridiques réunis par Rabbi Yéhoudah Hanassi vers la fin du II^e ème siècle) et de la « Guémara » (enseignements oraux de la période qui suit la consignation par écrit de la « Michna » et consignés eux-mêmes par écrit par Rav Ashi et Ravina vers la fin du V^e ème siècle, commentaire de la « Michna »).

⁽⁴⁾ Je me limite ici à en dire quelques mots sur ces circonstances, renvoyant en bas de page aux références dans le texte biblique des épisodes qui en font état, chronologiquement.

⁽⁵⁾ Genèse XXXV, 21-22

⁽⁶⁾ Comme dit Rachi, commentateur illustre et autorisé de la Bible et du Talmud.

⁽⁷⁾ Genèse, XLII

⁽⁸⁾ Celui des sept vaches suivi de celui des sept épis.

⁽⁹⁾ « Rouah » en hébreu.

⁽¹⁰⁾ Comme le dit Raphaël Draï (2) dans son étude sur cette question et qui ajoute ceci, d'intérêt : l'esprit de Pharaon est comparé à une cloche, non seulement pour les connotations acoustiques de ce symbole, mais parce que « Paamon » est bâti sur la racine « Paam », qui désigne le battement, la scansion et le rythme, la résonance propice au raisonnement si le choc acoustique extérieur s'infiriorise et se prolonge bien en prise de conscience.

⁽¹¹⁾ Exode, XXXII

Le passage de la Bible qui met en garde l'homme qui n'observerait pas les commandements, passages dit des « **malédiction**s »¹⁰ : le Seigneur, dit ce texte, « ...se frappera de folie... et de stupeur des sens », et plus loin : « Tu deviendras fou, au spectacle que verront tes yeux ». La folie, ici, apparaît comme conséquence de perturbations des conduites, de dysfonctionnement des comportements, de déficits du niveau du contrôle des pulsions.

Le récit de la fuite de David devant Saül et son arrivée chez les Philistins¹¹, où il est dit : « David... arriva chez Akhisch, roi de Gath... il eut une grande crainte d'Akhisch... Il se montra comme fou à leurs yeux, et fit devant eux des extravagances : il faisait des marques sur les battants des portes, et il laissait couler sa salive sur sa barbe. Akhisch dit à ses visiteurs : vous voyez bien que cet homme a perdu la raison ; pourquoi me l'amenez-vous ? Est-ce que je manque de fous, pour que vous m'amenez celui-ci... ? »

Le cas de Nabuchodonosor, maître de Babel et plus particulièrement des avatars de ses rêves¹² : le texte dit le concernant, qu'il « ... rêva des rêves, et son esprit en retentit et son sommeil fut sur lui ». Sur ces rêves, le texte biblique ne dit rien, sauf qu'ils furent fréquents, perturbants, « d'une résonance bien plus profonde, plus intense, et plus intime que celle que produisirent les rêves de Pharaon sur l'esprit de ce dernier »¹³ car ici il s'agit bien de clivage, de psychose manifeste, d'un état paranoïaque en fait : ébranlé par ses rêves qui le rendent fou, Nabuchodonosor demande à ses oniromanciens, les menaçant de mort en cas d'échec, qu'on lui dise ses rêves, qu'on les interprète alors même que lui-même n'en dit mot sur leur contenu. Bien entendu, devant l'impossible de l'exigence du despote, ils temporisent ; ce qui fait éclater la crise de folie, paranoïaque, que le texte biblique rend précise quand il fait dire à l'intéressé : « Je sais certainement que vous voulez gagner du temps parce que vous voyez que ma décision est fixée. Si vous ne me faites pas connaître mon rêve, une loi implacable s'appliquera. Vous vous êtes concertés pour m'adresser des paroles fausses et mensongères jusqu'à ce que les temps changent ! »¹⁴ Après quoi il ordonne l'anéantissement de tous les sages de son empire, comme si, dans sa fureur, sa folie meurtrière, il voulait expulser de lui cette ignorance intime qui le ronge, qui le mange jusqu'à la mort. Quitte à accomplir « un meurtre collectif sur l'autel de son impérial et impérieux inconscient » (2).



¹⁰ Deutéronome, XXVII

¹¹ Samuel, XXI

¹² Daniel, II

¹³ Comme l'indique Raphaël Drac (2) quand il note qu'à propos de Nabuchodonosor, la formule que le texte biblique utilise est réflexive, intériorisante, à savoir : « *tīpālm rouho* » ; formule qui renvoie à l'image de l'esprit, non représenté comme le battant d'une cloche (en hébreu « paoumon ») uniquement, comme dans le cas de Pharaon, mais « devenu si l'on peut dire, entièrement cloche, onde de choc interminable qui scie en deux l'esprit de l'empereur ».

¹⁴ Daniel, II, 9.

La suite du récit biblique va confirmer cette folie de Nabuchodonosor par son évolution, sa détérioration progressive : la Bible décrit l'empereur fou, déambulant à l'endroit où culmine son palais au dessus de Babel, pris d'un nouvel accès de folie mégalomane avant de plonger dans la folie tout court, le délire hallucinatoire : il va entendre des voix venues du ciel.

L'hallucination de Balthazar ⁽⁹⁾, fils de Nabuchodonosor : en pleine orgie, la veille de son assassinat, il eut une terrifiante hallucination visuelle : les doigts d'une main surgie d'un mur du palais royal porte sur ce mur une inscription dont la teneur et le contenu énigmatique enténébraient son esprit.

Le Talmud, au sujet de la folie, s'intéresse surtout à ses conséquences légales et juridiques. Il insiste dans une perspective ouvertement médico-légale sur les droits, les capacités et les responsabilités juridiques de l'aliéné et du fou plus particulièrement. Dans ce contexte le Talmud distingue des entités nosographiques qu'il désigne par des termes distincts qui les précisent et les caractérisent. On peut aussi distinguer et décrire ces termes, pour la folie :

« **Chigamoum** » ⁽¹⁰⁾ il est dit ⁽¹¹⁾ à son propos, autour de la question des droits de l'épouse, que « *pour la femme... d'un « chigamoum » le tribunal prend la place du mari* ». Ce terme est proche de « méchougah » qui désigne le fou en hébreu moderne mais qui n'appartient pas au vocabulaire talmudique. Sur ce « chigamoum » on ne sait que ce que Rachi en dit, à savoir qu'il s'agit de la maladie de quelqu'un « que n'importe quoi trouble », donc fragile psychologiquement et vulnérable quant à sa personnalité.

« **Kondraikos** » : il est dit ⁽¹²⁾ à son sujet autour de la question de la décision juridique concernant le divorce : « *si un individu atteint de « kondraikos » demande qu'on lui fasse un acte de divorce, c'est comme s'il n'avait rien dit* ».

Le Talmud s'attarde sur ce cas pour donner l'étiologie de la maladie : une imprégnation alcoolique et plus particulièrement la consommation d'un vin mauvais. Ce qui ne va pas sans conséquences pratiques juridiques et légales : en effet, après de longs et subtils débats autour de la question de la responsabilité du « kondraikos » comparé par certains à un dormeur (donc non fou) et par d'autres à un aliéné définitif (donc irréversiblement fou), on aboutit à ceci en définitive : c'est le premier point de vue qui est adopté en fin de compte et en cas de demande de divorce, l'acte de divorce sera légalement établi et le demandeur considéré en ce domaine de la jurisprudence non irresponsable ⁽¹³⁾. Pourquoi cette décision ? A cause de ceci : s'il est vrai que la folie est incurable, il est vrai aussi qu'il existe pour le « kondraikos » un traitement connu, efficace et probant : du vin dilué et de la viande rouge ⁽¹⁴⁾.

« **Mélankie** » : ressemble dans sa description à ce que la psychiatrie qualifie actuellement de « mélancolie ». Deux conceptions s'opposent à son sujet, se dégageant des commentaires du texte talmudique, celle de Rachi et celle de Maimonide ⁽¹⁵⁾ : le premier la considère comme psychogène, dans un contexte en relation avec une conception démonologique de la folie, alors que le deuxième, pour qui elle est essentiellement à base organique, en fait déjà une maladie « mixte » : « *un désordre qui évolue vers cette manie qu'est la rage* » disait-il. Autour de ces deux conceptions, une troisième, prudente, retenue

⁽⁹⁾ Daniel, V.

⁽¹⁰⁾ Cité une seule fois dans le Talmud (3).

⁽¹¹⁾ Traité « Sota » du Talmud de Babylone.

⁽¹²⁾ Traité « Guikin » du Talmud de Babylone.

⁽¹³⁾ Rappel, ici : un fou, selon la jurisprudence talmudique, ne peut pas divorcer, même si sa décision a été prise alors qu'il paraissait sain d'esprit.

⁽¹⁴⁾ Hypothèse qui peut en découler : « Kondraikos » = « Délirium tremens » (3).

⁽¹⁵⁾ Médecin, philosophe et talmudiste du XII^{ème} siècle. Selon lui, la « mélankie » est due à une inondation des ventricules du cerveau par le sang suite à un traumatisme, à une grande peur ou à un sentiment de culpabilité. Ses principaux symptômes sont la mauvaise humeur et la recherche de la solitude.

par la tradition talmudique, celle de Hatam Sofer⁽³⁾ : « un homme en parfaite santé ne peut être atteint par un démon. Pour que cela ait lieu, il faut que préexiste une imperfection du corps »

• **Dato nitréa** : signifie « raison brouillée ». Le Talmud ⁽⁴⁾ distingue cette affection de la folie ordinaire en ceci qu'elle peut être organique ou métabolique.

• **Nikfé** : c'est l'épilepsie. Selon la conception talmudique, il ne s'agit nullement de folie : l'épileptique, en dehors de ses crises, est considéré comme normal.

• **Hérèsh** : désigne le « sourd-muet » ; ce qui le rend comparable à un fou c'est de n'avoir jamais pu entendre la voix d'un autre, une parole humaine. Il s'agit d'un individu qui à des moments va bien et à d'autres est fou. Le cas du « hérèsh », très discuté dans le Talmud, reste problématique, sujet de controverses. La seule certitude retenue c'est que le « hérèsh » a une « raison faible », ne parle pas et n'entend pas. On lui suppose, par ailleurs, malgré ses analogies manifestes avec la folie, un substrat organique. Il s'agit d'une « maladie mentale par déficit »⁽⁵⁾ qui, au delà des troubles graves de la parole, donne l'occasion au Talmud de réfléchir sur la notion de débilité mentale. Pour le « hérèsh », entre folie et déficit, le Talmud ne conclut pas et laisse en outre ouverte la question de comment effectivement savoir si un muet est ou non en train de délirer, la question du diagnostic du délire chez celui qui ne parle ni n'entend. Au fond, autour de ces questions, le Talmud à sa manière fait état du débat actuel concernant les psychoses à versant déficitaire et les arriérations-psychoses ; débat que dans la lignée talmudique prolongera Maïmonide ⁽⁶⁾ en proposant d'inclure certains déficients intellectuels parmi les fous quand il dit : « les débilés qui ne distinguent pas une contradiction entre deux choses et ne saisissent pas le sens d'un discours comme la plupart des individus, ainsi que ceux qui s'emportent facilement, sont inclus parmi les fous ».

• **Péti** et « **Tipéch** » qui désignent l'arriéré, sont des cas de cette inclusion dans la folie aussi.

• **Choté** : c'est le fou strictement dit, l'aliéné. Ce terme occupe dans les conceptions talmudiques sur la folie, une place nodale, essentielle ^(7a). Le « Choté », le fou donc, s'avère, selon la jurisprudence talmudique, irresponsable au niveau pénal ou médico-légal ; il ne peut, par ailleurs, ni se marier ni divorcer, ni acheter ni vendre, ne peut faire aucun acte juridique et enfin son témoignage même n'a pas de valeur. Il lui manque, selon le Talmud, une pensée structurée et donc dans chaque circonstance où la Loi fait dépendre un acte de la pensée, cet acte n'aura aucune valeur s'il est effectué par le « choté ». D'où l'importance de la question que pose le Talmud et des discussions quant aux réponses. Je cite le texte talmudique ^(7b) à ce propos, sa traduction littérale : « Qui est appelé « Choté » ?

- Celui qui sort seul la nuit,
- celui qui dort dans les cimetières et
- celui qui déchire ses vêtements.

... Rav Houna dit : « Il ne sera considéré comme « choté » que s'il a fait les trois choses mentionnées », mais Rabbi Yohanan dit : « même s'il n'en a fait qu'une seule des trois, il sera considéré comme « choté ».

Et le Talmud s'interroge : de quel cas parle-t-on ? S'il a agi « à la manière d'un fou », même s'il n'a fait qu'un seul de ces trois actes, il doit être considéré comme fou, contredit Rav Houna ; mais s'il n'a pas agi « à la manière d'un fou », même s'il fait ces trois actes, il ne doit pas être considéré comme « choté »...

⁽³⁾ Rabbín hongrois du XVII^e siècle, cité par Gérard Haddad (3)

⁽⁴⁾ Traité « Nidda » du Talmud de Babylone.

⁽⁵⁾ Dans son « Michné Torah »

⁽⁶⁾ Notamment dans le Traité « Haguiga » du Talmud de Babylone et dans le Traité « Téroumot » du Talmud de Jérusalem.

^(7a) Traité « Haguiga » du Talmud de Babylone, p 3b.

... Il s'agit de quelqu'un qui a agi à la manière d'un fou mais malgré tout s'il n'a fait que l'un des actes précités, il ne serait pas considéré comme fou, car chacun de ces actes pourrait s'expliquer :

- il a dormi dans le cimetière, peut-être parce qu'il voulait que des esprits reposent sur lui.

- il est sorti seul la nuit, peut-être était-il pris subitement de maladie et avait besoin de sortir à l'air.

- il a déchiré ses vêtements, peut-être était-il plongé dans des pensées et ne s'est-il pas rendu compte de ses actions. Mais il a fait ces trois actes-là, on ne peut plus douter : il s'agit bien d'un « choté ».

Le Talmud rapporte ici des éléments clés concernant la folie selon sa conception : **un symptôme de folie ne réside pas dans l'acte lui-même, mais dans la manière extravagante de le faire** (« à la manière d'un fou » comme il est dit). Certains actes spécifiques sont des témoins de la folie, mais il faut encore qu'ils aient eu lieu « à la manière d'un fou ». Une longue discussion suit encore dans le Talmud autour notamment de la question des actes concernés et de la notion d'acte : en effet, s'il a été fait « à la manière d'un fou » qu'importe l'acte lui-même ? etc... De cette discussion, il ressort qu'en fait « à la manière d'un fou » cela veut dire « **incohérent** ». C'est cette incohérence des actes qui semble être retenue comme facteur important au niveau de la symptomatologie, et c'est ainsi que lorsqu'il n'y a pas de relation entre les buts qu'un homme cherche à atteindre et les moyens pour arriver à ces buts, on est en présence d'un « choté »⁽⁶⁶⁾.

À propos des trois critères de folie selon la conception talmudique quelques réflexions et remarques cliniques⁽⁶⁷⁾, encore : il s'agit d'une approche avant tout de type comportemental qui à première vue semble ne pas tenir compte du discours du sujet et donc de la composante délirante éventuelle, car s'il n'y a pas passage à l'acte on ne peut considérer quelqu'un comme fou, même s'il délire. Mais si l'on continue l'étude du texte talmudique qui suit, les trois critères vont être précisés et complétés et la perspective du Talmud, initialement principalement médico-légale, devient plus clinique : on peut y trouver ceci par exemple :

- « Celui qui sort seul », repris par Rachi, vient désigner aussi et surtout celui qui se complait dans la fréquentation des lieux où il n'y a personne, qui rejette la société, s'isole sans aucun contact avec le monde qui l'entoure. Cette notion de repli, d'isolement, de repli narcissique au fond, constitue pour Rachi et le Talmud le fondement même de la folie⁽⁶⁸⁾.
- Celui qui déchire ses vêtements vient désigner aussi et surtout celui qui s'avère incapable de rien garder, de rien conserver, qui dilapide ses biens et ses gains. Cette précision, le texte talmudique concerné par la question du fou, le donne lui-même quand il est écrit : « Qui est fou ? Celui qui perd tout ce qu'on lui donne⁽⁶⁹⁾ » ; ou encore : « Une femme peut demander le divorce si elle remplit et elle jette... »

... Qu'est-ce que cela signifie ? et remplir et jeter quoi ? Qu'elle remplisse dix cruches d'eau et les jette. Pourquoi est-ce une raison de demander le divorce ? Parce que, en faisant cette besogne stupide imposée par son mari, elle apparaît comme folle⁽⁷⁰⁾.

⁽⁶⁶⁾ Bien entendu, il ne s'agit pas ici pour le Talmud de certifier, attester ou dire qui, médicalement, est atteint de folie, mais uniquement qui, au regard de la Loi, est considéré comme fou ; la visée médico-légale est prioritaire.

⁽⁶⁷⁾ Signalées avec Gérard Haddad (3).

⁽⁶⁸⁾ En accord avec le texte biblique lui-même d'ailleurs quand il dit : « L'homme qui s'isole ne fait que suivre ses caprices, il s'insurge contre tout ce qui est raisonnable. Le fou ne veut pas de la raison... » (Proverbes XVIII, 1-2).

⁽⁶⁹⁾ Traité « Hagiga » du Talmud de Babylone, p 4 a.

⁽⁷⁰⁾ Traité « Kétoubot » du Talmud de Babylone, p 71 b.

Le premier trépied symptomatologique du Talmud donne après élaboration et réflexion une nouvelle triade clinique définissant la folie :

- * Impossibilité de garder, compulsion à déchirer ses vêtements.
- * Goût morbide pour les cimetières.
- * Rêpi narcissique et tendances à l'isolement.

Par ailleurs, le Talmud, revenant sur le critère de « la manière », c'est-à-dire sur « à la manière d'un fou » va préciser qu'il faut qu'il y ait répétition de l'action en question ⁽⁴⁰⁾ et que pour qu'il y ait perception de l'incohérence de l'acte il y a nécessité toujours d'interroger celui qui est concerné ; ce qui réintroduit le langage, le discours du sujet au delà de son simple comportement et ses conduites pathologiques.

« Choté bedabar éhad » : veut dire « fou dans une seule chose ». Il s'agit ici d'un concept introduit par Maïmonide autour de la question et du débat talmudique sur le « choté » et sa définition ; ce concept induit la possibilité de folie partielle, c'est-à-dire l'existence d'individus entièrement normaux sauf dans un domaine particulier. Ce fou partiel, après maintes discussions et de multiples débats, le Talmud n'arrivera pas à se résigner à le déclarer fou et la législation talmudique finira par en faire l'impasse en rejetant la notion.

« Hassid Choté » : « Zélé fou ». C'est une curiosité clinique dont le Talmud fait subtilement et de manière un peu furtive part quand il dit ainsi dans son texte ⁽⁴¹⁾ : « *Comment est le cas du « Hassid Choté » ? C'est celui d'un homme qui voit une femme se noyer dans une rivière et se dit à lui-même : il n'est pas pudique de regarder une femme* ».

Voici pour l'essentiel les conceptions talmudiques de la folie, psychose notamment.

Dans le parcours du texte talmudique, à dessein, compte tenu du temps et de l'espace qui ici m'est imparti, je ne m'arrêterai pas à l'étape des traitements de la folie par le Talmud suggérés, indiqués ou envisagés, pour aborder encore cette question qui revient dans le Talmud et fait débat, lieu de controverses : **les causes de la folie** :

- Le Talmud, à l'étiologie démoniaque, possession et autres facteurs de même nature, fait très peu référence et la Bible nullement.
- Une première cause que le Talmud retient a trait à la mort et rapproche mort et folie : le sentiment de proximité de la mort ou ce qui lui ressemble ⁽⁴²⁾, à savoir : le sentiment de perte de l'objet d'amour. Ceci apparaît dans le texte talmudique qui concerne le sujet qui se meurt, le mourant, qui, paradoxalement, peut disposer de facilités pour l'accomplissement de certains actes juridiques, des donations notamment : ses ultimes paroles sont suffisantes là où un document écrit habituellement est indispensable. Pourquoi? demande le Talmud, voici la réponse : « *Parce que l'on a craint que la contrariété de ne pas voir réalisés ses derniers souhaits lui fasse perdre la raison* ⁽⁴³⁾ », ou encore parce qu'« *on doit accomplir la volonté du mourant sinon on risque de le rendre fou* ⁽⁴⁴⁾ ».

⁽⁴⁰⁾ Parce que généralement le texte talmudique considère comme sans valeur un acte isolé, comme il est dit : « La présomption en quelque matière que ce soit n'est acquise qu'à partir du nombre trois » (Traité « Sanhédrin » du Talmud de Babylone, p 81b).

⁽⁴¹⁾ Traité « Sota » du Talmud de Babylone, p 21 b.

⁽⁴²⁾ Selon Georges Haddad (3) en accord avec le texte talmudique lui-même.

⁽⁴³⁾ Traité « Ketoubot » du Talmud de Babylone, p 55 b

⁽⁴⁴⁾ Traité « Avoda Zara » du Talmud de Babylone, p 147 b.



• L'infatuation, la fatuité ou « l'enflure narcissique »⁽³⁾ est une autre cause de folie. Dans cette perspective, ce dire de la tradition talmudique⁽⁴⁾ : « *Qui cherche à se faire un nom perd son nom* » ou encore cet autre : « *Tout celui qui devient orgueilleux ; s'il est sage sa sagesse le quitte, s'il est prophète, sa prophétie le quitte* »⁽⁵⁾.

• Une dernière cause, plus énigmatique : certaines expériences tentées imprudemment tôt dans des domaines de la connaissance, dans le cadre du mysticisme plus particulièrement. Les textes talmudiques, à ce sujet, mettent l'homme en garde contre la tentation d'expériences précoces dans l'étude mystique des textes bibliques, contre certaines ouvertures spirituelles qui pourront s'avérer dangereuses et tout simplement rendre fou. Le texte talmudique⁽⁶⁾ à ce propos dit, de manière imagée mais clairement et nettement : « *ce qui est trop merveilleux pour toi et dont tu ne connais pas... toute la profondeur, ne cherche pas à le scruter* ». « *Réserve tes réflexions à ce qui t'est accessible car tu ne saurais arriver aux mystères cachés...* ». C'est pourquoi le Talmud préconise des mesures préventives⁽⁷⁾ et rapporte le cas de trois maîtres éminents qui tenteront malgré tout « cette aventure du Verbe »⁽³⁾ ; à partir de ce moment, dit le texte « leur raisonnement n'avait plus sa netteté primitive »⁽⁸⁾. Pour quatre autres la raison fut plus franchement troublée, ce que rapporte le Talmud en ces termes : « Quatre entrèrent au « Pardés »⁽⁹⁾ ; le premier osa contempler la divinité et il mourut, le second en sortit atteint, le troisième se mit à ravager les plantes du jardin ; le quatrième seul entra en paix et sortit en paix »⁽¹⁰⁾.

Il apparaît, tout compte fait, dans les conceptions talmudiques de la folie, que **sagesse et folie ne sont pas sans liens étroits**. Ce que le Talmud à sa manière affirme quand il dit que depuis la destruction du Temple de Jérusalem la prophétie a quitté l'homme normal et ne se trouve que chez les fous et les enfants : ce que cette parole de l'Ecclésiaste rappelle : « *J'ai vu l'avantage de la sagesse sur la folie* », que la tradition talmudique a pu traduire également : « *l'avantage que la sagesse tire de la folie* ».

⁽³⁾ Attribué à Hillel, Sage du Talmud.

⁽⁴⁾ De Rabbi Yéouda, dans le Traité « Pessahim » du Talmud de Babylone, p 66 b.

⁽⁵⁾ Traité « Hagiga » du Talmud de Babylone, p 275.

⁽⁶⁾ Essentiellement : avoir quarante ans au moins, être marié, avoir des enfants et être déjà relativement érudit dans l'étude des textes bibliques.

⁽⁷⁾ Traité « Hagiga » du Talmud de Jérusalem, p 270.

⁽⁸⁾ Le « Pardés » est un terme qui appartient au Talmud qui l'emploie dans un contexte très précis : celui d'une étude mystique de textes bibliques et principalement le récit de la Genèse et la vision du char céleste d'Ézéchiel. Littéralement il signifie « verger ».

⁽⁹⁾ Traité « Hagiga » du Talmud de Jérusalem.

Cela m'amène à conclure avec ces deux paroles issues de sources lointaines et proches à la fois, le « Zohar » et la psychanalyse :

- La psychanalyse d'abord, Jacques Lacan : *« l'être de l'homme, non seulement ne peut être compris sans la folie, mais il ne serait pas l'être de l'homme s'il ne portait en lui la folie comme limite de sa liberté ».*
- Ce qui fait écho à cette parole du « Zohar », le « Livre des Splendeurs » comme on l'appelle : *« Qui veut apprendre un chapitre de Sagesse précède son étude par un chapitre de Folie afin d'apprendre par là un chapitre de Sagesse ».*

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 - BENASOULI R. : Le statut de l'irresponsable dans la loi juive.
Entretien avec le rabbin S.D. Botschko (1987).
Medica Judaica, n°20, Février 1991, p. 22-25.
- 2 - DRAI R. : La communication prophétique.
La conscience des prophètes.
Fayard, Paris, 1993.
- 3 - HADDAD G. : L'enfant illégitime.
Sources talmudiques de la psychanalyse (Nouvelle édition révisée et augmentée)
Point hors ligne, Paris, 1990.

Et la Bible, le Talmud, le Zohar.



LA PSYCHOSE : LE PARI DE L'INTEGRATION SCOLAIRE

Marie-Pierre LAVERGNE
Praticien Hospitalier⁽¹⁾
Intersecteur Marseille 16^{ème},
les Pennes-Mirabeau, La Gavotte
(13 1 05)

L'intégration des enfants et des adultes handicapés dans la société est une préoccupation politique et des professionnels s'occupant de l'inadaptation depuis environ 3 décennies et a concerné logiquement l'école. Le terme d'intégration scolaire recouvre l'ensemble des questions soulevées par la scolarisation d'enfants atteints de troubles psychiques graves ou de déficit sensoriel ou moteur, dans un milieu qualifié de normal. Le débat sur l'intégration scolaire s'inscrit dans un cadre social plus général qui est celui de l'égalité scolaire pour tous. Elle est la manifestation au niveau du système éducatif, d'une volonté politique plus générale dont l'objectif final est l'intégration des handicapés dans la société, l'école ordinaire étant le premier passage obligé pour faciliter l'intégration sociale future de l'enfant handicapé.

Le succès de l'intégration dépend de plusieurs facteurs. Le groupe est aux prises avec la différence, celle qu'il socialise en lui donnant un sens positif, celle qu'il repousse par l'agression ou qu'il rejette dans l'isolement (ESTABLET).

Si le rapport à la différence est changeant d'une société à l'autre, il le sera aussi dans nos sociétés occidentales d'une époque à l'autre. Je vais vous retracer dans une première partie l'histoire de l'intégration scolaire.

1 - HISTOIRE DE L'INTEGRATION SCOLAIRE

Des velléités éducatives sont à relever au 18^{ème} siècle avec l'oeuvre de précurseurs (abbé de l'EPEE, PINEL). L'école est vouée à la démocratie depuis la loi du 23.03.1882 de Jules FERRY. Après 1882, les premières actions menées par le médecin aliéniste BOURNEVILLE, visent à remédier à la situation catastrophique des asiles et à assurer l'éducation des enfants « idiots et dégénérés ». Il est intéressant de remarquer l'influence de groupes sociaux externes à l'école à l'origine d'une scolarisation des enfants handicapés. A la fin du 19^{ème} siècle, la criminologie naissante et la prise en charge psychiatrique des individus susceptibles de devenir dangereux, constitue la pièce maîtresse du mouvement de normalisation scolaire, militaire et industrielle de la population (DONZELOT).

La volonté de placer l'enfant handicapé dans un milieu ouvert comme l'école plutôt que de le maintenir dans une institution spécialisée est clairement énoncée dans la loi d'orientation du 30.06.75 sur l'intégration scolaire et sociale de enfants et adultes handicapés.

L'objectif assigné à l'intégration scolaire est de permettre à l'enfant de bénéficier d'une formation générale qui, tout en favorisant son autonomie et son épanouissement, le prépare à une intégration sociale future, puis à assumer pleinement son rôle de citoyen. Pour cela, il faut soustraire le déficient du maintien dans les structures ségrégatives qui le marginalisent.

⁽¹⁾ C.M.P. St Henri, Service du Docteur GOUJON, 120 rue Condorcet, 13016 Marseille Tél 04.91.46.29.89

Joël ZAFFRAN distingue 3 sortes de logiques éducatives successives des enfants déficients :

1) une logique ségrégative : du début du 20ème siècle aux années 40.

La loi du 15.04.1909 crée les classes et écoles de perfectionnement pour les enfants en situation d'échec scolaire. Ces classes s'adressent « *aux enfants anormaux ou arriérés d'école, arriérés du point de vue pédagogique, c'est-à-dire éducatibles* ». La distinction entre les anormaux médicaux et les anormaux d'école se fait donc sur la base de leur éducatibilité. En fonction de ce critère, ils sont orientés soit vers les hôpitaux ou les asiles, soit vers les structures annexes de l'école.

2) une logique d'adaptation : des années 40 aux années 70.

Les années 40 marquent un changement dans le rapport entretenu par la société avec les personnes handicapées. On passe d'un souci de ségrégation à un souci de protection : définition de la notion « d'enfance inadaptée » en 1943, classification des « *jeunes inadaptés* » promue par HEUYER avec une approche globale médico-psychiatrique.

Dans les années 50 apparaissent les descriptions psychométriques à côté des descriptions cliniques, création de nouvelles classes spéciales d'adaptation et d'institutions prenant en charge les enfants inadaptés.

La loi du 6.01.59 sur la prolongation de l'obligation scolaire jusqu'à 16 ans pose le problème de l'orientation scolaire et des Sections d'Education Spécialisée (SES) annexées aux collèges, sont alors créées.

Après 68, création des Groupes d'Aides Psycho-Pédagogiques (GAPP) et de classes d'adaptation par le ministère de l'Education Nationale, l'objectif étant d'orienter l'enfant en échec, qui a été soumis au préalable à une batterie de tests psychométriques, vers des structures spécialisées afin qu'il puisse s'épanouir puis intégrer avec succès l'enseignement normal.

3) Une logique intégrative : des années 70 à nos jours.

Du point de vue étymologique, intégrer vient du latin *integrare* qui peut se traduire par faire entrer dans un ensemble plus vaste. Pour les Handicapés, il s'agirait de les faire entrer dans un milieu plus vaste que celui dans lequel ils se trouvaient avec comme objectif d'offrir la possibilité d'évoluer dans un cadre de vie ordinaire.

La loi d'orientation de 75 annonce les prémices d'une logique de l'action éducative par l'intégration. La CDES oriente les enfants, relayée par la CCPE. Par la suite d'autres textes se sont succédés comme les différentes circulaires de 76, 82, 83, 89 et 91.

En 1980 WOOD crée la Classification Internationale des Handicaps (CIH) qui distingue les concepts de déficience, d'incapacité (expression des déficiences en terme de retentissement dans la vie de tous les jours) et de désavantage (situation globale insuffisamment compensée par la société). La circulaire du 18.11.91 va préciser les objectifs et le fonctionnement des Classes d'Intégration Scolaire (CLIS) dont la fonction est d'accueillir « *les enfants handicapés physiques, sensoriels ou mentaux qui peuvent tirer profit, en milieu ordinaire, d'une scolarité adaptée à leur âge et à leurs capacités* ».

Au delà de cette évolution socio-historique, il m'est apparu intéressant de rechercher un autre type d'approche.

A l'intérieur de l'idéologie générale de l'intégration, Tony LAINE discerne quatre types de stratégies différentes destinées à gérer « l'anormal ».

* La stratégie du système parallèle actuellement bien élaborée qui consiste à simuler les mêmes structures que celles qui existent dans la société, c'est-à-dire l'école, le travail protégé. C'est le registre du « comme si ».

* La stratégie « d'appendice » qui aboutit à la création de structures spéciales pour handicapés, attachées au système normal : classes spéciales dans les écoles, ateliers protégés liés aux entreprises.

* La stratégie d'enclave : des structures particulières sont instituées à l'intérieur du système. Classes d'autistes dans une école, secteurs de production réservés aux handicapés dans les entreprises.

* Une stratégie d'identification, la plus rare et la plus difficile à réaliser.

L'identification avec l'enfant différent permet d'élaborer des démarches de réciprocité, d'accorder des vrais rôles et non des simulacres à l'école. Les questions fondamentales sont posées là où elles doivent l'être, c'est-à-dire dans le champ des relations avec les autres acteurs. D'où une individualisation de la problématique de l'intégration.

Dans de nombreux pays européens le système parallèle est solidement établi et les actions d'intégration aboutissent le plus souvent à la mise en pratique de stratégies d'appendice et d'enclave.

Par contre l'intégration individuelle d'enfants à l'école ordinaire est laissée à l'initiative d'enseignants motivés.

Sur notre secteur du 16ème arrondissement de Marseille, les données globales de l'intégration scolaire dans les années 94/95 font état de 27 écoles concernées, 66 enfants concernés, 55 projets individualisés (examinés en CCPE), 22 auxiliaires d'intégration. En effet, dans certains secteurs des Bouches du Rhône et avec l'appui des municipalités et des Conseils Généraux, des agents d'intégration peuvent être associés au projet d'intégration. Les AIS⁽¹⁾ ont pour tâche d'aider l'enseignant dans sa pratique intégrative en s'occupant au plus près de la vie quotidienne de l'enfant à l'école. Les écoles concernées sur notre secteur sont pour moitié des écoles maternelles, pour moitié des écoles élémentaires.



⁽¹⁾ Aides à l'Intégration Scolaire.

II - LE BUT DE L'INTEGRATION SCOLAIRE DES ENFANTS PSYCHOTIQUES

C'est de travailler sur la qualité du lien social. Bien entendu ce n'est pas spécifique à l'école. C'est ce que nous privilégions dans nos structures de soins (CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel). C'est ce que font les Instituts Médico-Educatifs en proposant des activités extérieures à l'établissement aux enfants.

Les apprentissages de type pré-scolaire ou scolaire pourront être proposés à l'enfant et les processus de socialisation se développer. On connaît le risque de débilitation de ces enfants et le risque de chronicisation, d'où l'intérêt d'une diversification des lieux d'accueil et d'une ouverture à des espaces sociaux nouveaux.

Un contrat d'intégration est établi entre les soignants et l'école. Il repose sur le volontariat et l'engagement individuel de l'enseignant qui doit garder toute liberté et toute possibilité de désengagement. Le contrat fixe les limites et les objectifs du projet pédagogique pour l'enfant : adaptation de l'enfant au groupe avec souvent une fonction d'étayage et de stimulation de la part des autres enfants du groupe, mais aussi assurer un certain nombre d'acquisitions scolaires.

Ce travail sous entend des réunions régulières à l'école pour soutenir l'enseignant qui peut traverser des moments de découragement et de désinvestissement, et un accompagnement des parents qui ont souvent un vécu persécuté et des renvois douloureux des autres familles ou de l'école. Il faut dire aussi que les parents qui essuient un échec avec l'école qui dépend de leur secteur géographique, devront alors procéder à des démarches parfois longues et décourageantes pour faire accepter leur enfant dans des écoles plus éloignées. A l'inverse, le forcing de certains parents intégrants qui mettent la loi en avant pour forcer l'intégration, risque de renforcer les processus de stigmatisation.

L'institutrice spécialisée de l'Education Nationale qui travaille dans nos structures avec les enfants qui ne peuvent bénéficier d'une intégration mais aussi avec les enfants intégrés, établit un lien privilégié avec l'école. Il existe aussi des enseignants spécialisés de l'Education Nationale dans les IME.

Concernant les enfants que nous suivons en hôpital de jour ou en CATTP et qui ont un temps partiel d'intégration dans une école du quartier, il s'agit souvent de montages compliqués.

Le milieu scolaire accueillant peut être une classe ordinaire, en particulier en maternelle. En primaire, les enfants souffrant de troubles graves de la personnalité bénéficient plutôt d'une scolarisation dans des petits groupes (classes de perfectionnement).

III - LES CONDITIONS DE L'INTEGRATION SCOLAIRE

L'indication d'intégration scolaire est posée par le soignant et fait partie d'un ensemble de mesures de prise en charge. Elle va participer au projet d'épanouissement de l'enfant.

- L'évaluation des **dispositions des enseignants et du groupe à un accueil positif**, nous paraît un élément indispensable. ZAFFRAN note l'importance du rôle des élèves ordinaires dans le processus de socialisation des élèves intégrés. Parfois le groupe scolaire met en oeuvre des stratégies particulières, refuse de céder la place que l'école était censée allouer à l'enfant intégré. GOFFMAN définit la « *normification* » comme « *l'effort qu'accomplit le stigmatisé pour se présenter comme quelqu'un d'ordinaire sans pour autant toujours dissimuler sa déficience* ».

A l'inverse de ce procédé, ZAFFRAN décrit la « *dénormification* » qui serait alors « *tous les efforts accomplis par les enfants ordinaires pour interdire à l'enfant hors normes d'accéder à la normalisation afin de le maintenir dans un statut social particulier* ».

A cet égard, il serait sans doute intéressant que l'enseignant puisse échanger avec ses élèves autour de la différence, avant l'arrivée de l'élève intégré.



• Une autre condition à l'intégration consiste dans les **possibilités** pour l'enfant de **vivre sans dommage psychique la confrontation** à un espace autre que thérapeutique et d'apprécier si la scolarisation nous paraît susceptible de lui apporter quelque chose de positif.

Ainsi nous apparaissent plutôt concernés par l'intégration scolaire, des enfants psychotiques dont le fonctionnement intellectuel semble relativement conservé, c'est à dire des enfants capables de comprendre certaines situations de la vie quotidienne, avec des possibilités de symbolisation, des possibilités d'autonomisation. Il faut que l'enfant ait pu aménager un minimum d'espace, d'échange, et de reconnaissance de l'autre, qu'il ait une capacité minimale à supporter les frustrations et les exigences de la vie en collectivité. Les enfants qui ne parlent pas avec un retrait autistique important sont à l'inverse difficilement scolarisables. F. TUSTIN pense « *que ce n'est pas toujours une bonne chose pour les enfants autistes ni pour les enfants psychotiques de les mettre dans de grandes classes au sein des écoles pour enfants normaux car ils y sont trop effrayés* ».

Le fait que l'on pense qu'un enfant peut tirer parti de l'école dans des conditions habituelles ou même aménagées (CLIS, classes d'adaptation) entraîne que l'enfant peut rester un minimum dans le groupe, y respecter les règles, même si pour y arriver il a besoin d'un soutien conséquent, type CATP ou hôpital de jour.

On a remarqué que les **enfants dont la culture est très différente** de celles des autres élèves de l'école ne s'intègrent pas. Ceci est particulièrement vrai dans notre arrondissement aux fortes densités d'immigrés maghrébins, mais aussi avec beaucoup de gitans qui vivent dans deux « camps » proches de l'Estaque. Tous les enfants gitans sont scolarisés dans une école de quartier, avec quelques rares exceptions ethniques. Ainsi une petite fille comorienne, psychotique, est scolarisée en intégration scolaire à la maternelle depuis 2 ans mais il n'a pas été souhaitable de continuer cette intégration dans la CLIS de cette école du fait du particularisme culturel et de la crainte de rejet par les autres enfants verbalisée par les enseignants.

La SES qui fait suite à cette école se situe dans un collège proche, et est composée uniquement de gitans, les rares enfants non gitans étant rejetés par les autres. C'est encore le cas d'un enfant comorien que nous connaissons qui était devenu « la tête de turc » des autres élèves.

Dans les autres écoles, on remarque ces barrières ethniques qui se reconstituent en particulier dans la cour de récréation.

IV - LES RISQUES DE L'INTEGRATION SCOLAIRE

- Tout en ouvrant ses portes à l'ensemble des catégories sociales, le système scolaire n'est pas exempt de tout **procédé d'exclusion** à l'intérieur de ses propres structures. On l'a vu, les « élèves ordinaires » peuvent à tout moment déployer des stratégies de déstabilisation de l'enfant handicapé qui aboutissent à sa marginalisation.

- L'identification de l'enfant intégré aux autres enfants de la classe peut entraîner un **éclatement de l'enfant** qui devient agité et agressif, refuse de se soumettre aux lois du groupe.

- Il y a aussi des cas de **fausse socialisation** où l'enfant imite, sans l'intégrer vraiment, l'attitude des autres élèves.

- Il y a surtout risque de négation des difficultés relationnelles et de « **normalisation** », de subordination des projets thérapeutique et/ou médico-éducatif aux projets pédagogiques. Doit-on soigner les enfants à l'école?

La création de classes pour enfants autistes par des associations de parents, dont une récemment dans une école de quartier proche de notre secteur, nous a particulièrement interpellés. L'admission des enfants dans ces classes répond ainsi à des critères drastiques (présence des enfants 7 demi-journées par semaine), l'occultation du trouble mental empêchant toute prise en charge thérapeutique, d'ailleurs clairement non souhaitée, de même qu'elle empêche la prise en compte de la dimension familiale des problèmes.

- D'un autre côté, nous avons tous en tête des exemples « **d'intégrations héroïques** » où l'enfant continue à fréquenter une école qu'il perturbe par son comportement pathologique, où il n'apprend rien et où, de surcroît, son état personnel s'aggrave (6). Ces pratiques exacerbent des attitudes de désintéressement, d'intolérance, qui risquent d'entraver le projet d'intégration.

Ainsi, interpellant une institutrice à une réunion d'équipe éducative, qui se plaignait beaucoup de troubles du comportement d'un enfant psychotique, sur le fait qu'il nous paraissait judicieux de diminuer le temps d'intégration à l'école voire de remettre en cause le contrat d'intégration, nous nous vîmes répondre « mais nous ne pouvons laisser cet enfant chez lui! ». Dans ce cas le rejet était très culpabilisé. D'un autre côté, l'enfant perturbateur peut être utilisé par certains dans leurs revendications comme un symbole de dénigrement de l'ensemble du dispositif d'intégration.

D'où l'intérêt d'une orientation vers un établissement spécialisé lorsque la scolarisation de l'enfant dans un milieu ordinaire ne lui est plus profitable, cela dans le but de capitaliser tous les acquis que lui aura permis de faire l'école ordinaire. Du reste il existe dans les IME des classes avec des enseignants spécialisés qui fonctionnent avec des petits groupes d'enfants.

- Nous l'avons dit, il existe des **auxiliaires d'intégration** dans certains secteurs des Bouches-du-Rhône pour aider l'enseignant dans sa pratique intégrative. Un des effets pervers de cette action est que la présence de l'auxiliaire d'intégration conditionne maintenant le temps de présence de l'enfant. Nous connaissons des mères qui se font refouler le matin avec leur enfant parce que l'auxiliaire d'intégration est absent. Je citerai aussi le cas d'un enfant psychotique qui avait une relation extrêmement agressive et violente avec son auxiliaire d'intégration, ce qui entraînait son exclusion de plus en plus prononcée du groupe des autres enfants, alors qu'au contraire il semblait interpellé la maîtresse qui se désintéressait de lui.



ENTRER DANS LE
BAIN SCOLAIRE

V - LES EFFETS POSITIFS DE L'INTEGRATION SCOLAIRE SUR L'EVOLUTION THERAPEUTIQUE DES ENFANTS

- L'intégration scolaire entraîne une mobilisation psychique de l'enfant et de ses parents. Le statut d'écolier constitue **un apport narcissique** qui peut être précieux dans le travail thérapeutique engagé. Ces effets positifs sont fonction des dispositions personnelles des enseignants qui, sans s'assimiler à des psychothérapeutes et sans renoncer à leur vocation de pédagogues savent accueillir l'enfant dans un champ imaginaire de représentations positives. A une réunion récente d'équipe éducative, une maîtresse nous disait d'un enfant psychotique de 4 ans 1/2 que nous suivons au CMP, qu'elle s'était fortuitement rendue compte qu'il savait lire, ce qui a changé son statut dans la classe et dans le groupe, et lui a permis d'être investi différemment par sa maîtresse.

- Ensuite l'école introduit **un effet de triangulation** qui peut favoriser un accès plus facile à la parole ainsi qu'un élargissement des investissements. Le principe de réalité est mieux signifié à l'enfant et aide au développement du processus secondaire, l'enfant s'inscrit mieux dans la temporalité, apprend à différer, contrôle mieux ses pulsions (7).

VI - CONCLUSION

L'intégration scolaire a ses partisans farouches et ses détracteurs. Elle nous renvoie à l'égalité des élèves à l'école au même titre que l'égalité des hommes dans la société. En un siècle, l'éducation des filles, considérée au début comme sacrilège par la population masculine, est devenue un fait social établi. En ce sens, « l'école a devancé la société civile ». (ESTABLET, BAUDELLOT). On peut espérer qu'il en sera de même avec la présence des enfants handicapés à l'école.

Il faut insister sur l'importance d'un travail de partenariat avec tous les intervenants scolaires.

Chaque intégration a un caractère singulier. La qualité de l'intégration d'un enfant ne dépend pas seulement de la gravité de son handicap mais aussi de sa personnalité et de ses possibilités de communication (PLAISANCE) et de l'orientation donnée par les acteurs principaux de l'institution scolaire, adultes et enfants.

Depuis une vingtaine d'années, la finalité éducative semble désormais être plus celle d'une **adaptation civile** qu'une adaptation au marché du travail. On le sait bien, le marché du travail est encore plus difficile si l'on est handicapé, les places en CAT sont limitées. Ce que l'on recherche donc, c'est une intégration sociale à commencer au plus tôt, à l'école. Elle permet un renforcement du lien social chez des sujets fragilisés par leur détachement au tissu relationnel. A ce titre, l'intégration scolaire permet l'insertion sociale qui mène à la citoyenneté (11).

Tout ceci ne doit pas faire occulter le soin. En effet, l'exclusion ne peut-elle pas être l'absence de soins adéquats pour l'enfant? C'est pourtant la tendance actuelle de l'Education Nationale qui aide en particulier à la création de classes pour enfants autistes dans des écoles ordinaires où la dimension du soin est déniée.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - BOTBOL M. : Maternelle intégrée et intégration au soin. Neuropsychiatrie de l'Enfance 1995, 43 (7-8), 313-319
- 2 - CHAPIREAU F. : Les Handicaps : Concepts et classification. L'information psychiatrique n°7. Septembre 1991
- 3 - EPELBAUM C., MISES R., FERRARI P. : Scolarisation et prise en charge à temps partiel. Neuropsychiatrie de l'Enfance 1982, 40 (3-4), 228 - 232.
- 4 - FERRARI, BOUVET M., CROCHETTE A., ROYAUX J. : L'intégration scolaire des jeunes enfants psychotiques en hôpital de jour. Neuropsychiatrie de l'Enfance, 1987, 35(7), 297-302.
- 5 - GAETNER R. : Pour une scolarité spécifique au sein des hôpitaux de jour. Neuropsychiatrie de l'Enfance, 1993, 41(7), 404-407.
- 6 - HOCHMANN J., ANDRE A., RIVIERE J., REDON MN. : Réflexions sur l'intégration scolaire des enfants présentant des troubles de la personnalité. Neuropsychiatrie de l'Enfance 1987, 35(7), 291-296.
- 7 - LAINE T., KELLEY LAINE K. : Psychose ou handicap. A propos de l'intégration scolaire. Neuropsychiatrie de l'Enfance, 1987, 35(7), 271-276.
- 8 - LENOBLE E., STUDER D., DURAND B. : Cadre scolaire - Cadre thérapeutique. Neuropsychiatrie de l'Enfance, 1995, 43 (7-8), 298-303.
- 9 - SOULAYROL R., RUFO M., PROVANSAL F., ANTIPOFF N. : Réintégration à l'école ordinaire d'enfants dits « inadaptés scolaires ». Bilan d'un septennat difficile. Neuropsychiatrie de l'Enfance, 1985, 33(8-9), 379-386
- 10 - VERNAZZA A. : Expériences d'intégration scolaire d'enfants dits « inadaptés scolaires » ayant consulté en service de pédopsychiatrie. Neuropsychiatrie de l'Enfance N°10 octobre 1985, 449-450.
- 11 - ZAFFRAN Joël : L'intégration scolaire des handicapés. Technologie de l'action sociale, L'Harmattan.
- 12 - Loi d'orientation du 30 juin 1975 - Circulaire n°82/2 et n°82 048 du 29 janvier 1982 - Arrêté du 19 janvier 1982 - Circulaire n°83-082, 83-4 et 3-83 S du 29 janvier 1983 - Arrêté du 9 janvier 1989 (Nomenclature des déficiences, incapacités et désavantages) - Circulaire n°91 302 du 18 novembre 1991 - Circulaire n°91 304 du 18 novembre 1991 (CLIS).

**A PROPOS D'«ITINERRANCE»,
DE VALENCIA A AVIGNON**

Paulette BAUSSAN
Psychologue (1)
André DOSTERT
Psychanalyste (1)

Odile BOYER
Praticien Hospitalier (1)
Catherine MEYSSONNIER
Assistante Sociale (1)

Equipe infirmière de l'Essor⁽¹⁾

Secteur Bollène, Vaison, Valréas
(84 G 07)

Il était une fois, sur la Nationale 7 un Petit Poucet venu de Valencia en Espagne....

C'était en 1987, dans un petit village du 7ème secteur de Psychiatrie du Vaucluse, que celui que nous appellerons S. fut laissé par ses parents à la responsabilité d'une famille française.

Le Petit Poucet avait déjà fait un long chemin depuis sa naissance. De père espagnol et de mère grecque, S. a passé la plus grande partie de sa courte vie (il a 21 ans) entre l'Espagne et la Suisse.

Poussée par le désespoir de l'inadéquation des soins dispensés à son fils en Espagne, la mère du Petit Poucet s'est adressée à la France, terre de liberté et de référence culturelle à ses yeux.

Elle y a déposé son enfant.

S. se retrouve seul, abandonné, sans sa famille, et loin de ses multiples racines.

Au fil de sa dérive, S. arrive en Avignon et est amené au psychiatre le plus proche qui pose un diagnostic d'état délirant aigu, et porte une indication d'hospitalisation dans le service du Docteur Paul COURT.

Dès le premier entretien, S. évoque son errance intérieure :

- *Pourquoi l'H.P. ?*

- *C'était la vérification, on allait me vérifier...*

- *Quoi ?*

- *Mon cerveau.*

- *Du délire ?*

- *Oui, du délire. Se sentir un peu noyé, on me noie dans mon cerveau. C'est les lamas d'Himalaya. Pourquoi ? J'ai simplement fait du judo, et tous les serments d'un samouraï, et du Shakaï.... c'est mon nom. Mais je n'ai pas mon épée, ou plutôt mon sabre.*

Je vais vous prouver que je suis japonais.

- *Je croyais que vous étiez d'origine espagnole et grecque ?*

- *Oui mais le démon a tout changé."*

Dans les mois suivants, le **désordre géographique** qui présidait à la vie de S. fut remplacé par un **désordre administratif**. S. ne pouvait rentrer dans aucune case prévue par la législation : nationalité espagnole, pas de Sécurité Sociale, pas d'adresse ni de famille à joindre... Face à ce flottement, et avec le spectre d'un rapatriement sanitaire, les différentes équipes soignantes du service n'arrivaient pas à coordonner une prise en charge à long terme, si ce n'est dans la gestion immédiate de la crise.

⁽¹⁾ Secteur 7, Centre Hospitalier 84143 Montfavet, Tél 04.90.03.92.07

Ainsi, à cause d'une auto-mutilation, S. passe d'une structure ouverte à une unité plus contenante.

Après quelques allers et retours, S. est présenté sur " **le Groupe** ", unité pour jeunes psychotiques, créée en 1986 par le Docteur Court. Le Groupe est basé sur un éclairage psychanalytique et se donne pour objectif de travailler et développer les potentialités vivantes des patients.

Accueillir le Petit Poucet dans notre unité, n'a pas été tâche facile. Il a fallu lutter contre cette contagion de l'errance qui menaçait de nous désorganiser... errance déjà très présente dans l'histoire familiale. De fait, la famille de S. a quitté l'Espagne pendant les années franquistes, pour s'installer en Suisse. Là, S. a appris le français mais il avait du mal à trouver des repères stables. Le père se satisfaisait de ce pays où il s'était réalisé sur un plan professionnel (il était ingénieur), mais la mère, quant à elle, conservait une certaine nostalgie de l'Espagne. Aussi, après la chute du général Franco, la mère insiste pour que toute la famille ré-intègre le pays d'origine. Hélas, le retour ne fût pas à la hauteur des espérances de chacun, car l'Espagne qu'ils retrouvaient n'était plus celle qu'ils avaient quittée. L'esprit franquiste y régnait encore en maître avec son cortège de mensonges, de dénonciations voire d'arrestations politiques. Dans ce climat politique et économique perturbé, le père ne pourra retrouver d'emploi d'ingénieur et sera obligé de composer et d'accepter des situations professionnelles souvent précaires alternant avec de longues périodes de chômage d'où le perpétuel désir de partir vers un ailleurs... idéalisé.



Il a fallu accepter de travailler avec le risque de le voir repartir un beau matin dans le cadre d'un rapatriement, de laisser sa famille faire des projets incessants d'installation en Suisse, en France, en Espagne ou bien encore au Luxembourg.

Cette errance familiale est présente dans le discours de la mère qui dévoilera au cours d'une réunion de parents, qu'en fait elle n'a pas de pays préféré, se décrivant comme un "caméléon" s'adaptant partout.

Il ne fallait plus voir dans S. un objet dont on dispose et que l'on déplace au gré de chacun, mais bel et bien un Sujet, porteur d'une Parole qui ne demandait qu'à être entendue plutôt que de se perdre comme autant de petits cailloux blancs semés sur tous les chemins.... Il n'était plus question de projet **mais de place** et ce dans une perspective de prise en charge d'un an renouvelable.

Il fut proposé à S. une psychothérapie avec le Docteur COURT, des temps de parole et d'accompagnements dans les activités par les infirmiers, la relation à un référent, une perspective de réinsertion avec l'assistante sociale. L'intérêt d'un travail avec le thérapeute en lien avec le groupe soignant est qu'il apporte une scansion dans le temps, une coupure.

"*Vous me détruisez mon futur*" clame le Petit Poucet. Quelle horreur pour lui d'entendre qu'enfin il avait le droit de se poser et de prendre une place.

Une des premières bases de travail sur le Groupe est bien de ne pas se vivre comme une Institution qui, parce qu'elle s'inscrit dans le long terme, va figer le patient dans son symptôme, et le chroniciser.

Le Groupe entend le mot Institution dans son sens littéral, c'est à dire "Instituer - mettre debout". C'est entendre la Parole du patient psychotique et de ce fait **être le Tiers** qui va l'introduire dans l'ordre du langage et le faire advenir en tant que Sujet. Nous avons décidé de ne pas établir de relation sur-moi que dans laquelle se serait exercée la toute-puissance institutionnelle, en faisant tout à la place du patient. La longueur de la prise en charge, c'est prendre le temps, justement, de re-nouer ce qui était dénoué ; c'est re-placer le patient dans son histoire ; c'est travailler avec les parents leur relation à leur enfant ; c'est recréer de nouvelles articulations susceptibles de faire lien social. Cet écart qui s'instaure entre l'espace familial et l'espace institutionnel crée un lien affectif et transférentiel, qui intégré aussi par la famille, permet le déplacement du lien affectif de la famille d'origine vers le groupe soignant. Ainsi se définit cet espace qui est tout à la fois lieu de parole, lieu topologique, lieu logique et lieu de l'Autre.

Tout cela, c'est autant de petits cailloux déposés tout au long d'un itinéraire de soins. Notre Petit Poucet devait s'aider de ces quelques repères pour construire, à son tour, son propre itinéraire de vie.

Pendant cette première année, l'errance intérieure de S. va se faire plus prégnante. Il voudra tour à tour être avocat international, entrer dans la légion, se faire adopter par une famille française, se marier avec une américaine; le tout assorti de quelques fugues. Enfin, il tentera de faire éclater ce cadre de soins en clivant le discours des soignants.

A partir de la seconde année, le discours de S. laisse entrevoir un ancrage. Les demandes ont pour la première fois un lien les unes avec les autres et ce lien c'est la France. S. veut être naturalisé, s'installer dans un appartement, reprendre des études et plus que tout pose la demande de la continuité des soins. Il semble que notre Petit Poucet ait choisi la Franceet le Groupe comme lieu intermédiaire entre l'Espagne et la Suisse....comme un entre-deux où se re-construire une identité propre.

Cette notion d'entre-deux est une autre base de travail sur le Groupe si on l'entend dans le sens de transitionnalité qui permet au patient d'appréhender la Présence / Absence et le dedans / dehors.

Le Groupe fermant le week-end, cela oblige les patients à s'inscrire dans un mouvement, un va- et -vient qui rompt avec cette tendance du psychotique à la toute-puissance, à la totalité. Introduire du manque dans une prise en charge, c'est demander au patient d'avoir à se séparer d'un objet tout en sachant que ce dernier ne va pas pour autant disparaître. C'est lui demander d'investir un autre lieu institutionnel par exemple (ce fut le cas pour S. avec le Domaine Saint Pierre). Nous appelons cela la **bipolarité**. Cela peut être également un lieu plus inséré dans le tissu social comme un appartement associatif ou individuel.

S. a pu faire l'expérience de ces autres lieux, lentement, à son rythme. A l'issue de cette période, il a pu envisager cette translation du dedans vers le dehors avec beaucoup moins de défenses délirantes même si ce détachement du Groupe s'est accompagné de forts moments d'angoisse. S. a pu vivre ailleurs qu'à l'hôpital et même s'insérer dans un milieu professionnel par le biais d'un stage d'informatique de 6 mois.

Se pose alors la question d'un retour de S en Espagne.

Mais pour cette étape supplémentaire et surtout pour celle là, il était important que le lien qui unissait S. au Groupe ne soit pas rompu par le franchissement d'une frontière...L'infirmier référent de S et l'assistante sociale **accompagnent S. en Espagne** pendant une semaine afin de préparer ce retour tant au niveau thérapeutique, que familial et professionnel. S. a pu ainsi vérifier la permanence de ce lien que la géographie n'abolissait pas. En Juillet 1990, notre Petit Poucet est raccompagné en Espagne par son thérapeute le Docteur COURT.

Des retours réguliers sont prévus sur le Groupe.

Entre temps, la famille avait évolué et mis un terme à sa propre errance.

Il était peut être temps que le Petit Poucet retourne sur ses traces pour retrouver sa place, son origine.....



Six mois plus tard, S. fugue d'Espagne pour aller en Suisse puis finalement décide de revenir sur le Groupe " pour se mettre à l'abri " dit- il. Le délire, l'errance intérieure sont à nouveau très présents. Même si l'on peut au premier abord entendre ce retour comme un échec, il est important de constater que pour la première fois, **S. peut donner un sens à son " itinérance "** grâce à cette permanence du Groupe, vécu comme un cadre stable et rassurant.

Mais très vite, S. est dans la répétition de sa première hospitalisation. Suite à un passage à l'acte agressif, il est muté pour deux mois en pavillon de crise. A partir de là, il s'agira pour le Groupe de re-travailler avec S. la notion de cadre, celle de coupure-lien, et de re-crée du dehors pour lui. La différence essentielle va se situer par rapport à la prise en charge de la famille. Celle-ci va accepter de venir plus ou moins régulièrement aux réunions de parents qui ont lieu tous les mois. Car l'échec du retour de S. est bien dans la difficulté pour les parents d'entendre que leur fils va mieux et surtout de lui reconnaître sa place au sein de la famille. Le père disait d'ailleurs: *" tant que S. prendra des médicaments et sera incapable de travailler, il ne sera pas un homme..."*

Dans cette prise en charge familiale, au fil des années, nous avons entendu la mère dire son impossibilité à accueillir à nouveau son fils aîné dans la famille ; le père et la mère étant épuisés, il y a eu cassure et la mère de se demander *" comment peut se faire la récupération de l'affection par la famille? "*. Même longtemps après le début des soins, le rêve de la mère d'habiter en France n'est pas réalisé. Néanmoins, d'autres choses se mettent en place et elle commence à entrevoir un retour possible de S. en Espagne, au sein de la famille, à condition que S. s'adapte à celle-ci. Elle évoque une meilleure entente entre le père et le fils. Tel était son rêve et il se produit maintenant.

La mère dit aussi que dans la famille, S. n'a pas une place d'aîné. Tout en étant très intelligent, il est inférieur à son frère et à sa sœur. *" Ils ont avancés plus vite que lui "* dit-elle.

La mère aborde alors une autre forme de clivage, après celui qui existait entre le père et le fils, il y a celui qui coupe la famille du reste de la société. Pour elle, la place de S. est plus dans sa famille, lieu sécurisant, que dans la société (le village, le pays) qui fait barrage, selon elle, à un retour. L'installation de S. a toujours été subordonnée à celle de la famille. Ainsi, lorsque celle-ci décide de rester définitivement en Espagne, la mère reprend alors des études au même moment où cela se fait pour son fils en France. Elle veut servir de modèle et en même temps se faire plaisir. Elle se met toujours à la place de son fils malade, mais elle accepte mieux cette image.

Elle dit de S. qu'il est moins fou et qu'il contrôle mieux ses débordements.

Les deux ans que S. passera en France, verront ainsi les parents évoluer, accepter le désir de leur fils de s'installer pour un temps dans un studio sur Avignon et de s'inscrire dans la Section-Etude récemment créée sur le Groupe. La mère de S. demande que le Groupe reste la référence pour son fils, même en cas de retour en Espagne. Elle ne souhaite pas qu'une autre personne entre dans la relation de S avec le Groupe.

Celui-ci va représenter pour le patient le lieu de projection de la problématique familiale qui peut faire penser à un transfert de l'institution familiale à l'institution de soins, différenciant ainsi les fonctions parentales et soignantes et permettant à S. de prendre sa place de sujet dans cet écart.

En 1994, notre Petit Poucet reprend une seconde fois le chemin de sa terre d'origine avec des retours réguliers sur le Groupe; retours qui marquent cette scansion, ce rythme structurant présents tout au long de la prise en charge institutionnelle. Ces allers et retours entre France et Espagne permettent à S. de jouer sur l'alternance d'un lieu à l'autre. La bi-polarité met en place la trajectoire. Ces quelques jours parmi nous, sont nécessaires à S. pour vérifier les liens établis tant envers les lieux qu'envers les gens. Nous sommes les dépositaires et les garants de son histoire.

Une des dernières péripéties dans l'itinéraire de S. fut un accident à la frontière franco-espagnole alors qu'il revenait en Décembre 96 passer trois jours sur le Groupe.

Un caillou fut projeté à travers le pare-brise du bus. Au moment où celui-ci éclatait, S. se remémora brutalement une scène traumatique de son enfance qu'il décrit comme la traversée du miroir : " *Quand j'étais petit, dit-il, mes parents m'avaient laissé chez des amis. Il y avait une grande baie vitrée que je n'avais pas vue. Je l'ai traversée sans me blesser et la silhouette de mon corps était découpée dans la vitre. A ce moment là, je me suis retourné et ce n'était plus comme avant. Je n'étais plus avec les autres.* "

A partir de là, S. s'est senti dans un univers autre, décalé et il affirme que les soins sur le Groupe l'ont à nouveau retiré du bon côté du miroir, dans le monde des vivants.

Aujourd'hui, S. revient sur le Groupe toutes les 10 semaines. Il a entrepris des études de kinésiologie. Il a obtenu son diplôme et commencer à exercer.

Il ne reste plus à notre Petit Poucet qu' à être heureux , à se marier et avoir beaucoup d'enfants.....



- LE GROUPE - DE L'ESSOR I : PROJET D'EXTERIORISATION

Le secteur Bollène, Vaison, Valréas, a rédigé en Février 1997, un document présentant le projet de relocalisation sur Avignon, de la structure de soins évoquée par l'article ci-dessus (« Le Groupe ») actuellement « enclavée » dans l'Hôpital de Montfavet, au sein du pavillon l'Essor I.

Ce document en rappelle l'histoire : « La création du « Groupe » date d'octobre 1986. Sur l'initiative du Docteur Paul COURT et du Docteur Marie-Thérèse SANTINI, une structure spécifique expérimentale pour le traitement des psychotiques avec, comme outil de travail principal, l'abord psychanalytique de cette pathologie, a été mise en place au Centre Hospitalier. » Cette petite unité de soins, intersectorielle, considère « comme sujet, celui qui n'a plus qu'un statut d'objet (objet de soins, d'amour ou de rejet), en créant un lieu, une place où puisse apparaître sa parole ».

Le projet de soin conjugue la dépendance avec la réinsertion dans la cité. L'accent est mis sur l'idée de bipolarité (les deux pôles pouvant être l'institution et la famille, l'institution et l'appartement, l'institution et une autre Unité Fonctionnelle).

« L'enclavement de cette unité au sein de l'Hôpital Psychiatrique est un handicap sérieux à l'effort de réinsertion. La première demande d'installation sur Avignon date de 1988. Cette extériorisation permettrait de restituer le dedans et le dehors » au sein de la cité. Le Centre Hospitalier de Montfavet a inscrit cette extériorisation à son budget.

Jean-Paul BOSSUAT

**PLACEMENTS THERAPEUTIQUES EN CENTRE D'AIDE PAR LE TRAVAIL.
DU CONTRAT D'ERGOTHERAPIE
A LA PRISE EN CHARGE GLOBALE EN C.A.T.**



Sophie SAUZADE
Praticien Hospitalier⁽¹⁾
(Anciennement au Centre Hospitalier de Digne)
Intersecteur Marignane, Martigues,
Port de Bouc, Fos, Istres
(13 I 10)

Les placements thérapeutiques chez l'employeur ou contrats d'ergothérapie existent à l'hôpital de Digne depuis une dizaine d'années et ont fait l'objet d'un précédent article dans *Psy-Cause* N°5. Il s'agit de placements, en milieu ordinaire de travail, de patients suivis en hôpitaux de jour, placements qui s'effectuent de quelques heures à plusieurs jours par semaine selon l'indication thérapeutique.

Parallèlement, se sont développés des contrats d'ergothérapie ou placements thérapeutiques en Centre d'Aide par le Travail et en atelier protégé. Il s'agit là aussi de placements allant de quelques heures à plusieurs jours par semaine. Il s'agit de patients soit hospitalisés à temps plein, soit en hôpitaux de jour, soit en placements familiaux.

L'hôpital reverse l'équivalent d'un prix de journée au C.A.T. où est compris le repas de midi si besoin; le patient touche l'équivalent d'un pécule, une fois par semaine, donné par le C.A.T.

Ces placements thérapeutiques en C.A.T. concernent les mêmes patients que ceux en placement chez l'employeur, mais le plus souvent il s'agit de patients plus déficitaires, touchés eux aussi par la psychose. Dernièrement, nous avons élargi nos indications de l'atelier protégé pour des patients qui auraient bénéficié auparavant de placements thérapeutiques chez l'employeur en milieu ordinaire, ce qui ne nous est plus possible administrativement de part un refus de la Direction Du Travail.

Les fonctions sont les mêmes que celles du placement thérapeutique chez l'employeur, à savoir :

- Une fonction d'évaluation :

Ces placements permettent aux équipes, à la fois de l'hôpital mais aussi du C.A.T., une meilleure connaissance du patient, à mieux évaluer ses capacités relationnelles mais aussi ses capacités de travail et son désir de s'insérer par le travail. Certains patients hospitalisés en temps plein pendant des années ont fait preuve de capacité et d'investissement au travail que l'on ne leur connaissait pas et ont pu, par la suite, intégrer le C.A.T. à temps plein avec un hébergement en foyer ou en placement familial.

- Une fonction thérapeutique :

Les difficultés présentées par le patient seront reprises dans le travail d'équipe et il y aura une liaison régulière effectuée par un infirmier du Centre de jour ou de l'intrahospitalier avec le C.A.T..

- Une triple fonction de réadaptation, réhabilitation, réinsertion :

Même si cette réinsertion se fait dans un milieu encore protégé, il s'agit d'un milieu autre que celui de l'institution psychiatrique réservée alors aux décompensations aiguës.

⁽¹⁾ Actuellement au Centre Hospitalier de Martigues dans l'unité de soins suivante : C.M.P.P. : rue du Stade 13700 Marignane Tél 04.42.77.83.92

Il existe au C.A.T. de Manosque un groupe de parole et il est intéressant de voir comment petit à petit les patients venant des services de psychiatrie s'autorisent à prendre la parole en tant qu'ouvriers à part entière.

On assiste ainsi à des itinéraires de ces patients psychotiques allant de l'institution psychiatrique au C.A.T., en passant par ces placements thérapeutiques.

Nous allons vous décrire deux itinéraires de patients qui ont pu bénéficier de ces alternatives.

Julie a maintenant 48 ans. Elle est au C.A.T. à temps plein depuis 4 ans et est hébergée par le foyer du C.A.T..

Elle a eu auparavant 3 ans de prise en charge en Centre de Jour et plusieurs demi-journées, jusqu'à 3 jours par semaine, en contrat d'ergothérapie au C.A.T. de Manosque. Elle vient d'un village des environs où elle vit seule avec sa mère depuis 10 ans, dans une relation quasi-fusionnelle. Le père est décédé.

Dans l'enfance et l'adolescence, il y a eu un placement dans une institution religieuse à la demande d'une assistante sociale, suite à des mauvais traitements. Elle y est restée jusqu'à l'âge de 30 ans, cette institution étant devenue une maison de retraite où elle effectuait de menus travaux de lingerie.

Replacée dans sa famille suite à un contrôle de la D.D.A.S.S., elle a été suivie régulièrement dans son village en consultation.

Elle prenait un traitement par Neuleptil depuis des années, pour des troubles caractériels avec déficience associée, mais aussi vraisemblablement suite à des troubles de la lignée psychotique dans l'enfance.

En même temps que la prise en charge au Centre de Jour, Julie acceptera un traitement par 25 mg de Piportil Retard et aura moins l'impression d'être assujettie à un traitement. C'est face au travail accompli lors des journées d'ergothérapie que Julie décidera d'une séparation d'avec son milieu familial.

Elle s'avère une ouvrière consciencieuse bien que lente, aimant son travail et participant volontiers aux activités du foyer (sorties, séjours).

Elle retourne voir sa mère régulièrement.

Un autre exemple est celui de **Jean**, suivi en psychiatrie depuis l'enfance.

Il consulte à l'âge de 8 ans et est admis en service de pédopsychiatrie à 11 ans. Il est décrit comme un enfant retiré du monde, de façon quasi-autistique, avec un manque total d'intérêt pour ce qui se passe autour de lui, avec peu d'échanges verbaux.

Il sera scolarisé à partir du service et arrivera à déchiffrer les lettres de façon phonétique. Il y reste jusqu'à 16 ans puis sera placé dans une famille d'accueil jusqu'à l'âge de 25 ans avec des ruptures suite à des séjours en C.H.S..

Il sera intégré au Centre de Jour de Manosque puis quittera sa famille d'accueil suite à un délire de persécution.

Réhospitalisé et après une prise en charge neuroleptique importante par de l'Haldol Décanoas, il reviendra sur le Centre de Jour avec un hébergement en villa thérapeutique. Il demande alors à s'occuper d'un jardin (la famille d'accueil était dans un milieu rural et il travaillait au jardin). Cette activité ne sera assidue qu'en présence d'un infirmier.

Petit à petit se développe une certaine autonomie et il est placé, à sa demande, en appartement individuel et associatif. Pour lui qui a vécu depuis l'âge de 11 ans dans un milieu d'assistance, c'est un début de normalisation et il demande à travailler.

Il est placé début 1996 en contrat d'ergothérapie au C.A.T. où il donne satisfaction. Par la suite, il passera en C.O.T.O.R.E.P. et attendra son admission définitive en C.A.T. tout en continuant l'ergothérapie. Pour lui, le travail est devenu le symbole de son autonomie et il s'est mieux intégré à la population du C.A.T. qu'à celle de l'hôpital psychiatrique.

LES PSYCHOTIQUES EN MAISON DE RETRAITE

Anouk MARION

Infirmière ⁽¹⁾

Maison de Retraite de Cabannes
(Nord des Bouches du Rhône)

Olivier FOSSARD

Médecin Attaché ⁽²⁾

Responsable de la psychogériatrie

Claude MIENS

Christian MIRANDOL

Praticiens Hospitaliers ⁽³⁾

Secteur Chateaufort, Saint Rémy de Provence
(13G27)

Les quatre auteurs sont amenés à se succéder lors de la prise en charge psychologique et psychiatrique de personnes âgées dans les maisons de retraite du secteur Chateaufort, Saint Rémy de Provence. Chacun évoque les spécificités de son intervention.

Anouk MARION, infirmière à la maison de retraite de Cabannes, est concernée par les problèmes posés par les patients psychotiques connus, et les plaintes de ceux-ci ou de leur entourage qui aboutissent à une demande de prise en charge par le C.H.S.

Le Docteur Olivier FOSSARD, Médecin Généraliste attaché et responsable de la psychogériatrie pour le secteur 27, consulte régulièrement en maison de retraite. Il expose le type de demandes reçues. Il évoque ce que représente le diagnostic de psychose pour un médecin généraliste : le rôle de ce diagnostic pour le patient et son entourage, sa place au sein des polyopathologies du sujet âgé, l'ancienneté ou non de ce diagnostic. Les solutions possibles aux problèmes présentés sont les prescriptions, le relationnel avec le patient et avec l'entourage soignant immédiat, l'implication des infirmières psy., le projet et la difficulté d'élaboration de celui-ci pour une personne âgée, psychotique, en maison de retraite. Enfin les contextes de demande d'hospitalisation sont décrits.

Le Docteur Claude MIENS, Psychiatre des Hôpitaux, praticien hospitalier du secteur 27, responsable du C.M.P. de Saint Rémy, évoque son expérience en maison de retraite, les possibilités de prise en charge par un C.M.P.. Il aborde à la manière du psychiatre le diagnostic de psychose.

Le Docteur Christian MIRANDOL, Psychiatre des Hôpitaux, praticien hospitalier du secteur 27, responsable du pavillon « les Lilas », évoque les patients pris en charge en hospitalisation au sein du C.H.S. et leur devenir.

A - Une journée à la Maison de Retraite de Cabannes

Anouk MARION

La Maison de Retraite de CABANNES, située entre CAVAILLON et AVIGNON, de l'autre côté de la Durance, est une petite unité de 38 lits, dont 15 lits médicalisés. J'y suis responsable de l'équipe de soins.

Il y a quelques années, lorsqu'on l'appelait encore « l'Hospice », le Directeur n'arrivant pas à remplir ses lits avait contacté votre C.H.S. ; ce qui fait qu'historiquement CABANNES a eu un pourcentage assez élevé de psychotiques. Nous en avons toujours eu - depuis 6 ans que j'y travaille en tous cas - une dizaine.

⁽¹⁾ Maison de Retraite de Cabannes Tél 04.90.9042.00

⁽²⁾ Secteur 27, Centre Hospitalier de Montfavet 84143 Cedex, Tél 04.90.03.92.76

Evidemment, ni moi-même, ni le reste de l'équipe n'a reçu de formation particulière en psychiatrie ; c'est avec le temps et l'expérience, à force de les côtoyer et de les regarder vivre, qu'on est arrivé à les comprendre un peu mieux et à savoir à peu près, comment se comporter avec eux.

Nous sommes beaucoup aidés en cela par les visites du Docteur MIENS. Il nous apporte des explications, un support théorique mais surtout une conduite à tenir : nous observons sa façon de communiquer tout au long des consultations et, personnellement, c'est ce qui m'aide le plus ; j'essaie de reproduire son attitude et cela m'a souvent permis de résoudre des difficultés.

Je viens aussi vérifier, me faire expliquer un comportement, une réaction, auprès de Jocelyne CHAGNY, infirmière chez vous. Elle vient régulièrement à la Maison de Retraite et elle est particulièrement disponible pour répondre à toutes nos questions.

Nous n'avons toujours pas de formation en psychiatrie, par contre, je crois que petit à petit nous avons développé un *savoir-faire* très pratique, très empirique pour essayer le plus possible d'intégrer ces pensionnaires un peu particuliers dans la vie collective de Maison de Retraite.

Alors, pour vous parler d'eux au quotidien, j'ai choisi de vous raconter une journée à la Maison de Retraite ; une journée bien remplie, puisque je vais essayer d'y rassembler tout ce qui peut se passer en plaçant le psychotique au milieu de tout un *réseau* relationnel : le personnel soignant, les autres pensionnaires, les familles, l'administration, les intervenants extérieurs, le village, etc...

La journée commence par le lever, le matin. En général, les nuits sont calmes et le personnel de nuit n'a pratiquement jamais de problèmes.

Par contre, certains, par période, ne veulent pas se lever ; le plus difficile étant les étapes suivantes : la toilette et le changement de linge.

Bien sûr, suivant l'individu, l'opposition est plus ou moins forte. Il y a celui qui dit « NON » mais qui se laisse rapidement convaincre, celui qui ne se lave pas et qui enfle ses vêtements par dessus son pyjama qu'il garde nuit et jour, et celui qui n'a qu'une tenue de rechange (il ne veut pas acheter, il ne veut pas que la Maison de Retraite lui donne) et il va faire un scandale à la buanderie pour qu'on lui lave, sèche et repasse son linge à la minute.

C'est difficile aussi de leur faire accepter de s'habiller en fonction de la saison : certains sont pieds nus dans leurs chaussures et chemisettes tout l'hiver, ou bien ils s'achèteront de grosses chaussures de montage pour l'été.

De toutes façons, dès qu'il y a changement, ils sont perdus : ne serait-ce que la toilette : on passe du sale au propre.

En général, dès qu'ils s'opposent, on les laisse refuser jusqu'au seuil de tolérance de la vie en collectivité. Par exemple : je demande à la cuisinière de venir avertir le pensionnaire que s'il ne se lave pas, ne se change pas, elle ne pourra pas l'accepter en salle à manger parce qu'il commence à gêner les autres.

Pour les grands « changements » bien sûr, c'est pire!

La Maison de Retraite, pour cause de rénovation, a déménagé 2 fois en 8 mois. Pour une personne âgée, c'est déjà perturbant, mais pour eux, on s'attendait au pire. En général, tout s'est bien passé, sauf pour une pensionnaire qui, malgré nos explications, nos visites sur le nouveau lieu avant le déménagement, nous a été ramenée, trempée, par un pêcheur des étangs de CABANNES où elle était allée se jeter. Un autre, qui venait juste d'arriver de chez vous, s'était adapté sans problème la première fois, mais il

n'a pas supporté le deuxième déménagement qui s'est produit peu après son arrivée. Il avait perdu tous ses repères et nous n'avons pu le garder. Il devenait violent et incontrôlable.

On a remarqué qu'ils oscillent sans arrêt entre le besoin d'être dans un cadre, avec un règlement, des lois, des limites et en même temps, ils ont du mal à supporter ce cadre. L'équipe de soins avait des difficultés à suivre au début, mais chacune commence à s'habituer. Elles ne savent pas quelle attitude adopter :

- l'autorité ou le laisser-faire.



En fait, c'est toujours la vie en collectivité qui limite les excès.

On a quelquefois recours à la Directrice en tant que représentante de l'autorité : elle rappelle qu'il est interdit de fumer dans les chambres, d'arracher les tapisseries, de cracher n'importe où, de casser le système d'appel-malade qu'on vient à grand frais d'installer dans les chambres, de faire pipi au milieu du salon, etc...

Poursuivons notre journée :

Ils restent très rarement dans leur chambre, chambre qui est soit monacale et impersonnelle, soit qui est personnalisée une bonne fois pour toutes. Ou bien c'est le strict minimum, ou souvent pour les dames, c'est arrangé, décoré, de façon immuable.

Dans la matinée, certains vont se promener à l'extérieur, d'autres restent au salon. C'est là qu'il y a des contacts avec l'administration ou les familles des autres résidents. Le salon est proche de l'entrée principale, du bureau de la Directrice et les pensionnaires sont spectateurs du va-et-vient du personnel et des intervenants extérieurs.

L'équipe de soins est plus proche d'eux que l'administration et le personnel qui s'occupe du ménage et de l'entretien de la Maison de Retraite. Il y a souvent de l'agacement et de l'incompréhension de leur part. Même chose pour les familles des autres pensionnaires. Celles qui viennent depuis longtemps ont fini par s'habituer au fait que leurs parents côtoient les psychotiques. Il y a par contre un peu de réticence pour les nouveaux ou pour ceux qui visitent la Maison de Retraite pour la première fois en vue de placer leurs parents...

C'est dû à leur **aspect extérieur** : on a par exemple, une dame grande, très massive, édentée, qui se tient toujours dans le hall d'entrée et qui apostrophe n'importe qui avec une grosse voix (c'est dû à son comportement, déambulation, répétition de gestes sans arrêt) mais pour d'autres, c'est dû aussi au **délire**. Au début, on avait tendance à entrer avec eux dans leur délire, vraisemblablement pour les aider, les calmer et sûrement parce qu'on ne savait pas quelle attitude adopter.

Ils se tiennent donc au salon, avec les autres, mais d'autres sortent, font des courses pour eux ou la Maison de Retraite, vont faire un tour dans le village et boivent un café (en fait c'est souvent une bière...). Il a fallu que je demande aux cafetiers de Cabannes d'éviter le plus possible l'alcool. En général, ils sont très patients et compréhensifs même pour ceux qui sont incapables de gérer leur budget et qui ont toujours deux ardoises d'avance à payer...

- Il y a plusieurs attitudes adoptées par les autres résidents par rapport à eux :

Déjà, a priori, du moment qu'ils sont différents, ils en ont un peu peur, en tout cas, ils sont très méfiants. Après un temps d'observation, ils sont plutôt rassurés, tout en se plaignant (même en Conseil d'Administration) de leur délire, leurs réactions imprévisibles ou leur manque d'« éducation » en salle à manger (y compris leur retard pour passer à table...).

Il y a ceux qui seront toujours excédés mais ils ne forment pas la majorité. La majorité est composée de ceux qui sont habitués à leur présence et qui sont soit très indifférents, soit très paternels à leur égard (ils leur font des remontrances, essaient de les « éduquer » pour manger proprement, arrêter de répéter « bonjour » quand on l'a déjà dit 50 fois, se tenir correctement dans un fauteuil, etc...).

A midi, tout le monde se retrouve pourtant en salle à manger, et la tolérance est plus difficile quand les psychotiques mangent salement, disent des grossièretés ou ricangent une partie du repas. Mais tout ça n'est pas systématique, donc c'est très supportable. De toutes façons, quand ils sont gênés, les autres résidents sont confortés dans le fait que, eux au moins, ne relèvent pas de « Montfavet » comme ils disent. Ils ont tendance à se considérer comme supérieurs, ayant toutes leurs facultés psychiques, ce qui compense le fait que les psychotiques sont plus jeunes et plus valides qu'eux.

L'équipe de cuisine n'a pas de difficulté particulière, mise à part une certaine propreté et des horaires à faire respecter et une bonne dose d'imagination et de patience pour ceux qui n'aiment jamais rien (mais il n'y a pas que les psychotiques dans ce cas-là...).

Ils ne se lient pas et sont toujours en retrait. Je pense que c'est l'équipe de soins qui en souffre le plus. La Maison de Retraite est la dernière maison de nos résidents. Ils y restent longtemps et y passent leur fin de vie, donc on les accompagne sur une longue période. On finit par bien les connaître et par construire avec eux tout un relationnel, une accumulation de sentiments, de souvenirs, de vie ensemble.

Avec les psychotiques, on n'accumule rien du tout ou très peu. Ce n'est pas du tout une relation où les sentiments, le vécu, s'accumulent et où il se crée des liens de personne à personne. Ou alors c'est pire : l'un d'eux a l'air de s'attacher à un soignant qui croit que, lui, arrive à nouer des liens privilégiés, mais immanquablement ça ne dure pas et il y a beaucoup de déception en fin de compte de la part du soignant. Le psychotique est déjà isolé de par sa façon d'être, mais quelquefois il vit à côté de l'équipe, décide de ne pas arriver à communiquer avec lui.

L'après-midi, il y a souvent la visite de la pédicure ou de la coiffeuse. Avec eux c'est souvent l'incertitude. Ils nous demandent de leur prendre un rendez-vous et se décommandent au dernier moment ou exigent que ce soit un vendredi alors que la pédicure vient bien sûr uniquement le mardi...

C'est toujours pareil, quelquefois on n'arrive pas à les convaincre d'un rendez-vous, d'un soin, d'un pansement à faire ou tout simplement de leur couper les ongles... d'autres fois, en manœuvrant un peu, en s'aidant de l'humour aussi, on contourne la difficulté, on s'en sort avec une « pirouette ».

Je trouve aussi qu'ils ont en commun une façon très intuitive de percevoir la personnalité du soignant. Même s'ils ne se lient pas et parlent peu, le peu qu'ils disent montre qu'ils nous observent de façon très aigüe, chacune avec notre caractère, nos réactions, nos comportements. C'est souvent très déconcertant parce qu'on a l'impression d'être deviné, qu'ils comprennent quelque chose au-delà de ce qu'on veut bien montrer. C'est d'autant plus déconcertant que le pensionnaire habituel « type » est fort peu préoccupé de l'autre.

C'est aussi l'après-midi que la Maison de Retraite organise des **animations**. Dans ces cas là, en général, il ne participe à rien ou suit le mouvement sans tellement participer. Il faut tout lui organiser, mais c'est difficile de savoir s'il a envie de faire quelque chose, si ça lui plaît, s'il préférerait autre chose. Quand il fait, il donne l'impression de faire pour nous faire plaisir plus que pour se faire plaisir à lui. Il tient souvent un discours velleitaire mais passe peu à l'action.

Pourtant, nous en avons eu un qui, après le premier déménagement, s'est complètement transformé. A Cabannes, il était agressif contre tout et tout le monde, mais plutôt taciturne et immobile. Après le déménagement, il s'est mis à bouger et à agir tous azimuts, en devenant de plus en plus agressif et excité, abandonnant son traitement et la Maison de Retraite plusieurs fois, plusieurs jours... Il revenait surexcité, amaigri, agressif, il faisait peur aux autres pensionnaires et au personnel, nous n'avons pas pu le garder à la Maison de Retraite.

D'autres fois, pour faire passer une période un peu aigüe, il a suffi que le C.H.S. reçoive une dame deux fois par semaine en hôpital de jour dans son ancien service, cela a permis dans ce cas précis, à l'administration, aux autres pensionnaires, aux familles, de « oublier », de « souffler » un peu et d'être rassurés.

C'est aussi l'après-midi qu'on prend les rendez-vous pour les **consultations externes**. Alors que les autres résidents y vont tout seul, nous les accompagnons toujours. Je me souviens aussi de plusieurs hospitalisations où nous ne les avons pas accompagnés : nous leur avons bien expliqué ce qui allait se passer et une fois à l'hôpital, soit leur famille faisait le lien, soit un membre du personnel ou leur tuteur est allé les voir et tout s'est toujours bien passé.

Par contre, nous venons d'avoir un problème avec une anesthésiste qui n'a pas voulu accueillir, après l'avoir vue, une dame sans qu'elle soit accompagnée par du personnel spécialisé, c'est-à-dire du C.H.S.. Elle aurait voulu qu'elle soit hospitalisée huit jours avant l'intervention, à MONTFAVET, et qu'un infirmier psychiatrique reste avec elle pendant la durée de l'hospitalisation. Pourtant la consultation s'était bien passée et cette pensionnaire n'a rien d'agressif ou de violent. Son traitement est très efficace, elle est calme, manifeste quelquefois de l'opposition, mais elle est facile à convaincre, d'autant plus qu'elle se comporte la plupart du temps comme une petite fille de huit ans.

En général, les gens de l'extérieur ont d'emblée un mouvement de recul, mais dès qu'on leur explique qu'il n'y a rien à craindre et qu'ils peuvent se comporter normalement, tout s'arrange.

Deux fois par semaine un de nos psychotique participe aux lotos d'un Club du même âge du village, il est très bien accepté.

Après le repas du soir, en général, tout se passe bien. Ils se couchent en même temps que les autres pensionnaires, quelques-uns seulement regardent la télévision.

En conclusion, on pourrait dire que dans la mesure où ils sont suivis régulièrement par un psychiatre intervenant à la Maison de Retraite, et que le personnel est capable de lui signaler un changement de comportement, une attitude ou une réaction inhabituelles, les traitements sont bien adaptés et permettent au psychotique de vivre en collectivité.

Bien sûr, nous avons eu quelques échecs, mais de manière générale, ça se passe bien. Il faut toutefois remarquer que la tâche n'est pas facile et qu'elle nécessite une équipe de soins particulièrement unie et efficace.

Je constate aussi qu'ils ne sont pas la catégorie de résidents les plus difficiles à supporter... quand une difficulté apparaît, on sait que c'est une période un peu troublée à passer, mais qu'avec du temps et de la patience, tout va rentrer dans l'ordre.

Je pense qu'à partir d'un certain pourcentage de psy par rapport au reste de la population d'une Maison de Retraite, le personnel devrait bénéficier d'une formation spécifique. Cette formation est indispensable pour le relationnel, pour mieux les comprendre, pour qu'ils paraissent moins « étrangers » et pour qu'il y ait vraiment une volonté générale d'intégration de la de la Maison. C'est pourquoi, je pense que l'ensemble du personnel devrait en bénéficier, pas seulement les soignants mais aussi les équipes d'entretien, de cuisine, de buanderie et même... le personnel administratif, tous ceux qui les côtoient pour une raison ou pour une autre



B - le regard du médecin envoyé par le C.H.S. en maisons de retraite

Olivier FOSSARD

Les demandes reçues ; "le surnageant".

Ne sont prises ici en compte que les demandes adressées au médecin ou aux infirmières du CHS qui se déplacent régulièrement dans la maison de retraite. Ces demandes sont le plus souvent révélatrices du climat général de la maison de retraite, de son niveau d'écoute, de la disponibilité du personnel. Les demandes concernant les psychotiques âgés s'effectuent lors d'épisodes d'agitation, d'agressivité, d'altercation entre pensionnaires, menaces, parfois armées (couteau). Le patient antérieurement connu comme psychotique est celui que l'antenne psychiatrique verra lors de sa venue. Ces demandes sont presque toujours contextuelles d'un remaniement profond de la maison de retraite et le psychotique est alors le révélateur du malaise ressenti au niveau des pensionnaires : c'est le surnageant. Ces demandes sont faites dans la précipitation, l'urgence : "il faut calmer" cela, empêcher le crescendo violent potentiel. L'hospitalisation survient souvent avant même que l'ensemble du problème ait pu être abordé.

Un autre type de demande résulte de l'éducation du personnel à qui les nombreuses équipes psychiatriques qui se sont succédées depuis des années dans ces établissements ont appris à **repérer les signes qui font tilt** chez un patient, notamment psychotique : la reprise d'un balancement antéro-postérieur pour celle ci, l'isolement volontaire en chambre pour celui là, le fait de se coucher dans les couloirs pour celle là... etc. ; les patients sont alors vus à ce stade, ce qui permet de travailler en deçà de l'urgence. Le personnel des maisons de retraite a d'ailleurs formulé une demande pour ce type de formation.

Enfin la formulation de la demande est exceptionnellement faite par le patient lui même, parfois par son médecin, le plus souvent par le personnel infirmier.

Porter le diagnostic de psychose ; rôle du diagnostic ; place de ce diagnostic au sein des polypathologies du sujet âgé

Porter le diagnostic de psychose au sein de la maison de retraite ne se fait que dans un seul cas : celui où le patient arrive sans dossier d'un autre établissement. Le diagnostic est alors ravivé ou retrouvé lors des "crises". Le plus souvent ce diagnostic est ancien, le tuteur connu, le traitement déterminé, le suivi organisé.

Le **rôle du diagnostic** varie en fonction de la personne qui l'utilise :

*Pour le patient, le diagnostic de "psychose" et plus particulièrement le terme de psychotique lui rappelle son passé en CHS, et permet les réhospitalisations sans trop de difficultés. Le retentissement intime est peu exprimé.

*Pour le personnel de maison de retraite, le diagnostic évoque la crainte du débordement et est souvent formulé dans ce type de contexte. Il permet de s'éloigner de ce patient officiellement "étrange". Une partie du travail consiste alors à présenter le "comportement caractériel" ou "réactionnel" du pensionnaire psychotique, attitudes qui permettent de réhumaniser le patient et de raviver la curiosité du personnel à son sujet.

*Pour le personnel soignant du CHS, le diagnostic déclenche la fonction soignante et ses différentes réponses.

Les prises en charge thérapeutiques possibles: prescription, relationnel, hospitalisations

La prescription médicale est celle de neuroleptiques notamment en cas d'agitation rebelle, angoisse ou délire psychotique, anxiété non contenable ; avec certaines préférences pour le sujet âgé : Melleril, Tercian, Dipipéron, Haldol en gouttes... Tiapridal, Clopixol... en IM sans oublier les correcteurs lorsqu'ils sont nécessaires cliniquement. Ceci dit l'agitation, la dépression, l'anxiété "acceptable" d'un patient âgé notamment psychotique doivent se traiter si nécessaire avec les médicaments concernés habituels.

Les personnes âgées présentent des polypathologies et sont polymédicamentées, nous le savons. La gestion du risque iatrogène et des interactions, le choix par le médecin généraliste des priorités thérapeutiques (cœur, prostate, oeil, ischémies... mais aussi anxiété, somnifère ...), nous amènent à prescrire la main forcée et en dernier recours. Notamment la prescription doit pouvoir se trouver acceptée par le patient, non demandeur direct. Elle ne doit pas répondre seulement à la demande de sédation de l'entourage, pression parfois importante.

Le relationnel passe par une dynamique entre patient et entourage soignant et s'installe en proposant à tous une compréhension différente. Le travail se fait à deux niveaux :

*au niveau du patient en entretiens avec le médecin et avec les infirmières psy ; la difficulté est alors de travailler dans l'élaboration d'un projet chez une personne âgée et psychotique. Canaliser le plaisir du patient semble être une solution.

*au niveau du personnel de la maison de retraite ; infirmière ou surveillante assistent ou participent à la consultation quand le patient l'accepte ou en cas de confrontation. En dehors de la consultation une compréhension ou une attitude opérante peuvent être proposées à ce personnel et être régulièrement réactivées.

La prise en charge en activité au CMP amène là aussi la notion de surnageant : si on doit proposer des activités ludiques en CMP ce peut être par carence d'animation au sein de la maison de retraite. Il est alors possible de rencontrer le directeur de celle-ci afin de catalyser l'organisation d'animation, notamment par la mise à disposition conventionnelle d'ergothérapeutes.

L'hospitalisation au CHS, le plus souvent dans un contexte d'urgence, permet l'observation du patient et un traitement d'épreuve relationnel qui, s'il est efficace, en quelques jours peut souligner les problèmes de disponibilité du personnel de la maison de retraite. Les hospitalisations itératives sont la marque d'un rejet et débouchent souvent vers le placement dans une autre maison de retraite.

La longévité actuelle des personnes âgées pose le problème du devenir des psychotiques âgés refusés en maison de retraite et pointe **la nécessité de maisons de retraite spécialisées**, privées ou publiques, dans des locaux du CHS ou sur le secteur, ou par la présence de personnel spécialisé dans les maisons de retraite.



**C - La psychose - ou les psychoses
au 3^{ème} âge - et au 4^{ème}
notamment en institution d'hébergement :
Le point de vue d'un psychiatre de secteur**

Claude MIENS

I)

Par rapport à l'intitulé qui m'avait été proposé : « Prise en charge en Centre Médico Psychologique de Psychotiques vivant en Maison de Retraite », je préciserai d'emblée que dans mon expérience (14 ans de travail dans le Nord des Bouches du Rhône, avec des interventions parallèles jusque dans 5 établissements différents plusieurs années) un tel mode de fonctionnement a découlé le plus souvent d'un conflit (avec une direction d'établissement, voire avec un médecin) m'amenant faute de mieux, à suivre ailleurs des patients antérieurement rencontrés au sein de leur Maison de Retraite.

J'estime que la prévention et les soins au bénéfice des pensionnaires de Maison de Retraite ont une dimension institutionnelle non seulement incontournable, mais essentielle.

Ceci est particulièrement vérifié pour les personnalités de structure psychotique - de par leurs capacités de projection multiples et divées notamment -.

II)

- Si, de mon point de vue, il est plus efficace de rencontrer les pensionnaires de Maison de retraite - et ceux qui en ont la charge - dans l'établissement,
- le Centre Médico-Psychologique est un lieu privilégié d'accueil des malades vivant dans un domicile privé ou un foyer logement.
- Ceci n'excluant pas la possibilité de visites à domicile dans les résidences que je viens de citer.
- Rappelons aussi le travail auprès de psychotiques âgés
 - en services hospitaliers « de soins somatiques »,
 - et bien entendu dans les services d'hospitalisation psychiatrique : il y reste des « vieux malades » devenus âgés .

III) Je rappelle la délimitation de mon sujet :

A) « LES PSYCHOSES » : Je parle des personnes concernées par les dites « *Psychoses Fonctionnelles* » :

- chroniques :
 - ° psychoses et autismes infantiles, et leurs formes évolutives plus ou moins déficitaires, avec l'interrogation concernant les possibilités de conservation ou plus vraisemblablement de réurgence, de symptômes autistiques au 3^{ème} âge,
 - ° psychoses dissociatives, les schizophrénies... et leurs paraphrénisations,
 - ° les psychoses hallucinatoires chroniques,
 - ° les psychoses dites paranoïques.

- Mais aussi ce que Henri Ey qualifiait de psychoses subaiguës : maladie maniaco-dépressive et dépressions endogènes à forme mélancolique.

- Il existe des formes frontières ou intermédiaires :

Anouk MARION a évoqué les difficultés rencontrées avec A... N... :

° Pendant deux ans environ, il a présenté un contact sensitivo-paranoïaque, un masque habituel d'aigreur arrogante qui tombait parfois :

* brutalement, avec l'effondrement en larmes lors d'une visite des familles aux autres pensionnaires pour une fête de fin d'année,

* ou lors d'entretiens psychiatriques, à l'évocation des maltraitements subies dans l'enfance.

J'avais proposé aux membres du personnel l'idée que l'âcreté relationnelle dont ils pâtissaient protégeait en quelque sorte A... N... d'une décompensation dépressive plus grave, éventuellement suicidaire, et j'avais engagé un travail relationnel à partir de la dépression exprimée.

° Lorsque, en coïncidence avec le rappel des ruptures familiales, après une brève phase d'amabilité envers le personnel et les autres pensionnaires, A... N... - outrepassant les espoirs d'amélioration de son état dépressif - a intriqué une hypersthénie de type maniaque à une querulence paranoïaque renforcée, et quitté la Maison de Retraite après moult incidents.

Je n'évoquerai pas les psychoses organiques, au sein desquelles l'ancienne Classification Française des Troubles Mentaux de l'I.N.S.E.R.M. rangeait les « démences organiques » si ma mémoire est bonne.

B) LES TROISIEME ET QUATRIEME AGES

Je continue à m'intéresser à une dame qui m'avait déclaré lors de notre première rencontre « *j'ai 98 ans, soignez moi bien pour que je devienne centenaire!* » - mission accomplie ! - . Outre un délire hallucinatoire dont elle se souvient qu'il lui a amené quelques séjours dans cet établissement, elle manifeste une causticité adaptée aux circonstances qui lui a valu le surnom de « tatie Danielle », et une vitalité telle qu'une infirmière m'a confié qu'elle préférerait « finir vieille folle » comme elle, plutôt qu'« éteinte » comme l'autre centenaire de l'établissement !

IV) Ceci m'amène à rappeler l'évolution des idées concernant le vieillissement des psychotiques

A) J'ai le souvenir d'une formation initiale en psychiatrie lors de la seconde moitié des « années soixante », clivée entre :

- d'une part l'ouverture à la Psychologie dynamique - et particulièrement à la Psychanalyse - tendant à unifier le concept de psychose - notamment par la notion de structure de personnalité -, éclairant les mécanismes précoces des psychoses et des arrières-pensées, mais aussi la « chronicisation » des psychotiques.

- et d'autre part une nosographie psychiatrique dite « classique » encore marquée d'une sorte d'empreinte Kraepelinienne, distinguant les différentes psychoses, et qui - héritage lointain du concept de « démence précoce » - et/ou de l'expérience asilaire? - propageait la notion d'une gravité, voire d'une inéluctabilité, de l'évolution d'une majorité des schizophrénies et des autres psychoses chroniques, la dégradation de l'être dans sa folie pouvant culminer dans la « démence vésanique ».

B) Puis est venue « l'étude de Lausanne » de Müller et Ciompi, entreprise voici un tiers de siècle, portant sur 907 anciens psychotiques - ou psychotiques anciens - ayant dépassé 65 ans (survivants de 5 661 malades nés entre 1873 et 1877) et montrant l'amélioration de 2/3 d'entre eux, dans tous les cadres diagnostiques.

V) Dans quelles conditions le diagnostic de psychose est-il évoqué?

A) *Souvent* - vu la fréquence des « placements » dans un établissement du secteur depuis un hôpital psychiatrique - *l'observation ne fait que confirmer un diagnostic posé depuis longtemps*. Un jour, appelé pour rencontrer un nouvel arrivant réputé « psychotique », j'aperçois dans le séjour de la Maison de Retraite un grand « zombie » hébété-catatonique se balançant d'avant en arrière devant le téléviseur non allumé - « Voici mon client » dis-je à mon accompagnant - « Pas du tout » me répond-elle, « c'est un autre entrant! » - « Celui-ci arrive aussi d'un établissement psychiatrique » rétorquai-je - « Comment le savez-vous? » me demande-t-elle.

J'adresse à ce propos une prière aux collègues dirigeant un patient vers une Maison de Retraite : sans mésestimer leur souci d'entretenir la sagacité diagnostique du psychiatre intervenant dans l'établissement, j'estime plus fonctionnel l'envoi systématique d'un résumé d'observation.



PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE EN
MAISON DE RETRAITE : UNE ÉQUILIBRÉE
THÉRAPEUTIQUE ?

B) Il y a aussi des « *redécouvertes* », parfois à l'initiative du professionnel, *particulièrement pour les accès périodiques* pudiquement tus par la famille soucieuse d'obtenir une place en Maison de Retraite.

1) Dans une réunion informelle, deux employées expriment leur irritation devant les appels itératifs d'une dame au sujet de ses « souillures » urinaires et fécales - « d'autant qu'on ne trouve rien » renchérit la seconde -

Je fais remarquer qu'il s'agit de l'inverse de ce que l'on rencontre avec les déments, je suggère que cette personne peut relever de mon intervention professionnelle, et je demande qu'on la lui propose. Le premier entretien met en évidence un quasi-syndrôme de Cottard, au sein d'un tableau plus complexe du type « *mélancolie délirante* ». Interrogée, la famille « se souvient » de séjours en clinique psychiatrique peu avant l'entrée en maison de retraite. En réponse à mon courrier, le psychiatre de la clinique confirme que ce qu'il a observé « peut correspondre » au diagnostic évoqué. Je n'aborderai pas ici les avatars ultérieurs du suivi de cette malade.

2) les « *poupées gigognes* » sont parfois plus nombreuses :

a) A l'occasion d'un exercice préparatoire à un concours hospitalier, il apparaît qu'une dame considérée comme démente par sa Maison de Retraite présente en fait une aphasie « motrice » de Broca, avec une compréhension excellente des consignes verbales la capacité à désigner sans erreur l'objet ou la figure géométrique nommée, et à reproduire sans erreur cette dernière, même complexe.

b) Proposition est faite au personnel de parler abondamment à cette dame en tant qu'une locutrice saine d'esprit - ce qui n'était plus pratiqué depuis un an et demi -.

c) L'attention ravivée pour la patiente fait remarquer un épisode - identique à un précédent se rappelleront certains - de modification des conduites, où en particulier la patiente s'agrippe aux membres du personnel en pleurant. Ceci signalé, le faciès (avec pli en oméga), les réveils précoces, l'inertie, l'anorexie, l'acquiescement de la patiente aux questions concernant la tristesse ou la douleur morale, font émettre l'hypothèse d'accès dépressif majeur.

- la famille, jointe, reconnaît des hospitalisations psychiatriques antérieures. Le dossier retrouvé comporte un diagnostic de Psychose Maniac Dépressive posé avant l'âge de 40 ans.
- la prescription d'un antidépresseur a entre-temps amélioré le tableau clinique qui disparaît en peu de semaines.

La même séquence clinique et thérapeutique se répètera quelques années après.

3) Un patient se singularise depuis quelque temps au sein de son établissement par une récrimination incessante contre toutes les prestations alimentaires ou d'hygiène. Lorsqu'il accepte un entretien, la dévalorisation systématique de tous les sujets abordés, la tristesse et la négligence corporelle m'évoquent la « *dépression à forme caractérielle* » décrite chez l'âgé. Le nom du sujet me rappelle un patient mélancolique ayant tenté de se noyer dans le Rhône dont m'a parlé, une dizaine d'années avant, une collègue : il s'agit du même. Un antidépresseur améliore l'humeur et fait parallèlement disparaître la revendication itérative.

C) Parfois, le diagnostic et le traitement de la psychose débutent en Maison de Retraite.

Si, selon Guyotat, tout psychotique finit par être institutionnalisé, cela peut être tardif :

- une entrante en maison de retraite paraît « curieuse » au personnel,

- son nom correspond à celui d'une personne qui, durant des mois n'a jamais répondu aux offres écrites de rencontre de l'équipe du Centre Médico Psychologique, après signalement par les services sociaux polyvalents.

- les histoires rapportées coïncident : recluse ayant cessé de payer son loyer, était vue couper eau et électricité, se ravitaillant nuitamment aux fontaines publiques, alimentée par une voisine, finalement expulsée par la force publique.

- son aspect, son accoutrement évoquent ceux d'une « chronique » d'hôpital psychiatrique.

- interrogée, elle se récrie, affirme n'avoir jamais été soignée, et encore moins hospitalisée pour un motif psychiatrique.

- une reconstitution biographique détaillée ne retrouvera pas d'événement de ce type, mais mettra en évidence un système de pensée déréel, du type construction délirante :

* son frère aîné ayant tété le bon lait de sa mère, il ne lui est resté que du mauvais lait à la maternité suivante

* ce qui s'est répliqué, d'une certaine façon, dans les pensionnats durant la seconde guerre mondiale,

- la bonne nourriture allant dans les établissements de garçons,

- et la mauvaise dans ceux accueillant les filles.

* ce qui explique, selon elle, la « faiblesse » l'ayant touché à l'adolescence, et ses études moins brillantes que celles de son frère,

* grâce à la recommandation de ce dernier, elle a trouvé un emploi de bureau dans une grande institution nationale.

* quand je lui demande pourquoi elle a quitté cet emploi quelques années avant l'âge habituel de la retraite dans cette institution, elle me répond avec un sourire sans « malice » : « sans doute parce que j'étais ménopausée ».

* dès lors elle a vécu grâce à l'argent que lui allouait cette institution, jusqu'au moment où -explique-t-elle- cette dernière l'a « oubliée », de sorte qu'elle n'a plus reçu d'argent, et a vu disparaître les uns après les autres ses facteurs concrets de sécurité et de confort, épuisant ses dernières réserves pécuniaires pour survivre...

* L'étayage de la Maison de Retraite permet une sécurisation rapide, alors qu'une orientation hospitalière pour suspicion de tuberculose pulmonaire s'achève par une fugue dès le premier soir, la malade se glissant sans être remarquée dans la maison de retraite puis dans son lit. Le bilan et les soins seront donc menés en consultation hospitalière.

VI - Peut-on repérer des facteurs d'adaptation des sujets psychotiques en Maison de Retraite? Ou, à l'inverse, des causes d'échec?

A) Liés au patient

- Nosographies : rien d'évident ne m'est apparu jusqu'ici, mais peut-être y-a-t-il un biais de sélection?

- Symptomatiques : les violences extrêmes ou répétées - dont le psychotique n'est pas nécessairement l'auteur, mais parfois au contraire la victime -, les fugues itératives, sont cause de rejet, mais ce n'est pas spécifique des psychotiques.

- Le degré des pertes - puis-je dire « objectales »? et réelles qui ont accompagné certains échecs :

* M... a « perdu » en peu de temps :

- ° un emploi « privilégié » dans l'établissement psychiatrique,
- ° le site de cet emploi, où son « collectionnisme morbide » avait accumulé une foule d'objets qui ont nécessité plusieurs camions pour les évacuer,
- ° sa place à l'hôpital, du fait de son transfert en Maison de Retraite,
- ° les visites infirmières promises, qui ne pourront être assurées par force majeure,
- ° et même ses dossiers médicaux et administratifs, de sorte que les explorations médicales nécessitées par son état seront retardées, et réalisées « clandestinement », par accord de gré à gré entre médecins se connaissant.

Il refusera d'abord tout contact, puis décompensera :

- ° physiquement, par la récurrence d'un cancer digestif opéré dix ans avant,
- ° psychiquement : d'abord par l'interprétation délirante que ses douleurs abdominales et sa fistule épigastrique sont dues à un instrument chirurgical oublié, puis par l'expression d'un désespoir d'abandon, et la demande itérative d'aller mourir dans l'hôpital psychiatrique où il avait passé des années.

* J.... « externé » d'un pavillon d'hospitalisation relativement fermé et « contenant » ses pulsions, voit celles-ci exploser face aux jeunes femmes employées par la Maison de Retraite, dont l'une - ignorante en psychiatrie - rit à sa « déclaration d'intention » affectivo-sexuelle. Une agitation croissante et la découverte d'une miliaire tuberculeuse pulmonaire amèneront son départ de la Maison de Retraite, vers une hospitalisation longue.

B) Liés à l'institution

1) **la professionnalisation croissante des personnels** - de soins mais aussi administratif et de direction - fournissant des cadres de référence :

- ° théoriques et de conduites à tenir,
- ° juridiques,
- ° éthiques, par la réflexion sur la finalité du travail.

- **le nombre des professionnels** par rapport aux pensionnaires permettant

- ° la disponibilité de chacun - ou de quelques uns,
- ° l'animation ou l'harmonisation sociale,

sont des facteurs de sécurisation des personnels permanents des Maisons de Retraite,

- **que peuvent renforcer** l'intervention régulière, et la disponibilité en cas de crise, d'émissaires psychiatriques.

2) **La petite taille d'un établissement favorise les échanges interpersonnels**, tandis qu'à l'inverse la multiplication des échelons hiérarchiques et la crispation sur les statuts professionnels multiplient les blocages.

3) **L'intérêt et l'ouverture des professionnels à l'originalité d'autrui** ne doivent pas être occultés par un gavage pseudo-théorique - ou contrebalancés par la fermeture ou le rejet - catastrophiques - de certains en position de pouvoir : il est des passages à l'acte qui désorganisent tout travail cohérent.

4) Il y a aussi des **patients dont les perturbations peuvent être considérées comme des symptômes du malaise institutionnel**.

Quelques **indices** permettent de repérer de telles situations :

- l'amélioration radicale du supposé malade (le contraire de l'aggravation confusionnelle si fréquente chez les personnes âgées) dès son transfert dans un autre établissement d'où émane parfois la question : « *mais pourquoi nous a-t-il été adressé ?* »

- le « passage de relais » d'un symptôme (crier la nuit...) à un(e) second(e) patient(e) - psychotique en l'occurrence, dans l'exemple détaillé - après « *l'évacuation de la première porteuse du symptôme* ».

- sur un plus long terme, à quelques années d'intervalle, j'ai observé la répétition de ce que j'ai qualifié de « *séquences ou spirales institutionnelles* » c'est-à-dire la succession dans le même ordre des mêmes types de patients « à problème » :

- ° d'abord un psychotique s'opposant à la toilette et au « change » (ment) des vêtements,

- ° puis un alcoolique réputé violent,

- ° puis un(e) hystérique particulièrement « spectaculaire » - excusez le pléonasme -

- * chacun étant « oublié » dès que le suivant passait au premier plan des soucis - au point qu'il fallait insister pour obtenir des nouvelles du précédent -

- * et le personnel - en partie changé - ne conservant aucun souvenir de la séquence identique quelques années avant .

Ceci est important à repérer parce que

- ° si la solution peut paraître simple - changer le patient d'établissement - elle n'est que symptomatique, et s'opère au prix de l'arrachement à un cadre de référence et de relations,

- ° d'autre part, elle n'a aucune valeur préventive de troubles pour les autres patients, et aggrave parfois le problème : j'ai connu des établissements où il y avait toujours quelqu'un à exclure - au mépris des droits élémentaires des personnes - ,

- ° et les propositions de prévention que l'on peut faire parfois : « *n'acceptez plus tel type de patient - psychotique par exemple - si c'est celui là uniquement qui vous pose question!* » - ne sont jamais suivies . Dans certains « établissements à problème » une sorte de répétition (indices de pathologie?) amène à réadmettre puis rejeter itérativement des personnes à problématiques comparables.

- * la question est donc, de mon point de vue : comment entamer et mener un travail institutionnel dans de tels établissements pour personnes âgées comme dans les autres.



VII - Ayant, à l'échelle de 14 années de travail, le sentiment d'un progrès général, je propose quelques repères pour le travail psychiatrique dans les maisons de retraite, singulièrement pour ce qui concerne les psychotiques.

A) Il n'y a pas d'impossibilité - ou de facilité - absolue ou définitive à l'accueil de psychotiques en Maison de Retraite, mais seulement des degrés de tolérance temporaires, et susceptibles d'évoluer.

Il faut relativiser certains sentiments d'échec : un collègue hospitalier, à qui je réadressais une de ses anciennes patientes - en difficultés de mon point de vue, après des changements majeurs dans la Maison de Retraite - a répondu « nous la trouvons mieux que durant son séjour hospitalier, signe du succès de son placement ».

La prise en charge de cette patiente deux jours par semaine, par son ancien service, a permis de résoudre sur un an et demi les conflits liés à ses troubles des conduites - et à son statut administratif fragilisé. Récemment, il s'est avéré plus difficile - de par une réticence médicale - de faire hospitaliser en chirurgie cette patiente, qu'il ne l'avait été de la faire maintenir en Maison de Retraite.

B) Outre la remarque triviale que des années d'hospitalisation les ont « rodé » à la vie en collectivité, un autre **facteur de la bonne adaptation voire de « banalisation » des psychotiques en Maison de Retraite** est proposé par BOUISSON dans un article de mars 1997 de l'Information Psychiatrique (N°3, volume 73, pages 239-248) concernant « la routinisation du sujet âgé », dont les deux facteurs (I : « avoir chaque jour ordre et routine »; II : « ne pas aimer la perturbation ») sont rapprochés de la chronicisation et de la « chronicité du trouble mental », considérés « sous un angle dynamique essentiellement psychanalytique », voici plus de trente ans, par Soullairac, Chentoub, de Mijolla et Geier.

C) Il est possible de transposer aux Maisons de Retraite les postulats fondateurs du travail institutionnel, proposé par Racamier :

1°) - l'importance des facteurs narcissiques pour les malades, et par contre coup pour ceux qui les ont en charge,

2°) - « les soins institutionnels présentent un caractère inévitablement conflictuel » - potentiellement en tout cas, pas tout le temps heureusement - du fait de l'externalisation par les psychotiques de leur conflictualité interne,

3°) - « les soignants - et les malades - disposent d'un potentiel de développement qui a des chances de se réaliser pourvu qu'on lui fasse raisonnablement crédit et qu'on le mette en situation de se révéler »,

4°) - « le modèle de relations et de fonctionnement mis en pratique au sein de l'institution par des « leaders » a de bonnes chances de diffuser peu à peu dans l'ensemble du réseau institutionnel ».

5°) - « une diversité de personnes placées ensemble en face de problèmes communs ont de bonnes chances de présenter des réactions qui sont complémentaires à travers leur diversité ».

... Ainsi soit-il



D - Le patient psychotique âgé venant de Maison de Retraite, hospitalisé au C.H.S.

Christian MIRANDOL

Qui ?

Dans notre expérience, moins d'une dizaine de cas par an.

Patient psychotique connu ou non faisant une *décompensation aiguë*

- sur le mode délirant,
- sur le mode dysthymique,
- sur le mode caractériel.

Non détérioré pathologiquement.

Le déclenchement des troubles est le plus souvent relié aux facteurs suivants :

- modification du traitement habituel,
- modification dans l'entourage familial : deuil, isolement familial progressif,
- modification dans l'environnement soignant: réduction ou rupture d'étayage relationnel.

Comment ?

* Dans « l'urgence » en fait après une période plus ou moins longue pendant laquelle les troubles du comportement et des relations sociales ont été plus ou moins tolérés, plus ou moins contenus dans le cadre de l'institution.

* Lors des moments de *fragilité de l'institution Maison de Retraite* : fragilité de l'équipe (lourdeur du travail, coexistence de cas difficiles).

* La plupart du temps en H.D.T..

* Quelquefois sans que l'équipe sectorielle n'ait eu le temps d'intervenir.

Pour quoi faire ?

Soigner la « crise » et éventuellement décharger l'institution d'un patient dont le comportement devient trop perturbateur pour les autres.

Dans tous les cas, l'hospitalisation est une *rupture dans l'insertion* du patient en Maison de Retraite et va le singulariser par rapport à la population du lieu. Ce qui peut être le signal d'un début d'échec du placement : épuisement de l'équipe mais aussi épuisement du patient qui ne trouve plus son compte au plan des échanges humains dans la structure.

Donc l'hospitalisation peut être utilisée

- soit comme un temps de soin et de rééquilibrage d'une pathologie psychiatrique dans le meilleur des cas,
- soit comme un temps de soin qui risque de devenir, si l'on n'y prend garde, un temps de rejet hors de l'institution dans le cas où les hospitalisations se répètent et/ou se rapprochent.

Les soins

Ils n'ont pas de spécificité très grande par rapport à ceux habituellement prodigués en psychiatrie. Par contre il faut être tout particulièrement attentif à la demande du patient vis à vis de la Maison de Retraite : *il désire pratiquement toujours y retourner.*

Toute notre attention doit ainsi être apportée à *deux aspects importants* :

- 1) L'état clinique du patient à sa sortie et sa compatibilité avec la structure d'accueil,
- 2) La qualité de l'articulation avec l'équipe de la Maison de Retraite et avec celle du secteur qui assurera le suivi du patient dans la structure.

Conclusion

Dans notre expérience *la spécificité* du sujet âgé psychotique en Maison de Retraite, hospitalisé dans notre service *n'est pas tant sa pathologie que son parcours*. La crise entraîne une rupture dans le vécu du patient mais surtout dans le vécu que l'équipe de la Maison de Retraite a de ce dernier : la crise peut parfois être le symptôme d'un étayage moindre par la structure et aboutir par sa répétition éventuelle au rejet du sujet âgé psychotique.

D'où la triple nécessité de :

- 1) Former les équipes des Maisons de Retraite au soin relationnel auprès des patients psychotiques.
- 2) Intensifier le travail de prévention.
- 3) Créer des structures adaptées à la prise en charge des sujets dont l'insertion en Maison de Retraite est problématique.



PSY- CAUSE II

ACTES DU CONGRES
ITINERAIRES DE PSYCHOTIQUES :
ATELIERS

Dix communications réparties sur quatre ateliers ont dressé une cartographie d'un certain nombre de destinées évoquées par des thérapeutes de terrain.

Divers intervenants de l'équipe pluridisciplinaire du **Soustet**, exposent leur pratique gériatopsychiatrique, dans une unité d'hospitalisation à Vaison la Romaine, unité hors les murs, du Centre Hospitalier de Montfavet.

Les médecins passent et le psychotique reste! s'exclame Emmanuelle DERMENGHEM, Psychiatre Assistant au Centre Hospitalier de Montperrin, interpellée par la chronicité de ce type de patient....

Il arrive que la pénurie (transitoire) de moyens, conduise à concevoir de traiter le psychotique dont la structure est en termes de territoire plutôt que d'économie, dans un **CATTP sans locaux**. Des soignants de l'équipe pluridisciplinaire de cette unité fonctionnelle, évoquent ce paradoxe.

L'équipe d'un Hôpital de Jour pédopsychiatrique de Marseille, narre le cas de **Nassim l'exclu**, enfant psychotique rejeté de l'école, rejeté par sa famille, exclu des établissements spécialisés pour troubles du comportement, et qui aboutit dans ce centre de soins.

Le milieu carcéral est un itinéraire pour un nombre plus important qu'on ne l'imagine, de psychotiques. Gilles AZAS, Pascale GIRAVALLI et Daniel BONNIFACE, situent cette case « prison », dans le cadre de leur pratique au S.M.P.R. des Baumettes.

L'enveloppement thérapeutique humide, autrement dit le **pack**, est l'une des approches corporelles désormais classiques de la psychose. Huguette FERRE, Praticien Hospitalier, Andrée IMPERIALI, Infirmière, Anne-Rosen JOLIVET, Assistante Educatrice, et Madeline LABENERE, Infirmière, décrivent le vécu d'un patient pris en charge par cette technique au Centre Hospitalier de Montfavet.

L'hydrothérapie fut jadis en France un passage obligé de toute thérapeutique en hôpital psychiatrique. Elle est devenue quelque peu marginale. Néanmoins elle semble connaître de nos jours un regain d'intérêt. L'utilisation du **Hammam**, en particulier au Centre Hospitalier de Montfavet, s'avère un outil précieux, en termes de peau et d'interface, pour les psychotiques. De ce constat, nous fait part Daniel VIGNE, Psychomotricien.

Vous avez dit itinéraire? Mais itinéraire de qui ou de quoi? Par une réflexion sur les signifiants générés par le thème du colloque, Bernard PETIT, Cadre Infirmier du Centre Hospitalier de Montperrin, en resitue l'enjeu : itinéraires de psychotiques, ou tout simplement **itinéraire de patient**.

. Un groupe de travail de l'association avignonnaise CLEFS spécialisée dans l'approche systémique, nous propose un **brain storming** sur le concept de **psychose**, débouchant sur une question : peut-il exister un phare éclairant le navigateur qui risque de perdre son latin entre les divers outils conceptuels qui lui sont proposés?

. Avec Jean-Louis GAUTHIER, nous clôturerons ces actes du colloque. Pour ce Psychiatre Assistant au Centre Hospitalier de Montfavet, le **diagnostic de schizophrénie** est avant tout basé sur une rencontre, celle du médecin avec son patient. Pour s'autoriser à porter ce diagnostic, il y va de son propre itinéraire. Jean-Louis GAUTHIER est l'un des quatre fondateurs de la revue *Psy-Cause* et son message, son appel du coeur à l'humanisme, sera la conclusion de notre dossier.



ITINERAIRE D'UN PSYCHOTIQUE ÂGE

André Salomon COHEN
Praticien Hospitalier
Eliette UGHETTO
Surveillante

Jocelyne BARRE
Guylaine BOUTHORS
Véronique MASSE
Robert VIGNE
Infirmiers

Equipe du « Soustet », Unité de Gériopsychiatrie ⁽¹⁾
Secteur Bollène, Vaison, Valréas
(84 G 07)

*Le temps ne fait rien à l'affaire,
inexorablement à chaque moment,
la réalité psychique joue sa partition.*

*Le chef d'orchestre agite ses grands bras dans le vide.
Il avait donné le tempo avec sa baguette.
Mais, voilà déjà qu'il est emporté par le rythme endiablé de la musique.
Il ne sait pas qui regarder : Chacun des solistes de l'orchestre ?
Les notes qui s'enchaînent une à une en synchronie sur plusieurs portées ?*

Et l'heure qui tourne...

C'est une gageure de jouer les chefs d'orchestre d'une équipe de psychiatrie où la singularité par essence domine. Mais, quand la partition est écrite à partir du discours d'un psychotique, alors là, c'est franchement une folie.

Mais : Place à la parole de chacun !

Puisqu'il est question d'itinéraire psychotique, donnons l'étymologie de ce mot. Itinéraire vient du latin Iter, Itineris = Chemin qu'on fait, trajet, voyage. Concrètement, signifie aussi route, chemin (synonyme de Via = route, chemin). Le Littré donne comme définition, indication du chemin d'un lieu à un autre. Par extension, indication de tous les lieux par où l'on passe pour aller d'un lieu à un autre.

L'hébreu insiste sur la différence entre l'errance et le voyage en jouant sur les lettres. Errer se dit NAHA, voyager NASA. L'apparition du S (le samech) oriente le mot vers la dimension de tradition. Le voyage essentiel, que propose la tradition hébraïque, est d'aller vers soi-même, de s'accomplir. En Hébreu, le chemin se dit Dereck. Dans ce mot, nous trouvons les notions de porte à passer, d'accomplissement et de temps vital.

*Donc, le Soustet, lieu de passage entre la souffrance psychotique et quelque chose qui vise à l'accomplissement du sujet.
On se souvient de la formulation de Freud "là où c'était, je dois venir".*

Dr A.S. Cohen.

⁽¹⁾ Le Soustet, 18 rue Ernest Renan, 84110 Vaison la Romaine, Tél 04.90.28.83.33

A - Itinéraires de Soignants

Histoire d'un parcours : "le Soustet"

Véronique MASSE
Infirmière

En 1985 : Création du 7ème Secteur.

C'est grâce à l'initiative du Docteur Paul Court, Médecin Chef de ce Service de 1985 à 1994 que l'Unité de Géro-psycho-geriatrie "le Soustet" a été conçue. En 1987, une équipe de neuf infirmiers volontaires s'est formée autour d'un projet commun : il s'agissait d'ouvrir une structure extra-hospitalière "à dimension humaine" adaptée aux besoins de la population locale et apportant une réponse originale à la prise en charge des personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques. Ce projet (soigner au plus près de leurs lieux de vie les utilisateurs du service public) s'inscrivait tout à fait dans la loi de la sectorisation.

Durant les trois années qui ont précédé sa sortie "hors les murs", l'équipe pluridisciplinaire a défini des objectifs de soins, expérimenté un fonctionnement autonome, multiplié ses axes de réflexion. Le Docteur Court insistait alors sur le caractère humain d'une telle structure (limitation du nombre de lits, relation étroite avec les partenaires sociaux des localités, lieu adapté et convivial...)

En 1990 : ouverture du Soustet (nom provençal qui signifie passage couvert, abri à Vaison-La-Romaine. Le choix du lieu a été fait par l'équipe. Le Soustet est situé dans une maison bourgeoise, au coeur de la ville. Le C.M.P. y a transféré ses locaux au rez-de-chaussée, cette même année.

Cette Unité propose dix lits d'hospitalisation à temps plein et un accueil en Hôpital de Jour

Elle admet, à la demande des institutions ou des familles, et après consultation préalable avec le Médecin psychiatre de l'Unité, des personnes âgées présentant des troubles du comportement (agitation, dépression, agressivité, épisodes confusionnels, recrudescence d'idées délirantes...) incompatibles avec le maintien à domicile ou en milieu substitutif.

Après la phase aiguë, l'atténuation et quelquefois la rémission des troubles, le patient regagne soit son milieu d'origine, soit une structure mieux adaptée à ses besoins. Tout d'abord au service de la population vaisonnaise, le Soustet a, peu à peu, ouvert ses portes aux secteurs de Bollène et Valréas. La proximité du sud de la Drôme et de la région d'Orange nous amène aussi à prendre en charge des patients domiciliés sur ces secteurs géographiques.





Après l'étape d'élaboration du projet, la réalisation et sept années de fonctionnement, quelques constats :

Est-il toujours nécessaire de démontrer l'intérêt :

. D'une petite structure ?

La relation soignant-soigné est favorisée, les patients se repèrent mieux, l'implication dans le travail est moins anonyme, l'aspect convivial est renforcé...

. De la proximité du lieu de vie des patients ?

Elle permet de maintenir des liens avec l'environnement social et familial, facilite la reconnaissance du lieu de soins par la population locale, la prévention et le suivi. Par conséquent, réduit le temps d'hospitalisation.

. D'un mode de fonctionnement autonome ?

Le soignant travaillant sur trois amplitudes appréhende mieux les difficultés du patient, la gestion du planning faisant appel à l'implication de tous, la prise de conscience de la responsabilité dans le travail et l'esprit d'équipe sont favorisés...

Ces éléments (dont la liste n'est pas exhaustive) participent à la dynamique de la structure, donc à son évolution.

Actuellement,

- nos interventions à l'extérieur de l'Unité augmentent : visites à domicile, accompagnements, rencontres avec les personnels des institutions locales.
- la politique intersectorielle offre de nouvelles perspectives de travail : par exemple, hospitalisation d'un patient du 2ème Secteur au Soustet puis relais en hospitalisation de jour aux Charmilles à Orange.

Au cours des séminaires, temps de réflexion et de formation, l'équipe fait le bilan de ses actions.

A l'heure où la nécessité de multiplier les alternatives à l'hospitalisation s'impose, nous tentons de proposer des réponses toujours mieux adaptées à la demande et aux besoins de la population soignée : Pourquoi pas un appartement associatif ?

L'itinéraire se poursuit, celui des soignants et celui des soignés qui ont parcouru ensemble le chemin qui va des murs de l'asile à la cité.

B - L'histoire de Mme C..., un délire de persécution tardif à 77 ans

Eliette UGHETTO
Surveillante
Jocelyne BARRE
Infirmière

Madame C. née en 1911 (86 ans) a été hospitalisée en psychiatrie la première fois en 1988 à l'âge de 77 ans à la suite d'une T.S. (absorption médicamenteuse + alcool).

Madame C., divorcée, un fils marié qu'elle n'a pas vu depuis trente ans suite à une dispute avec sa belle-fille. Remariée, insatisfaite par sa vie de couple, son deuxième mari, dix ans plus jeune qu'elle ("elle était pour lui une mère pas une épouse", dit-elle).

Banquière, puis commerçante, a beaucoup investi dans son travail jusqu'à 73 ans, portant beaucoup d'intérêt à l'argent qu'elle utilisait un peu comme monnaie d'échange : d'abord pour ses parents pauvres pour qu'ils élèvent son fils... pour acheter les sentiments : "On m'aimait parce que je donnais..." pour être convoitée : "Ma belle-fille en voulait à mon argent, mes bijoux et ma garde-robe..."

En 1985, décès de son mari ; six mois après, elle quitte précipitamment le sud-ouest, la nuit de Noël, vivant isolée, craignant une agression. Elle demande asile au Foyer Logement de Mollans qu'elle connaissait pour y être venue en vacances.

A développé progressivement un délire, se fixant sur un couple de résidents : idées d'influence, de transmission de pensées "ils sont au courant de tout ce qui la concerne, lui veut du mal, envisagent de la tuer".
Raisons qui motivent sa T.S..

Délire bien délimité permettant une vie adaptée avec persistance d'un bon contact avec la réalité.

Retour au Foyer Logement après un mois et demi d'hospitalisation.

Par la suite, a été réhospitalisée neuf fois dont plusieurs passages au Soustet. Se sent protégée, sécurisée en milieu hospitalier, fait confiance au Docteur, montre son attachement aux infirmiers et à l'institution.

Refuse avec véhémence l'idée d'un placement en Maison de Retraite.

A beaucoup de volonté, use de beaucoup d'énergie et s'accroche profondément à son studio, au Directeur et aux résidents, à l'équipe médicale qui la soutient et qui sert de médiateur dans la vie de tous les jours. Le maintien à domicile est à "fil tendu" après les passages au Soustet : coup de fil, visite du médecin et d'un infirmier une fois par semaine, rencontres multiples avec la Directrice qui angoisse et voudrait la mettre à l'abri du regard des autres résidents. On lui apporte volontiers un plateau dans sa chambre pour l'éloigner de la salle à manger et ne pas se risquer à des propos délirants qu'elle maîtrise mal à certains moments...

Culpabilité importante à propos d'un enfant, du décès de sa soeur dont elle se croit responsable.

Culpabilité importante sur sa vie sexuelle "ses fautes sexuelles", "entend son fils la traiter de putain". Évoque un délire érotomane avec le mari de la Directrice qui était lui Directeur de l'Établissement précédent "ça a duré treize ans, je l'aime comme un fils, mais il m'aime comme une femme..."

Ces propos gênent beaucoup la Directrice mais n'angoissent pas particulièrement les résidents qui semblent indulgents et acceptent facilement de renouer avec elle des habitudes : visites quotidiennes chez Mme C., petites collations, petits services et surtout marques d'affection "tout le monde m'aime beaucoup et m'embrasse..."

A ce jour, le problème interprétatif de Madame C. reste en équilibre fragile mais le regard de son environnement est autre.

C - Itinéraire d'une schizophrène La vie est un long fleuve (pas si) tranquille

Guylaine BOUTHORS
Robert VIGNE
I.S.P. au Soustet

A la lecture de son dossier médical, A. aurait du suivre l'itinéraire tout tracé d'une psychose déficitaire : *Troubles importants au jeune âge, hospitalisation au long cours durant sa vie, puis déclin des symptômes, la vieillesse arrivant, enfin dernier placement dans une institution non spécialisée.* Or, une dernière hospitalisation survient au cours de ce "long fleuve tranquille" dans un contexte assez rejetant de son entourage.

Nous nous proposons :

- D'analyser ce carrefour particulier de sa vie :

- . En reprenant sa biographie.
- . En exposant ses troubles à ce moment là.
- . En découvrant le lieu et surtout les acteurs de cet épisode.

- De discuter de la tolérance à certains troubles chroniques et de la pression extérieure par ce que révèle la psychose dans un monde névrosé.

Pendant trente ans, A. connaît la vie asilaire, elle est aujourd'hui âgée de presque 70 ans.

A. souffre de schizophrénie de forme régressive, diagnostic posé lors de son entrée au C. H. Montfavet en 1956. Elle vient de se montrer particulièrement agressive et menaçante envers sa famille. Elle a 29 ans.

Les années passent.

Dans le Service, A. apaisée, vit en retrait du monde, des émotions, des autres. Communiquant avec le personnel soignant aux moyens de signes et autres mimiques.

A. vient d'avoir 60 ans. L'administration coiffant son bérêt social rappelle que voici venu le temps de la retraite (! ?) et qu'A. doit quitter l'Hôpital pour la Maison de Retraite.

En 1988, c'est chose faite : A. quitte "les Alpilles" au C.H. de Montfavet pour la Maison de Retraite de B. L'expérience durera deux ans ; à l'issue desquels A. est devenue indésirable car agressive de nouveau avec les autres pensionnaires. A. quitte donc la maison de retraite de B. pour réintégrer "les Alpilles".

C'est l'impasse.

Puis, il est tenté une nouvelle expérience à partir du Soustet (Cf. Article "Itinéraire de soignants" in Psy-Cause).

Durant ce temps d'observation et de soins, A. poursuit sa route et au 18, de la Rue Renan, elle ramasse les bouts de fil, de papier et autres grains de poussière. Elle continuera à ramasser et jeter tout ce qui dérange son univers à la Maison de Retraite de V. qui héberge désormais A. Là d'ailleurs A. s'enhardit. Elle sort et se promène dans la ville et, itinéraire faisant, elle ramène des prospectus trouvés dans la rue. Rapidement, elle se passionne pour le courrier si tentant qui dépasse des boîtes aux lettres.

A. a donc perdu tout comportement agressif, mais un symptôme demeure : A. va ramasser le courrier dans les boîtes aux lettres, comme elle ramasse tout petit papier, cheveux et poussière. *(Il s'avérera durant l'observation au Soustet que son trouble obsessionnel l'incite plutôt à ramasser tout petit papier soit les étiquettes des journaux et enveloppes).* Ce comportement n'est pas sans poser de problème au sein de la petite ville de V.

L'équipe de la Maison de Retraite y trouve une solution pertinente : elle redistribue le courrier "volé" aux personnes qui viennent le chercher à la Maison de Retraite. De plus, elle en parle à l'équipe psy avec laquelle la collaboration est régulière. Le médecin et la surveillante du Soustet, attentifs aux désordres que pourrait causer A. et, dans le but de préserver son maintien à la Maison de Retraite, rencontrent le receveur des postes de V. Celui-ci ne semble pas préoccupé, d'ailleurs, il explique à l'équipe qu'il rencontre des tas de comportements bizarres tel ce Monsieur qui vient chaque jour arracher une page de l'annuaire mis à la disposition du public.



Tout fonctionne donc bien :

Le courrier passe du facteur aux boîtes,
des boîtes à A.
de A. à la Maison de Retraite
qui le redistribue aux destinataires.

Jusqu'au jour où :

A. emporte les vaccins déposés devant le cabinet du vétérinaire.

Le système se grippe.

En effet, la pharmacie de V. procède de même avec ses livreurs qui déposent certaines commandes devant la porte.

Si A. prend les médicaments.

Si la responsabilité de la Pharmacienne est engagée.

Si on met en cause les responsables de la Maison de Retraite.

Si les gens de la ville viennent se plaindre.

"D'ailleurs ils viennent déjà chercher leur courrier à la Maison de Retraite".

Panique à bord !

A. est hospitalisée en urgence avec sentence de NON-RETOUR.

(Que va-t-on penser de la manière dont on s'occupe des pensionnaires ? Comment les gens de V. vont engager notre responsabilité si quelqu'un vient se plaindre ?).

Lors de la séance de travail, la responsable de la Maison de Retraite de Cabannes nous dira tout simplement : *"Nous attendons que les gens viennent se plaindre, personne n'est jamais venu, pourtant nos pensionnaires ont aussi de gros troubles susceptibles de déranger l'opinion publique, tel ce patient qui se déculotte régulièrement un peu n'importe où."*

- Les gens de V. ont continué quelques temps de venir voir s'ils n'avaient pas du courrier à la Maison de Retraite.

- A. a trouvé une **autre** place dans une Maison de Retraite, dans une **autre** ville

- D'autres patients qui circulaient dans V. sont partis au Soustet en vue d'un placement ailleurs.

- La vie continue à V.

Mais le débat a été ouvert lors des journées de Psy-Cause :

Pourquoi ne pas renvoyer le courrier directement à la poste ?

Pourquoi intervenir avant et devancer les plaintes ?

Pourquoi laisser faire A. ?

Une brève allusion à "la lettre volée" de Lacan.

C'est en pointant le doigt sur les dysfonctionnements de la collectivité, qu'A. s'en est mise au ban.



LA LETTRE OU LE NEANT



D -Itinéraire d'un déprimé chronique

Dr A.S. Cohen

Le trajet de Mr B. âgé de 72 ans est constellé d'épisodes dépressifs. Le dernier a duré six mois, au Soustet, et présentait une allure mélancoliforme.

On peut repérer dans son itinéraire une symptomatologie en relation, d'une part à la perte, et, d'autre part, à des points d'identifications.

Son enfance est fragilisée par des problèmes pulmonaires et une scoliose. Cela donne libre cours à l'amour possessif de sa mère. Déjà, il fréquente les milieux médicaux.

Première dépression à 33 ans, à la suite d'une rupture sentimentale avec une femme. Nouvelle dépression, dix ans plus tard, à la suite du décès de sa mère.

En 1990, dépression à la suite de la vente de sa maison.

Enfin, en 1996, un premier séjour bref au Soustet, en août, puis une hospitalisation plus longue de décembre 1996 à mai 1997.

Mr B. vient de sortir du Soustet pour être placé dans une maison de retraite proche de son domicile.

Premier aperçu d'un itinéraire:

Deuxième aperçu : les points d'identification

Son père est décédé d'un cancer intestinal. On note que la symptomatologie de Mr B. est très bruyante. *Sa mère* nous est décrite comme dépressive, psychasthénique, etc.... Même itinéraire chez Mr B.

De son itinéraire au Soustet, on retiendra :

- 1) Que *sa crise* a débuté par un cauchemar : il rêve qu'il est guéri.
- 2) *Une anorexie* tenace et grave liée à un syndrome de Cottard. Perte de poids spectaculaire mettant en jeu le pronostic vital.
- 3) *Une agressivité* terrible vis-à-vis d'autrui avec son retour implacable.

. Mise en échec en permanence des médecins à qui il offre ses symptômes en martyr de la médecine

. En retour : le supplice chinois.

Chaque soir, il nous fait une crise d'angoisse en nous suppliant de ne pas le mettre "dehors à poil" dans la froidure de l'hiver.

- 4) *Une symptomatologie dépressive* très marquée chez lui. Tristesse profonde, repli sur soi, ralentissement psychique et moteur etc.....

5) *Un passage extrêmement difficile au moment de Noël*, à un moment où sa mort était annoncée pour lui, mais aussi pour l'entourage familial. Cela a multiplié notre sollicitude à son égard.

- 6) Ce cap difficile passé, notre patient va reprendre, d'une manière très lente, un rythme de vie acceptable pour tous.

Si bien qu'au mois de mars, on commence à envisager un placement en maison de retraite à proximité de son domicile.

Au moment du passage de la porte vers la sortie - passage qui a duré deux mois - on peut noter deux épisodes importants :

- 1) "Ici, c'est Buchenwald" me dit-il, en me montrant son corps décharné.

Moi, du tac au tac :

"Eh oui, et moi je suis un tortionnaire Nazi... pour un médecin juif, ça ne manque pas de sel..."

Il se rend compte alors de l'agressivité de ses propos, et se confond en excuses.

- 2) Deux visites successives dans sa ville d'origine accompagné par deux infirmiers du Service

Lors de la première visite, il est complètement perdu et n'arrive pas à retrouver le chemin de sa maison.

Lors de la deuxième visite, il retrouve ses repères et ses points d'intérêts et commence à faire la différence entre les lieux et les personnes.

Pour conclure ce moment d'itinéraire, nous dirons que Mr B. continue à venir nous voir, une fois par semaine, au Soustet. Par ailleurs, nous maintenons un contact régulier avec lui par des "V.A.D. infirmières".



VINCENT RESTE, LES MEDECINS PASSENT. TRENTE ANS PLUS TARD : BASILE

Emmanuelle DERMENGHEM
Médecin Assistant ⁽¹⁾
Secteur Aix-Nord, Pertuis
(13G18)

I - INTRODUCTION

Vincent est né en 1938 à Bucarest, de parents grecs, et est hospitalisé depuis 30 ans à Saint Alban sur Limagnole (Lozère).

Voyons d'abord la véritable histoire et son itinéraire : géographique et psychiatrique, ses rencontres avec les psychiatres et avec leurs traitements.

Puis nous essaierons d'imaginer quel aurait pu être son itinéraire s'il était né 30 ans plus tard et s'il avait rencontré la psychiatrie des années 1990 plutôt que celle des années 1960.

Si la nécessité de respecter le destin de Vincent contre indique une telle démarche, elle peut se justifier par l'approche des itinéraires proposés aux psychotiques au cours de ces 2 époques.

Mais voici Vincent que j'ai rencontré en octobre 1994 à Saint Alban.

Il aura bientôt 60 ans et cela fait 30 ans qu'il vit à Saint Alban sur Limagnole où il est hospitalisé pour une schizophrénie hébéphrénico-catatonique ; 60 ans, l'âge de la retraite. Mais prend-on sa retraite de schizophrène ? Serait-on tenté de dire tant Vincent semble jouer loyalement son rôle de schizophrène depuis plus de 30 ans.

Son attitude courbée, son air accablé, ses arrêts au milieu de la route, sur le chemin de la cantine, ses blocages sur le pas d'une porte que l'on voudrait fermer, son ambivalence paralysante, sa parole hachée, saccadée, son jeu verbal continu, ses vociférations fatigantes, ses grimaces théâtrales lorsqu'on lui demande de se taire, son négativisme, ses plaintes corporelles délabrantes, son destin qui ne tient pas, son rire parfois aussi...

Je crois pouvoir affirmer que Vincent a marqué (et peut être séduit) les nombreux médecins qui l'ont rencontré... moi la première !

II - LA VRAIE HISTOIRE DE VINCENT

Il est né à Bucarest en juin 1938 (sous la dictature de Carol II).

Il est fils unique et suit une scolarité normale à l'institut français de hautes études de Bucarest.

En 1950, alors qu'il a 12 ans, ses parents quittent la Roumanie pour Paris (Boulogne sur Seine plus précisément). Il continue sa scolarité à l'école « Notre Dame » à Boulogne sur Seine. Il apprend aussi à jouer du piano et atteindra un bon niveau (valse de Chopin).

En 1958, à 20 ans après le baccalauréat, il entre à « l'Académie Commerciale » (ainsi que la nomme sa mère) : prépa HEC sans doute. Il n'y reste que 3 ou 6 mois.

⁽¹⁾ Centre Hospitalier Montperrin, 13617 Aix-en-Provence Cédex 1, Tél 04.42.16.16.79

En 1959, il est hospitalisé en psychiatrie pour la 1^{ère} fois à 21 ans à Bucarest (dors d'un retour en Roumanie pour des vacances? L'histoire ne le dit pas). Electrochocs et insulinothérapie sont notés dans le dossier.

En 1960, il est hospitalisé une deuxième fois en psychiatrie, à l'Hôpital Sainte Anne cette fois, et en placement volontaire. Les observations notent un **flou de la pensée, un fléchissement dans le rendement scolaire depuis 2 ans** ; puis **incurie, projets insolites** (veut devenir chef d'orchestre).

Rapidement, la famille de Vincent est perçue comme **hyperprotectrice, envahissante, pesante**. Plus tard, le Docteur D. (service du Docteur Bonnafé à Perray Vaucluse) écrira **« la mère est une des plus extraordinaires mère de schizophrène que l'on puisse observer »**.

Un diagnostic de schizophrénie hébéphrénique et délirante est posé.

De 1960 à 1962, il est hospitalisé plusieurs fois à Sainte Anne ou à Perray Vaucluse à Epinay sur Orge. Des tentatives de reclassement professionnel échouent.

En 1962 alors qu'il a 24 ans il entre dans une phase de catatonie. On observe **« incurie, perte de l'initiative motrice »** (Docteur W., service du Docteur Bonnafé). Il s'y trouve encore lorsqu'en 1963 le Préfet de Police du 5^{ème} Bureau écrit au Directeur de l'Hôpital afin de rappeler que Vincent (ainsi que ses parents d'ailleurs) fait l'objet d'une mesure d'expulsion du territoire français depuis le 31 août 1962.

Un certificat médical est demandé afin de préciser si l'état de santé de Vincent lui permet de quitter la France.

De 1963 à 1967, Vincent est hospitalisé sans interruption, que ce soit à Sainte Anne ou à Perray Vaucluse (des questions de surcharges pavillonnaires sont invoquées). Vincent traverse des périodes de catatonie de plus en plus inquiétantes, malgré les traitements.

Enfin en 1967, le Docteur B. (Perray Vaucluse) écrit : **« ce malade est actuellement complètement incohérent, négativiste, délirant, au point que son état somatique est menacé. Sa mère vient le voir régulièrement sans qu'il soit possible de l'en empêcher à cause de sa violence et de son insistance. Son rôle pathogène est tel qu'il devient indispensable de les séparer »**.

Le Docteur B. demande alors que Vincent soit reçu à Saint Alban.

Il semble important de noter que c'est sans doute à cette période que le père de Vincent est décédé.

C'est donc à 29 ans en 1967 que Vincent sera accompagné par 2 infirmiers à Saint Alban. Le Docteur Racine est alors médecin-directeur.

Vincent aura-t-il été pour autant séparé de sa mère?

Géographiquement sans doute.

Vincent n'est jamais retourné en Grèce, ni en Roumanie.

Sa mère, par contre, est rentrée vivre en Grèce dès 1975 et viendra chaque année à Saint Alban rendre visite à son fils : visites décrites comme pénibles pour lui et pour l'équipe de soin ; elle court après son fils avec des friandises, du lait concentré, elle lui coupe sa viande ; Vincent finit parfois par la gifler.

Le reste de l'année, un courrier ⁽¹⁾ impressionnant et répétitif est échangé entre sa mère et lui mais aussi entre la mère de Vincent et les médecins qui se succèdent à Saint Alban. Vincent y reste malgré une nouvelle intervention du Préfet de Police en 1968.

(1) Quelques citations de lettres de la mère :

1968 : « La solitude me tue et la séparation avec mon fils (N.B. : le père est mort). Ah! partir en Grèce avec lui ».

« Boire du lait le matin (...) le lait pour fortifier le cerveau ».

1975 : « D'où vient sa mauvaise humeur? de sa constipation ? ».

« Je vous prie, ne lui dites pas que je ne viendrai pas le voir, je ne veux pas l'attrister ».

1983 : « Tu m'as dit que tu souffres de la faim la nuit. N'oublie pas de prendre un morceau de pain dans ta poche la nuit ».

Ainsi l'état de santé de Vincent n'a jamais permis son expulsion du territoire français... (à moins que ce soit son rapprochement maternel ?!).

Drôle d'itinéraire : de la Roumanie à Saint Alban où il s'est arrêté, en passant par Paris et malgré un avis d'expulsion du territoire français

Sa « sortie de la schizophrénie » l'aurait-elle ramené en Roumanie?

Vincent a d'abord rencontré la psychiatrie en Roumanie puis en France.

Il a rencontré de nombreux psychiatres : Docteur Bonnafé, Docteur Lanteri-Laura, Docteur Denicker, Docteur Daumezon dans la région parisienne, Docteur Bonabesse, Docteur Racine à Saint Alban... Il est tentant de rapporter certaines paroles de Vincent concernant les médecins qui le soignent : « *ce con de X, il est complètement cinglé de me faire des traitements pareils* ». L'infirmier présent lui demande alors « *pourquoi ne lui dis-tu pas* ». Réponse de Vincent : « *parce que chaque lundi, j'espère et souris car je crois qu'il va réviser mon traitement* ».

Et c'est à moi qu'il dira un jour : « *Pourquoi vous me faites des packs?... on n'est pas à Pâques* »!

Vincent a rencontré aussi des infirmiers et en particulier l'infirmière Rosa dans le cadre d'un maternage qui devint le sujet d'un livre écrit avec le Docteur Racine.

Vincent a traversé de nombreux traitements. J'ai déjà cité les électrochocs et cures de Sakel mais aussi Largactil, Réserpine, Melleril, Haldol et d'autres encore jusqu'au Leponex en 1992 qui fut arrêté en 1994. Des fenêtres thérapeutiques aussi.

Peut-on dire qu'il a bénéficié de la psychothérapie institutionnelle, participé aux fêtes, aux représentations théâtrales, aux séjours de vacances à la mer, à l'ergothérapie, au travail dit thérapeutique sous forme de poterie?

Il a joué du piano, un Pleyel maintenant désaccordé et un peu oublié dans une pièce pleine de courants d'air.

Choquerais-je si je dis qu'il a échappé en 1965 à une intervention de psychochirurgie proposée par le Docteur Denicker?

J'ai surtout envie d'insister sur la tentative (désespérée?) de séparer Vincent de sa mère, ce qui fut clairement présenté comme étant une mesure thérapeutique⁶⁰

En 1996 sa mère lui écrit encore : « *Est-ce que tu te nourris mieux? Malheureux destin qui fut le nôtre. Il fut un intelligent garçon, toujours parmi les premiers de la classe. Je ne sais pas si tu te nourris assez pour fortifier ton cerveau* ».

Depuis 4 ans, elle ne peut plus venir le voir car elle est trop âgée, mais elle écrit toujours les mêmes lettres.

Lui, propose de lui envoyer des chrysanthèmes sur sa tombe lorsqu'elle sera morte et le lui écrit.



⁶⁰ En 1967 (il est à Saint Alban depuis 1 mois), il dit alors qu'on le trouve tout recroquevillé sur son lit : « *vous comprenez, je ne suis pas encore né, je suis dans le ventre de ma mère* »

III - ET SI VINCENT ETAIT NE 30 ANS APRES : BASILE

Pour imaginer cet hypothétique itinéraire, ce seront les histoires de patients rencontrés actuellement qui nous serviront de canevas.

Notre hypothétique psychotique pourrait s'appeler Basile.

Il serait né en 1968 à Bucarest sous le gouvernement de Ceausescu (chef d'Etat dès 1967, puis président de la République en 1974) dont on peut dire qu'il s'agissait d'une dictature.

En 1972 alors qu'il n'a que 4 ans, ses parents quitteraient la Roumanie pour des raisons politiques vers Paris.

Scolarité dans une école de Boulogne sur Seine. Piano au Conservatoire.

En 1986, réussit le bac C et entre en prépa HEC à Givette.

En 1987, 19 ans. 1ère hospitalisation en placement volontaire : hallucinations, propos incohérents et diffluents, agressif vis-à-vis de ses parents. On évoque le diagnostic de bouffée délirante. Levée du P.V. au bout d'un mois après un traitement par Haldol et Nozinan.

Basile tenterait de reprendre ses études avec l'idée de présenter des concours de moindre difficulté. Admissible dans une école de gestion, il est recalé à l'oral fin juin 1987. Cet échec sur un surmenage provoque une rechute délirante qui impose une réhospitalisation à Sainte Anne, où un traitement par Haldol fait rapidement céder la symptomatologie observée à l'entrée. Mais, apparaît ensuite un comportement catatonique vite inquiétant qui semble aggravé par les visites de ses parents et de sa mère plus particulièrement.

En 1988 alors qu'il aurait 20 ans et qu'un traitement par Pipartil à faible dose est débuté dans un objectif de désinhibition et ce avec un relatif succès, les parents de Basile décident d'aller habiter Pertuis, attirés par un climat plus méditerranéen.

Les médecins de Sainte Anne contactent donc les médecins de l'Hôpital de Montfavet afin d'organiser le suivi de ce jeune patient schizophrène.

Mais, la mère de Basile prétend s'occuper elle-même de tout et de son fils en particulier, avec le passif accord de son mari.

Fin 1988, Basile est réhospitalisé à Montfavet en urgence en P.V. à la suite d'un passage à l'acte agressif sur sa mère qu'il a fait tomber en la giflant. Le père, malade, n'a pas pu s'interposer. Au cours de cette hospitalisation, les médecins rencontrent régulièrement les parents de Basile, reconstituent son histoire avec lui.

Début 1989, les relations de Basile avec ses parents permettent d'envisager une hospitalisation de jour à Pertuis avec retour chez ses parents le soir.

Pendant 2 ans et demi, cela fonctionne bien ; Basile n'est hospitalisé que 2 fois 15 jours à l'occasion de courtes décompensations. Un traitement par Solian 200 (10j) semble lui convenir. Il rejoue du piano. Le placement volontaire a été transformé en H.D.T. avec sortie d'essai.

Fin 1991, l'Hôpital de Jour de Pertuis ferme sur décision du responsable institutionnel... pour cause de chronicité. Il se transforme en CATTP aussitôt. Basile s'y inscrit logiquement et il paraît alors logique aussi de lever l'H.D.T. car le fonctionnement d'un CATTP s'accommode mal d'une obligation de soin.

1992, Basile continue à se rendre au CATTP de Pertuis.

Mais sa mère se plaint que les activités qui lui sont proposées sont trop chères (il est clair que c'est un prétexte).

Courant 1993, il ne vient plus au CATTP.

Juin 1994, il aurait 26 ans. Basile est hospitalisé en urgence (H.D.T.) à Montfavet. Il est catatonique, maigre, ne quitte plus son lit. Il s'avère qu'il ne prend plus son traitement depuis longtemps. Sa mère le nourrit à la petite cuillère. L'hospitalisation s'éternise. La mère de Basile se plaint que Montfavet est loin de Pertuis et qu'elle ne peut pas venir voir son fils souvent.

Le médecin envisage une thérapie familiale mais l'éloignement relatif des parents oblige à renoncer à ce projet.

Septembre 1995, les hasards de la re-sectorisation entraînent le rattachement de Pertuis à l'Hôpital Montperrin d'Aix en Provence. C'est l'occasion de rapprocher Basile de ses parents.

Basile est alors hospitalisé à Régis Emmanuel dans le secteur 18. Cette fois-ci il paraît envisageable de proposer une thérapie familiale dont les parents acceptent le principe à la grande surprise de l'équipe soignante.

Mais en décembre 1995, le père de Basile meurt brusquement. La thérapie familiale est à l'eau.

Alors que l'état de santé de Basile s'améliore et devient compatible avec une sortie du temps plein, la mère de Basile refuse de le recevoir chez elle bien que l'appartement qu'elle occupe soit à son nom à lui.

Du coup, un projet d'appartement associatif avec hospitalisation de jour est mis en place. Pendant 6 mois, cela fonctionne cahin-caha. Mais, fin 96 Basile est réhospitalisé devant la constatation de son apragmatisme majeur et de son inhibition, finalement incompatibles avec le maintien d'un tel projet qui demande plus d'autonomie.

Devant son état très inhibé, Estel, l'interne du pavillon, suggère début 97 un traitement par Leponex qui est accepté par Basile.

Au bout de quelques mois Basile va mieux, il rejoue du piano, va à la sociothérapie, participe à l'atelier théâtre du 3 bis F (lieu d'art contemporain à Montperrin).

C'est alors qu'un avis d'expulsion du territoire français frappe Basile et sa mère. L'état de santé de Basile s'oppose à son départ. Sa mère, par contre retourne en Grèce.

L'état psychiatrique de Basile se stabilisant dans un déficit relatif, devient compatible avec une inscription dans un foyer occupationnel.

Sa situation sociale régularisée, il obtient à 34 ans une place dans un foyer occupationnel de Marvejols en Lozère, ceci après une longue attente et des tentatives infructueuses dans les Bouches du Rhône et le Vaucluse pour cause de saturation de telles structures.

C'est à Marvejols que Basile vivrait alors 9 ans sans problème majeur. Sa mère viendrait le voir chaque été, entraînant à chaque fois une certaine tension chez son fils.

A 43 ans, une période de clinophilie avec amaigrissement allant jusqu'à la catatonie inquiète beaucoup l'équipe du foyer de Marvejols qui envisage de l'hospitaliser en psychiatrie à l'Hôpital Tosquelles... à Saint Alban.⁶⁰

Et soudain, je m'aperçois qu'on serait en 2012 et qu'à cette date, je ne sais pas s'il y aura encore des psychiatres à Saint Alban... s'il y aura encore un Hôpital Tosquelles à Saint Alban.

⁶⁰ L'hôpital Tosquelles a été baptisé le 15 juin 1995 en présence de Madame Tosquelles et de ses enfants.

IV - CONCLUSION

Au delà de la fantaisie qui consiste à ré-inventer un itinéraire pour Vincent, j'avais envie de mettre en évidence à quel point l'itinéraire d'un psychotique est sans doute pré-établi en fonction d'une époque et en fonction de choix thérapeutiques.

Cela change-t-il pour autant le destin des psychotiques?

Je ne me risquerai pas à répondre ; c'est d'ailleurs pourquoi j'ai choisi de faire arriver Basile au même point dans la fiction que dans la réalité. Je n'ai pas voulu changer son destin ; c'eût été présomptueux !

Il y a encore 40 ans, l'attitude thérapeutique et peut être aussi sociale, c'était de séparer le malade de sa famille... comme on coupe une branche malade, sorte de protection du malade... de la famille.

Actuellement, on tendrait plutôt à maintenir les liens familiaux ; à soigner à proximité du domicile ; c'est sans doute ce que l'on aurait essayé de faire en proposant une thérapie familiale.

Autrefois, il y avait l'ergothérapie, le travail thérapeutique dont certains ont dit qu'il était une exploitation bien pensante des malades mentaux?

C'était aussi l'hôpital village, l'hôpital dans le village, la psychothérapie institutionnelle (avec Saint Alban comme phare).

Maintenant, on prime la ré-insertion dans le monde du travail... à défaut c'est l'assistance par AAH, censée permettre l'insertion sociale.

Vincent et Basile ont-ils été privés par leur destin de schizophrène de leur propre histoire, voire de l'Histoire des peuples?

L'itinéraire d'un psychotique suit finalement l'évolution de la société et cela n'est bien sûr pas critiquable. Mais il s'agit bien d'un itinéraire pré-établi. Est-il possible de sortir des rails institués pour les psychotiques ? ... sortir du sillon ? ... délirer?

La fin de l'histoire imaginaire de Basile pose la question suivante :

- Y aura-t-il encore des lieux pour être fou et donc pour soigner la folie?
- Des lieux pour écouter les propres projets d'une personne qui délire?
- Prendre le risque de suivre plutôt que de précéder dans des itinérances a priori.
- Prendre le temps de restituer à un psychotique sa réalité psychique et son propre itinéraire.



BIBLIOGRAPHE VINCENT-BASILE

- BONNAFE Lucien : « Psychiatrie populaire ; par qui ? pour quoi ? »
Paris, l'ouverture psychiatrique, CEMEA, Scarabée 1981 (220 p)
- BONNAFE Lucien : « Désaliéner? Folie(s) et société(s) »
Toulouse, Presse Universitaire du Mirail (P.U.M.) (les chemins cliniques) 1991
(324 p)
- BONNAFE L., LACAN, EY, SYEN, ROUART :
« Le problème de la psychogénèse des névroses et des psychoses »
Paris, Desclée de Brower et Cie, 1950 (Bibliothèque neuro psychiatrique de
langue française) (220p)
- DALLE Benoit : « Traverser Sainte Anne »
Espaces psychanalytiques dans le traitement au long cours des psychoses.
Paris, Presse Universitaire de France (PUF) (les champs de la santé)
1992 (297 p).
- DENICKER Pierre: Précis de psychiatrie Clinique de l'adulte.
Masson, 1989, (648 p).
- GENTIS Roger: « Traité de psychiatrie provisoire »
Paris, cahiers libres 318,319
Librairie F. Maspéro, 1977 (224 p)
- LANTERI-LAURA Georges : « Les hallucinations »
Paris, Masson, médecine et psychothérapie.
- LANTERI-LAURA Georges : « Histoire de la phrénologie »
Paris, Galien (PUF), 1970, (262 p)
- LANTERI-LAURA Georges : « Recherches psychiatriques sur le langage » (vol II)
Chilly-Mazarin, Ed. Sciences en situation, 1994 (228 p)
- LANTERI-LAURA Georges, GROS Martine : « La discordance »
Levallois-Perret, UNICET, 1984 (112 p)
- LEVERRIER Michel : « Demandes ... et psychiatrie de secteur »
Paris, Edition Epi, 1975 (158 p).
- RACINE Yves : « Introduction au maternage »,
Paris, C.E.M.E.A., Edition du Scarabée, 1972 (92p).



LE PSYCHOTIQUE ENTRE TERRITOIRES A PROPOS DE SOINS DANS UN CATTP SANS LOCAUX

Jean-Paul BOSSUAT
Médecin chef de Secteur
Marianne CECCARELLI
Infirmière

Jocelyne CHAGNY
Marie Lys GREGORI
Patrick VERDIE
Infirmier(e)s

Centre de Santé Mentale de Chateaufrenard ⁽¹⁾
Secteur Chateaufrenard, Saint Rémy de Provence
(13 G 18)

Prendre en charge des psychotiques dans une unité de soins « sans locaux », interpelle quant à une telle offre en terme de territoires chez des patients dont nous pouvons supposer qu'ils ont quelque difficulté à symboliser.

Paul Claude Racamier, à propos des schizophrènes, comparait les villes de Florence et de Sienne : Florence, ville ouverte médiatisée par l'économie ; Sienne, ville fermée constituée en une juxtaposition de territoires selon les diverses corporations. Florence est à l'image de la Névrose où le fantasme est la construction d'une relation à l'Autre médiatisée par le discours, le langage, l'invention d'un supposé désir de l'Autre avec lequel on peut composer, négocier. Sienne est à l'image de la Psychose où l'absence de triangulation produit des rapports frontaux, hors discours, hors médiatisation (forclusion du Nom du Père). Le territoire matérialise des frontières vis-à-vis de l'intrusion de l'Autre qui est invasive... et indispensable car sans le regard de l'autre, le psychotique n'est pas. Et par ce regard, il est menacé de ne pas être.

Cette idée de territoire soumise à un tel paradoxe relationnel, a conduit Jean Oury (dans II, Donc) à certaines conclusions sur le plan de stratégies institutionnelles. Comparant la relation Soignant-Psychotique à de la « Haute Tension », il prône la nécessité de fractionner le transfert sur plusieurs espaces thérapeutiques, ce qui débouche sur une « petite monnaie du transfert », terme métaphorique introduisant une dimension économique Florentine...

Peut-il exister un Sujet chez le psychotique, lorsque l'on n'est pas dans une dimension économique du lien social? Cette question fit l'objet d'un intéressant débat, ici même en Mars dernier, lors de la 9^{ème} journée avignonnaise de la Société de Psychiatrie de Marseille et du Sud Est Méditerranéen. René Pandelon évoquait les diverses stratégies du psychotique hors discours et hors lien social : le délire comme tentative de reconstruire le monde, son monde bouleversé par l'effraction de l'Autre ; le mort comme barrage radical à cette intrusion et paradoxalement comme moyen d'exister ; l'aliénation au discours du petit autre, par exemple au discours de l'infirmier qui propose un projet de réinsertion, lequel ne peut qu'échouer car cette aliénation est promise à un nécessaire évanouissement. Pour cet auteur, il existe une quatrième voie, celle de la création qui seule permettrait au psychotique de faire lien social. La création artistique dans un atelier, entraîne une reconnaissance par quelqu'un qui vient prendre acte de la valeur et de la réalité de l'oeuvre, cette dernière étant achetée, exposée ce qui réintègre de façon effective dans le tissu social. Cette approche conduite par l'auteur dans un atelier de création artistique, amènerait au constat qu'il y a du Sujet là où n'y avait que du psychotique aliéné.

⁽¹⁾ Secteur 27 des Bouches du Rhône, Centre Hospitalier de Montfavet, 84143 Cedex, Tel 04.90.03.92.76

Cependant, cette voie de la création a un aspect artificiel : ainsi l'oeuvre de Joyce n'a généré du Sujet à propos de l'écrivain, que par l'effet des lecteurs qui se sont intéressés à ses écrits et les ont commentés. Dans cet exemple, Jacques Lacan parle de suppléance, suppléance d'un méta-discours, au Signifiant forclo. Le drame de la psychose ne serait-il pas qu'elle ne crée rien, que c'est l'Autre qui crée en reconnaissant l'objet comme émergeant du psychotique, que le Sujet chez le psychotique ne serait qu'une création de l'Autre? S'agit-il alors stricto-sensu, d'un Sujet?

En d'autres termes, introduit-on le psychotique dans une forme de relation médiatisée par un objet créé, objet d'échange, d'une reconnaissance mutuelle dans un espace distancié? S'agit-il vraiment d'un échange en terme de lien social érigeant le psychotique en Sujet vis-à-vis de l'Autre, ou bien d'une simple prothèse aménagée par l'Autre, douve apaisante au pied de fortifications aussi utiles que nuisibles. **Faire exister le psychotique sans le détruire**, il y a là incontestablement un projet thérapeutique digne de considération.

A - Histoire du CATTP sans locaux

Un tel projet peut-il se concevoir au niveau d'une pratique de secteur? Nous nous proposons de l'aborder sous l'angle d'une expérience dictée par le Réel, celle d'un CATTP qui vient en place de suppléance par manque de territoire, de murs, à Chateaurenard.

Le secteur 27 des Bouches du Rhône est un cas de figure peu fréquent : le rattachement à un Centre Hospitalier ex-Spécialisé mais néanmoins psychiatrique, d'un secteur relevant d'un Hôpital Général. Après redécoupage par cession de Tarascon à Arles, l'ex secteur 22 est rattaché à Montfavet le 1er septembre 1995. Troisième secteur Montfavetain par sa population (65 000 habitants), mais tellement sous-équipé qu'il a les apparences d'une création, sa « mise à niveau » ne peut se faire sans un délai d'adaptation de son nouvel établissement hôte.

C'est ainsi qu'à Chateaurenard, principal centre urbain du secteur, il n'y a pas de locaux permanents pour une consultation. Or le petit nombre de lits mis à notre disposition (12) implique une présence importante sur le terrain.

Le sous secteur de Chateaurenard (32500 habitants) ne disposait en Septembre 1995 que d'une permanence accueil, de soins à domicile, de consultations (médecin, psychologue, assistante sociale), dans des locaux municipaux prêtés 2 jours par semaine. La permanence accueil s'est vite avérée insuffisante et une prise en charge plus importante s'impose pour des patients sortant d'hospitalisation ou traversant des difficultés psychologiques. L'ouverture du CATTP a eu lieu 6 mois après celle du 27 ème secteur, avec pour seuls moyens, un lieu d'accueil prêté par la mairie 2 jours par semaine, la motivation d'une équipe de soins, et un peu plus tard un téléphone portable, seul lien stable de l'équipe avec ses interlocuteurs.

Les indications sont posées par les soignants. Il n'est pas question d'autoprescription ni d'une formalisation destinée à dépsychiatriser sur le plan symbolique, le dispositif. Il s'agit de soins ... qui nécessairement se déroulent dans des lieux non repérables comme psychiatriques, situés dans l'infrastructure « normale » que la cité propose aux citoyens. Fin 1996, la file active était de 35 patients.

Un certain nombre de psychotiques ont une trajectoire dans ce dispositif que l'on pourrait qualifier d'expérimental bien que dicté par la nécessité et non par un préalable théorique. Quels enseignements pouvons nous en entendre?

B - Quelques exemples concrets

Le CATTP de Chateaurenard, fonctionne depuis une année, sans locaux et avec 4 infirmiers. Travailler sans locaux, suppose qu'il faut s'organiser autour de repères dans l'espace et dans le temps.

Ainsi notre lieu de rendez-vous principal est la place de la mairie de Chateaurenard,

- l'hiver : les couloirs de la mairie annexe,
- ou bien directement le lieu d'activité tel que :
 - la MJC pour l'atelier photo,
 - la bibliothèque,
 - le cinéma,
 - la piscine,
 - la salle de gym.

L'organisation du planning se fait une semaine sur l'autre de façon régulière, pour un meilleur repérage des activités tout en laissant la possibilité d'une modification éventuelle. Ce peut être par exemple en fonction de la météo, ou pour le choix du niveau de difficulté d'un lieu de randonnée, en fonction du groupe présent.

Les activités extérieures se font avec nos véhicules personnels, sauf pour la randonnée à la journée du vendredi, où nous pouvons disposer du mini bus de l'Hôpital de Jour de Saint Rémy de Provence qu'il nous faut prendre le matin et ramener le soir.

En dehors de la permanence CMP du mardi et du mercredi, notre seul moyen de contact est un téléphone portable. Les patients peuvent nous joindre assez facilement et nous préviennent quand ils ne peuvent pas venir à l'activité. C'est ce qui a été convenu avec eux lors de l'entretien d'accueil.

Il faut donc tenir compte du fait que toutes les activités se déroulent dans des lieux ouverts au public et ont pour but de créer ou de recréer un lien social dans la cité.

C'est donc dans un tel contexte que nous avons pu observer certains comportements particuliers dans la prise en charge de patients psychotiques.



Chateaurenard : le rendez-vous place de la mairie.

- Prenons le cas d'Abdel, jeune psychotique de 23 ans qui suit très régulièrement l'activité gym qui comprend également musculation et cours collectifs. Il est face au regard des autres et aux interrogations. La salle est entourée de miroirs et de posters évocateurs. Tout ceci ne semble pas trop le gêner mais il se donne vite des comparaisons, ce qui l'amène vers des excès. Il veut soulever beaucoup de poids d'un seul coup, sans connaître ses propres limites; il ne sait pas doser son effort. Il veut arriver à une transformation trop rapide de son image. Ou au contraire certains jours, il subit les effets sédatifs de son traitement. D'où l'importance d'un accompagnement infirmier pour réguler cette énergie et l'aider à trouver sa place et son rythme propre, sans le destabiliser.

La journée du vendredi est consacrée toute entière à la randonnée.

Chaque patient y apporte son repas. On s'aperçoit que rien ne manque et que chacun sait faire face à ses besoins alimentaires.

L'hiver, le fait de se retrouver dans les locaux de la mairie annexe, avant le départ, nous a amené à partir de plus en plus tard. Ce qui nous a conduit à nous demander si un lieu plus convivial ne favoriserait pas l'immobilisme.

Une fois de plus les patients psychotiques lors de longues randonnées, sont confrontés leur difficulté d'adaptation

- un mauvais dosage dans l'effort,
- une sur ou sous estimation de soi,
- pas de notion du danger (par exemple la gestion des cigarettes dans les lieux à risque ou à l'approche d'une falaise dangereuse).

Néanmoins la régularité de l'activité, une fois par semaine, tout en faisant face chaque fois à de nouvelles situations et à de nouveaux lieux géographiques, résout bien les problèmes et a permis d'installer un climat de confiance.

Autre anecdote, lors de l'activité cinéma. Le cinéma de Chateaufort disposant de plusieurs salles, le groupe de patients qui n'est pas constitué que de psychotiques doit faire un choix sur le film, à la majorité. Ce qui fait intervenir une certaine tolérance à la frustration. C'est un moment difficile et quelquefois mal toléré. Chacun défendant son territoire... Nous avons dû même interrompre l'activité pour certains patients qui n'acceptaient pas le choix du groupe ou le posaient en terme d'ultimatum.

Dans la salle de projection souvent peu fréquentée l'après-midi, le groupe reste relativement constitué, (groupe de névrosés) sauf pour nos patients psychotiques qui investissent chacun des coins différents de la salle.

Le groupe par contre se reforme autour d'un café pour discuter ensemble du film.

Autre cas : celui de Jean, jeune psychotique de 20 ans pour qui un aménagement de quelques activités fut mis en place. Ayant des difficultés à respecter les horaires chez lui, où il peut se lever et sortir quand il veut, manger tant de jour que de nuit, Jean a fixé son choix sur des activités « d'homme » : musculation, piscine et randonnée. Pour la randonnée prévoir son repas et l'équipement a nécessité une intervention au niveau de la famille. Jean a donc respecté le cadre de la prise en charge jusqu'au jour où l'activité piscine a été programmée.

Le rendez-vous était donné à la piscine municipale. L'ambulancière mal informée l'a laissé devant la porte du kiné de la ville pensant à une rééducation en piscine. Jean n'a pu assurer seul le trajet l'amenant à la piscine municipale. Paniqué, il est rentré chez lui à pied, soit 15 kms !

Il a cessé les activités. Seuls persistent les soins à domicile. Sa demande actuelle étant de ne reprendre les activités que lorsqu'il y aura un lieu spécifique.

Rappelons que ce CATTP s'adresse au tout venant des patients en difficulté sur le secteur. Le groupe n'est pas homogène et la prise en charge des névrosés dans ce type de structure de soins, nous a amené à un certain fonctionnement. Les activités

physiques, par exemple, telles que la fréquentation de la salle de gym, vont permettre progressivement à certains névrosés de «re-prendre confiance en eux, de quitter le cadre du CATTP et de s'inscrire individuellement. Une participation financière est demandée pour toutes les activités payantes (gym, musculation, cinéma, piscine, sorties expo). Elle permet d'éviter une psychiatrisation qui perdure, renforcée par les bénéfices secondaires : tout n'est pas gratuit.

Qu'en est-il du psychotique confronté à ce fonctionnement?

Ce que l'on pourrait dire est qu'il favorise une certaine dilution du transfert, qu'il peut contribuer à faire exister le patient sans le détruire, mais il faut respecter le fait qu'un certain étayage, un certain territoire doit être respecté dans le présent, et dans l'avenir. La coexistence de ces deux populations de patients peut exister, mais il y a sans doute lieu, lorsque l'évolution de nos moyens le permettra, de mieux différencier des dynamiques soignantes.

C - En conclusion

Le CATTP puisque sans locaux, n'est pas un centre d'accueil. Mais il répond à un besoin de soins séquentiels intégrés à la cité. L'absence de locaux a permis d'éviter au patient une certaine routine, des bénéfices secondaires ; elle a favorisé une approche directe de l'intégration au tissu associatif et donc l'acceptation du regard de l'autre.

Toutefois il faut reconnaître une carence au niveau de l'accueil informel et une réduction du public aux personnes ayant de l'intérêt pour des activités extériorisées.

Ils ne disent pas « je vais au CATTP » puisqu'il n'y a pas d'adresse!

Ils disent

- je vais au cinéma
 en randonnée
 à la piscine
 à la bibliothèque
 voir telle expo, visiter tel musée
 à la salle de gym
 à l'atelier d'écriture
 ou faire du vélo.

A travers les différentes activités proposées au patient lors de l'entretien d'accueil, chacun peut garder sa singularité. Les conditions de la vie sociale ordinaire sont alors respectées. L'extérieur est affronté directement avec le soutien de l'infirmier référent de l'activité.

Le manque de moyens qui nous a conduits à créer un CATTP sans locaux, nous a permis de découvrir que le psychotique, s'il est dans une relation de confiance qui l'étaye, peut s'accommoder d'une position d'acteur de son soin et de son itinéraire.

BIBLIOGRAPHIE

LACAN Jacques : « Ecrits », Edition du Seuil, Paris 1966, (924p)

OURY Jean : « Il, donc », collection 10/18, Union Générale d'Éditions, Paris 1978, (185p)

RACAMIER Paul Claude : « Les schizophrènes », petite bibliothèque Payot, Paris 1980 (207 p)

NASSIM L'EXCLU

Simone ANES
Jacqueline GOUJON
Infirmières

André COSTAGLIOLA
Educateur
Marie-Pierre LAVERGNE
Praticien Hospitalier

Hôpital de Jour de Campagne Lévêque⁽¹⁾
Intersecteur Marseille 16^{ème}, Les Pennes Mirabeau, La Gavotte
(13 1 05)

Nassim est adressé par l'école au CAMSP à l'âge de 4 ans. Scolarisé à mi-temps en moyenne section de maternelle, il est signalé pour des comportements d'agressivité avec les autres enfants. La mère signale que la naissance d'un petit frère quand Nassim avait 2 ans, l'a beaucoup perturbé : pleurs fréquents, attitudes de jalousie, agressivité, morsures envers le petit frère.

Nassim a toujours une alimentation liquide (biberon), refusant la nourriture solide, il bave beaucoup, a des conduites d'opposition (il refuse de se laver, de se changer) a des troubles du sommeil (à l'endormissement le soir essentiellement), des troubles de la communication (il ne parle pas aux étrangers et en particulier à l'école), des troubles du caractère. Il ne supporte pas les frustrations, a de violentes crises clastiques.

Le suivi du CAMSP est interrompu 4 mois plus tard. Nassim est passé en grande section de maternelle. L'école qui n'envisage ni maintien ni passage au C.P., fait pression sur la mère pour qu'elle reprenne un suivi thérapeutique. Entre-temps, Nassim a eu un accident de la circulation, il a été renversé par une voiture en se sauvant de l'école en octobre 1988. Il aurait eu un traumatisme crânien avec prise de traitement préventif antiépileptique pendant 1 an.

A 6 ans, il est admis à l'hôpital de jour de Campagne Lévêque. Il est suivi en psychothérapie par un médecin du CAMSP. Un contrat d'intégration à temps partiel en maternelle dans une autre école est mis en place, dont il est exclu 5 mois plus tard pour troubles du comportement.

A l'hôpital de jour, Nassim est agressif avec les autres enfants, refuse le cadre, fait ce qu'il veut, ne parle pas. Il détruit ce que l'institutrice de l'hôpital de jour lui donne.

Nassim n'est plus scolarisé, ne va plus aux séances de psychothérapie du CAMPS où sa mère ne l'amène plus. La mère a un discours négatif vis-à-vis de l'hôpital de jour.

Une mesure d'AEMO a été mise en place pour Nassim du fait du comportement violent du père, éthylique hospitalisé en psychiatrie lors de décompensation.

En janvier 1992, Nassim est intégré au CP dans une école proche de son domicile à raison de 2 heures 2 fois par semaine. En juin 1992, la directrice s'aperçoit que Nassim n'a fait l'objet d'aucune inscription administrative, ce qui fait dire à la mère que son fils était un clandestin.

Il est réadmis à l'école à la rentrée et après divers ratages effectués sa rentrée deux mois après les autres. Un mois plus tard, il se sauve de l'école et en est exclu. Cet été là, après une procédure de divorce entamée par Mme H., le père a des épisodes de violence dans la cité pendant lesquels il profère des menaces avec une arme et il est admis au Centre Hospitalier Edouard Toulouse.

⁽¹⁾Hôpital de Jour de Campagne Lévêque, Service du Docteur GOUJON, 33 Campagne Lévêque, 13015 Marseille, Tel 04.91.03.26.42

Mme H. disqualifie son mari, disqualifie l'hôpital de jour, disqualifie les structures scolaires incapables de trouver une place pour son fils.

Nassim est violent à la maison, il casse tout. Mme H. avoue frapper Nassim quand elle est excédée puis elle culpabilise et lui pardonne aussitôt après.

La venue de Nassim le matin dans la structure donne lieu à des situations violentes qui nous sont rapportées par le chauffeur de taxi. Nassim vient contraint et forcé par sa mère qui ne se prive pas de le frapper, et trouve parfois refuge chez son père qui a été contraint par sa femme de quitter le domicile conjugal. Il habite un studio dans l'immeuble à côté, loué au nom de son fils aîné.

Mme H. se dit dépassée par les comportements violents de son fils. Il refuse maintenant la présence de sa mère dans la pièce où il s'alimente, il l'appelle le diable, **leur relation a pris une tournure sadomasochiste**, leur rôle actif ou passif variant selon les circonstances.

A l'hôpital de jour, Nassim provoque les soignants en mettant en scène des situations qui le mettent en danger, **il transgresse les contrats établis**, il ne peut s'asseoir à table pour prendre un repas, il manipule un autre enfant de la structure, suggestible, pour faire ses mauvais coups, en particulier frapper les soignants. Il ne communique que par des obscénités, des injures. Quand on lui parle, il se détourne, ne veut pas entendre.

En juin 1994, alors qu'une possibilité d'inscription à temps partiel de Nassim dans une école de perfectionnement se dégage, Mme H. ne fait aucune démarche pour l'inscrire. **Elle demande le placement de son fils**, auquel est opposé le reste de la famille (père, fratrie).

A la rentrée 1994, Nassim traverse une période où il est accessible. Il parle plus, dessine de manière plus élaborée, reproduit des images avec un modèle ; il est moins violent et sollicite l'adulte.

Peu à peu la fratrie adhère au projet de placement de la mère qui nous dira pendant un entretien « *Otez moi le de là où je vais le tuer* ». Toutes les tentatives pour rencontrer le père s'avèrent infructueuses.

En juin 1995, Nassim est orienté par la CDES vers deux établissements spécialisés. Les périodes d'essai dans ces deux établissements sont catastrophiques (trop de troubles du comportement, trop âgé pour les uns, trop jeune pour les autres) et sa candidature n'est pas retenue.

Madame H. remet en cause l'acceptation par l'hôpital de jour de Sérénité d'accueillir Nassim à temps partiel avec possibilité de le recevoir en internat pendant les temps de crise « les enfants y sont trop grands pour mon fils » dit-elle.

En novembre 1995, alors que la situation familiale est des plus difficiles et que l'ambivalence de la mère bloque toute issue, nous saisissons le juge des enfants qui décide de reconduire la mesure d'AEMO. A la demande de l'AEMO, le juge fait, à la rentrée 96, un **placement judiciaire dans un IME** de la région. Au bout d'un mois, Nassim qui a toujours refusé cette orientation, est exclu de l'IME pour comportement dangereux envers les autres. Un placement dans un lieu de vie est alors envisagé par l'équipe judiciaire.



En novembre 1996, Mme H. reprend contact avec nous.

Elle demande une **réhospitalisation** de son fils à **Campagne Lévêque**, nous déclarons que Nassim est d'accord, et réitère sa demande de placement à temps plein dans un établissement spécialisé pour fils. Nous proposons alors de mettre en place un traitement pour canaliser les troubles du comportement, ce qu'elle accepte, et prenons contact avec le médecin généraliste qui prescrira d'abord du Théralène puis du Tercian. Nassim prend son traitement, parfois avec réticence. Peu à peu calmé dans son agitation et ses troubles du comportement, nous le prenons en charge 2 fois par semaine en dehors du groupe d'hôpital de jour. L'équipe de Sérénité accepte de le prendre en charge 1 fois par semaine. Tout ceci dans l'attente d'un placement dans un lieu de vie. Le discours de la mère, cette fois demandeuse d'un soin, a changé.

Nous constatons l'adhésion de Nassim à la prise en charge proposée, la sédation des comportements violents, un début de communication. En particulier, il nous parle de sa grande famille et est capable de situer les uns par rapport aux autres dans un arbre généalogique. La prise de traitement l'a apaisé, d'où une amélioration des relations intrafamiliales, mais nous notons une prise de poids importante et une boulimie qui satisfait la mère *« je suis contente qu'il mange ce que je fais, je suis une mère »*. Pour la première fois, Nassim demande à modifier sa prise en charge. Il veut faire partie d'un groupe CATTP un soir dans la semaine, où vient en particulier un enfant de sa cité qu'il admire. Il est intégré à ce groupe fin mars 1997.

L'histoire de la famille, son mode de fonctionnement apporte d'autres éclairages.

Madame H. a 20 ans de moins que son mari. Elle épouse son beau-frère contre son gré alors que sa sœur décède en mettant au monde des jumelles. Mme H. parle de ce mariage en terme de honte, d'humiliation. Elle est la tante et la belle-mère des 5 enfants de sa sœur.

Elle même aura 5 enfants de son mari :

- l'aîné, actuellement âgé de 26 ans, travaille. Il est un véritable substitut paternel pour ses cadets
- la 2ème a 24 ans et travaille aussi
- la 3ème, 17 ans, est en IME à Marseille
- le 4ème est Nassim
- le 5ème a 11 ans, est scolarisé en CM2.

La famille H. occupe **deux appartements d'une cité « harki »** des Quartiers Nord de Marseille. Un premier appartement serait loué au nom du fils, c'est là que vit le père. Mr H. était militaire. Il a participé à la guerre d'Indochine. En 1954, il rentre en Algérie et se bat au côté de la France en tant que harki. Au moment de l'indépendance en 1962, il rentre en France. Il a occupé un emploi jusqu'en 1974. Il a des conduites éthyliques depuis de longues années, toute la famille a un discours extrêmement dépréciatif sur lui *« il ne sait pas ce qu'il dit, il est fou... »*

La famille H. élargie aux premiers enfants du père a adopté un **mode de vie tribal**, des neveux - nièces réapparaissent au gré des circonstances.

Mme H. refuse le sens que l'on peut donner aux événements qu'elle raconte, tantôt elle banalise, tantôt elle nous renvoie à notre échec *« les choses ne bougent pas »*. Nassim est investi par sa mère principalement comme objet narcissique sous à sa maîtrise. Elle a des attitudes de complaisance perverse vis-à-vis des troubles du comportement de son fils et oscille entre des comportements de rejet et de complicité. Dans ses symptômes masochiques d'exhibition (il se masturbe au vu de tous), Nassim traduit son questionnement sur son identité sexuée, sa quête de confirmation phallique, ses difficultés à soutenir et à élaborer les angoisses de castration que réactive l'éveil pubertaire.

Nassim a des angoisses de nature psychotique (vécu de vidage, recours défensif à des solutions de remplissage), des angoisses dépressives (menaces d'intrusion et de perte d'objet), une menace de débordement permanent par les processus primaire. Il a recours à des mécanismes de défense (déli, clivage) accentués par l'influence que la mère exerce dans le même registre et par la mise à distance du père. Ce fonctionnement psychique nous a fait porter le **diagnostic de dysharmonie évolutive de structure psychotique**. Il y a eu échec de l'élaboration de la position dépressive, les ébauches d'investissement névrotique étant trop massivement contre investies par la mère. Nassim manifeste un désintérêt massif pour toute activité, il ne peut se détendre et exprimer du plaisir, le langage est rarement communicatif (injures...)

Les agirs s'expriment de façon prévalente par des attaques exercées sur le cadre. Nassim recherche les limites qu'il ne trouve pas auprès de sa mère. Il s'agit d'une problématique à dominante narcissique, où transparaissent des angoisses dépressives avec prévalence des mécanismes maniaques et des défenses par l'agir (paroles obscènes, exhibition sexuelle). Cette hypersexualisation défensive rend compte de la faillite des mécanismes sublimatoires et des temps ratés de la latence dans leur fonction d'élaboration des imagos parentales et de déssexualisation de la pensée.

L'émergence d'angoisses archaïques est toujours possible, colmatées par une adaptation de surface, avec des dérapages possibles vis-à-vis de la réalité et une difficulté à intégrer la loi.

La demande de soin de sa mère après un échec en IME avec adhésion au projet de soin et à un traitement médicamenteux a pu faire évoluer les choses. Depuis peu, Nassim a des relations privilégiées avec un membre de l'équipe à qui il téléphone, a des choses à dire..., ce qui prouve qu'il a pu intérioriser de bonnes images. Il accède à une autre image de lui et à des modes nouveaux de ravitailllement narcissique. Ceci va de pair avec l'élargissement de ses investissements, la possibilité pour lui de verbaliser et de mettre en acte ses désirs, la construction de projet pour lui-même. Il a participé récemment à un séjour de rupture avec des enfants du CATTP ; la prise en charge individualisée et en groupe, après une attaque contre le cadre, semble intégrée, il demande des choses pour lui.

Cette observation nous a paru intéressante à présenter ; elle reflète l'itinéraire singulier d'un enfant psychotique rejeté de l'école, rejeté par sa famille, exclu des établissements spécialisés pour troubles du comportement, qui nous a conduit à modifier notre prise en charge, à évoluer avec lui malgré des contre-transferts souvent négatifs, ce qui semble avoir ouvert le champ à des possibilités d'évolution.



ITINERAIRE DES PSYCHOTIQUES EN PRISON

Gilles AZAS
Pascale GIRAVALLI
Praticiens Hospitaliers

Daniel BONNIFACE
Infirmier

Secteur Médico-Psychologique Régional ⁽¹⁾
Région pénitentiaire Provence, Alpes, Côte d'Azur et Corse

La psychose en « prison »... emprisonnée...

Effets contenant des murs, pour certains...

La prison comme structure alternative, pour d'autres... En effet l'équipe du SMPR avait été prévue au départ dans l'atelier numéro 3 : psychose et prise en charge alternatives... Non, il s'agit bien d'une équipe soignante qui travaille dans une institution psychiatrique comme tant d'autre... ce qui fait sans doute notre particularité c'est le lieu : la prison, un lieu particulier pour une rencontre particulière...

Un lieu particulier où la parole est empêchée... Le travail, notre travail, est d'aider à la faire circuler...

Quand nous avons préparé cette journée, nous nous disions qu'il s'agirait de pouvoir échanger avec d'autres soignants autour de la question des patients et de l'institution, pour cela cet atelier ⁽²⁾ est un lieu idéal... et notre contribution va se faire :

- en posant tout d'abord le cadre de notre travail : qu'est-ce qu'un SMPR, quelles en sont les modalités de fonctionnement?

- en racontant deux histoires cliniques parmi tant d'autres mais sûrement pas choisies par hasard...

- en vous faisant part de quelques unes de nos réflexions, quelques uns de nos doutes et incertitudes...

A- Quelques mots sur l'organisation des soins psychiatriques en prison

Les secteurs médico-psychologiques régionaux (SMPR) assurent l'articulation des prestations psychiatriques de la région pénitentiaire dont ils dépendent. Ils sont situés dans des maisons d'arrêt et leur organisation peut varier d'un lieu à l'autre.

Ainsi, la région PACA Corse est desservie par le SMPR de la prison des Baumettes pour ce qui concerne l'hospitalisation temps plein (le SMPR de Nice sans lits d'hospitalisation, assurant l'articulation des prestations psychiatriques de Grasse, Draguignan, la Corse et Nice).

Le SMPR à Marseille est à la fois un lieu d'hospitalisation et de prise en charge ambulatoire. Il est situé au sein de la détention.

⁽¹⁾ S.M.P.R., Service du Docteur GLEZER, Maison d'Arrêt des Baumettes, 213 chemin Morgiou, 13009 Marseille.
Tél 04.91.40.88.63

⁽²⁾ Il s'agit de l'atelier « Psychose et institutions ». La communication avait initialement été programmée dans l'atelier « Psychose et prises en charge alternatives ».

C'est la circulaire du 14 mars 1986 qui définit les modalités de fonctionnement des SMPR (missions de repérage précoce et de soins), le dernier arrêté est du mois de mai 1995.

Le consentement aux soins est la règle première, celle qui fonde avec la préservation du secret médical, notre éthique.

Ainsi la loi (code de procédure pénale) prévoit l'utilisation de l'article D.398 si une personne détenue se trouve en état d'aliénation mentale (troubles mentaux et refus de soins). Dans ce cas les textes prévoient la mise en place d'une procédure d'hospitalisation d'office dans un établissement agréé.

En ce qui concerne les signalements des patients, tout intervenant en milieu pénitentiaire peut en être l'initiateur : intervenant judiciaire, travailleur social, surveillant, service médical...

Pour les autres établissements pénitentiaires non pourvus d'un SMPR les signalements seront traités par les médecins généralistes et/ou les psychiatres vacataires attachés à l'établissement pénitentiaire soit dans le cadre du service public comme c'est le cas à la Maison d'Arrêt d'Avignon, soit dans le cadre d'une gestion privée (plan 13000, Arles, Salon...).

Parmi les principaux motifs de signalement, il faut noter que bien souvent ce sont les conduites d'opposition au fonctionnement carcéral qui sont signalées *au détriment d'aspects moins bruyants comme les aspects déficitaires de la psychose qui eux seront de fait sous évalués.*

B - Histoires cliniques

1 - L'histoire de Mr M.

Mr M. est maghrébin d'origine, âgé de 24 ans, de nationalité française et issu d'une fratrie de deux enfants.

Les troubles psychiatriques ont débuté dans l'enfance, avec l'apparition de troubles du comportement alimentaire, sphinctériens, des troubles du sommeil, des conduites de fugue, des situations d'échec scolaire répétées.

La rencontre avec la justice a eu lieu dès l'adolescence à la suite de vols, de bagarres, ou de dégradation de biens publics ou privés.

Une première hospitalisation en psychiatrie a eu lieu en 1987 à la suite d'une expertise demandée par le juge des enfants. En effet à cette époque, Mr M. a 16 ans et présente une premier épisode hallucinatoire. L'hospitalisation a été de courte durée, les soins ont été rapidement interrompus.

Ainsi, à partir de 1991 une série d'incarcérations va avoir lieu :

- 1991 : 18 mois pour coups et blessures volontaires,
- 1993 : 4 mois pour vol,
- 1995 : 6 mois pour vol.

Mr M. a bénéficié lors de chaque incarcération d'une prise en charge spécifique :

- 1991 : pour troubles du comportement avec agitation clastique.

L'initialisation des soins se fait par la contrainte et a permis une acceptation rapide du cadre, ce qui a évité le transfert à l'hôpital psychiatrique.

- 1992 : pour épisode identique, le consentement aux soins est obtenu d'emblée.
- 1993 : pour une décompensation anxi-dépressive.
- 1994 : pour troubles du comportement avec agitation clastique.
- 1995 : pour troubles du comportement avec passages à l'acte auto-agressifs.

Pour chacun des épisodes la prise en charge de Mr M. s'est organisée dans un premier temps sur l'unité d'hospitalisation, puis en ambulatoire : suivi infirmier et médical. Hôpital de jour...

Pendant ces années entre les différentes incarcérations aucun relais extérieur n'a pu être réalisé jusqu'en 1995 où une hospitalisation au moment de la libération est organisée avec un relais entre les deux équipes sous-tendu par un même regard clinique porté sur ce patient et son histoire.

Il est à noter qu'une allocation adulte handicapé et une mesure de protection des biens avaient été demandées lors d'une précédente prise en charge.



2 - L'histoire de Mr A.

Mr A. a été incarcéré en 1991 pour homicide volontaire sur la personne de son cousin toxicomane qui le rackettait depuis quelque temps.

Il s'agit d'un patient psychotique suivi depuis longtemps déjà par un secteur psychiatrique en temps plein, en hôpital de jour, sur le C.M.P.... Il était au moment des faits en rupture de prise en charge.

Il a été admis au SMPR sur l'unité d'hospitalisation dès le début de son incarcération, pour un état délirant et dissociatif majeur avec toute une thématique persécutoire.

Rapidement un espace de soin a pu s'installer et Mr A. est resté en hospitalisation temps plein pendant ... tout le temps de son incarcération, c'est-à-dire 6 ... ans.

En effet à aucun moment un travail sur la réalité de l'incarcération, n'a permis comme c'est le cas pour d'autres patients psychotiques, d'envisager une modification de la prise en charge avec par exemple un suivi en ambulatoire (entretiens infirmiers, centre d'accueil à temps partiel).

Un travail d'accompagnement tout au long de la procédure judiciaire a vu alterner des périodes de relative stabilité et des moments féconds de décompensation anxio-délirante...

La prise en charge de ce patient s'est fait sous le signe de la continuité avec un relais effectif au moment de la libération, qui s'est fait en HDT sur son secteur.

Les dernières nouvelles que nous avons eues de Mr A. remonte à vendredi dernier puisqu'il nous téléphone de temps en temps... Il commence à prendre des permissions...à son domicile.

C - Quelques axes de réflexion

- La question du diagnostic et des aspects séquentiels de la présentation symptomatique pour l'histoire de Mr M. avec l'importance du lieu et du moment de ce diagnostic... En effet, il est peut être plus aisé de poser le diagnostic de *psychose à expression délictueuse* dans un lieu contenant tel que la prison où l'expressivité des troubles est obligatoirement repérée et pour lesquels la demande d'intervention est pressante.

- La question de la continuité et pour le coup de la discontinuité des soins...

Continuité pour Mr A...

Discontinuité pour Mr M...

car aux séquences cliniques, s'ajoute une double discontinuité qui s'exprime à la fois dans le registre de la prise en charge et dans celui du suivi. Il est en effet souvent impossible de prévoir la date de libération d'un détenu, libération survenant parfois à l'insu de l'équipe soignante. L'amélioration symptomatique dans le service, ne permettra pas alors d'envisager une hospitalisation sans consentement et rendra difficile le passage de relais à l'équipe psychiatrique extérieure sollicitée.

- La question de la prise en charge des psychotiques en milieu carcéral est intimement liée à :

- celle de la discontinuité (liberté, prison - avant et après la condamnation - maison d'arrêt - centre de détention) ;

- celle du consentement aux soins ;

- celle du libre accès et de la privation de liberté, imposée par la prison : ne pas pouvoir aller et venir à l'intérieur de la prison, fuir des co-détenus intrusifs, des voix persistantes

...co-habiter avec tout cela à 2 ou 3 dans 9 m2...

L'objectif des soins en période de crise va être une amélioration de la souffrance psychique, avec une projection possible du patient dans un espace où un soin peut s'installer. Dans ce début de prise en charge, la relation avec l'institution judiciaire (certificat contre indiquant l'extraction ou le transfert) constituera un élément particulier. En dehors des périodes de crise, l'institution judiciaire et pénitentiaire s'imposera au patient.

En ce qui concerne la prise en charge en ambulatoire, c'est-à-dire le relais à l'intérieur du milieu carcéral, celui ci devra tenir compte des aléas de la vie pénitentiaire. Ainsi le fait de venir à un rendez-vous pour un patient psychotique dans la prison où l'ouverture de la porte de la cellule, le passage des portes des bâtiments, la conservation du billet, s'il a été distribué ou pas, constitue parfois plus qu'un parcours du combattant mais un véritable miracle.

Le fait également de vivre 24h sur 24h avec d'autres personnes qui vont par le discours pousser le patient à coller à la réalité ambiante, celle d'hommes forts qui ne prennent donc pas de traitement par exemple sinon à être toxico, constitue également un autre élément à prendre en compte.

Comment pouvons-nous fonctionner en tant qu'équipe soignante d'une institution psychiatrique, au delà de l'immédiateté et de la prise en charge ponctuelle de ces

patients qui s'inscrivent dans le long terme, la chronicité, et qui nécessitent le maintien du lien...? Toutes ces réflexions habitent notre pratique avec en particulier la question de la durée des hospitalisations ; du maintien d'un lien à l'autre et à cette réalité carcérale, judiciaire pénitentiaire ; de la circulation d'une parole au delà des murs même de l'institution psychiatrique, à côté « comme on » dit sur les bâtiments...

DOCUMENT EN ANNEXE DE NOTRE COMMUNICATION : PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT PSYCHOTIQUE EN MILIEU CARCERAL

LA PARTICULARITE de la prise en charge des ces patients est d'abord liée au manque de LIBERTE et à l'ACCES INDIRECT aux patients.

NOTRE ROLE en tant qu'infirmier est important dès le départ. A l'accueil du patient, le fait de lui remettre un livret d'accueil spécifiant le fonctionnement du service aura pour but de le contenir, de le rassurer, de nous différencier par rapport aux surveillants, en précisant notre rôle de soignant (logique soignante/logique pénitentiaire).

L'accompagnement au quotidien permet un étayage psychologique important.

L'hospitalisation va permettre de répondre à tous moments à des questions existentielles, donner un sens symbolique aux actes. Cet étayage n'est possible que par une présence infirmière à temps complet, dans un cadre bien défini, spécifique, adapté aux besoins des patients. Cette prise en charge à temps complet va permettre de contenir l'angoisse extrême, l'agitation, le délire, les tentatives de suicide, la violence ou la désorganisation psychique.

Cette présence continue, contribue à une proximité particulière dans les activités de la vie quotidienne, du plus intime au plus distant. Cela nous permet de repérer la capacité de chaque patient à s'adapter au quotidien :

- * douches
- * promenades
- * repas
- * relationnel
- * parfois à vivre la promiscuité dans la cellule.

Notre présence est assurée à différents degrés :

- * dans une réalité immédiate : « j'ai un problème ponctuel » (il est là),
- * dans l'éventualité : « j'intègre sa présence permanente » (il peut venir si je l'appelle),
- * d'une manière symbolique : le cadre, l'environnement, me le rappellent.

Cette présence va permettre de diminuer les stimulations, de soutenir un patient déprimé, de l'accompagner dans sa régression, de prévenir une situation violente (passage à l'acte). Le patient va pouvoir être recadré au niveau de son manque de limite et de perte de repères.

Ce travail ne peut se faire sans la *complémentarité d'une équipe de surveillants pénitentiaires*, c'est une spécificité de notre fonction: l'accès au patient doit passer par les surveillants tout en tenant compte du secret médical.

La difficulté réside dans l'imbrication des deux logiques : PENITENTIAIRE et SOIGNANTE.



PRISE EN CHARGE CORPORELLE (PACKS) A PROPOS D'UN CAS CLINIQUE : NADIA D

Huguette FERRE
Praticien Hospitalier⁽¹⁾

Andrée IMPERIALI
Infirmière

Secteur Avignon centre, Isle/Sorgue
(84 G 05)

Anne Rosen JOLIVET
Assistante Educatrice

Madeline LABENERE
Infirmière

Intersecteur Vaucluse Nord
(84 I 01)

1 - Eléments biographiques

Nadia est une jeune femme de 34 ans née le 26 septembre 1963 à ORAN (Algérie). Elle est de nationalité marocaine. Elle est la 2^{ème} d'une fratrie de 8 enfants. Les deux filles aînées Sarah et Nadia sont nées en Algérie et toutes les deux sont de nationalité Marocaine. Les autres frères et soeurs sont nés en France et ont adopté la nationalité Française.

Les parents de Nadia sont divorcés, suite à cette séparation la mère est retournée vivre au Maroc dans sa famille (1984). Avant ce départ, la mère a été hospitalisée à plusieurs reprises dans le service pour des troubles psychiatriques avec anorexie. Le père s'est remarié à 3 reprises, à l'heure actuelle il aurait deux enfants avec sa dernière épouse.

La maladie de la mère, puis son retour dans le pays d'origine a gravement perturbé la fratrie. La séparation des parents n'a jamais été acceptée. Notamment les deux soeurs aînées Sarah et Nadia se nourrissent du fantasme d'un retour de la mère, et d'une certaine façon de recréer la famille.

L'aîné des garçons Rachid a pris très tôt des responsabilités familiales, suppléant en quelque sorte les défaillances paternelles. Le père tient difficilement sa place auprès des enfants de son premier mariage et surtout auprès de Nadia.

La famille s'est installée en France vers le milieu des années 60. Les premières années d'installation semblent s'être déroulées normalement. On retrouve un suivi régulier des enfants dans les dossiers de la P.M.I.. Les difficultés apparaissent avec la mésentente conjugale, avec la mise en place d'un suivi AEMO pour les enfants.

2 - Histoire de la maladie

La première hospitalisation a lieu le 2 avril 1991 en Hospitalisation Libre aux Pins, Nadia est alors âgée de 28 ans.

Les observations médicales la décrivent agitée, tenant des propos discordants, déçus, avec un comportement de fugue. Un traitement neuroleptique Haldol-Nozinan injectable est prescrit.

Elle sort le 14 avril contre avis médical. Son frère Rachid et sa soeur Sarah sont venus la chercher. A sa sortie les équipes du CMP et de l'Hôpital de Jour essaient de mettre en place un suivi. Le suivi est plus ou moins chaotique.

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

Le 3 août 1993, donc deux ans après sa première hospitalisation, à 10h 30 : Appel téléphonique du service de réanimation neuro-chirurgicale, service du Professeur Combalbert Ste Marguerite, Marseille. Nadia a fait une TS par défénéstration du 3^{ème} étage du domicile de son père le samedi.

31 juillet 1993 : Elle souffre d'une fracture « éclatée » L1 avec paraparésie, d'une fracture du calcanéum gauche, et d'un traumatisme crânien « léger ». La patiente est réadmise à l'unité fermée Bottard.

Le 25 août 1993 : Elle est décrite comme délirante. A l'entretien, elle est désorientée, tient des propos incohérents avec des rires immotivés. Nadia est alors assise dans un fauteuil roulant, sans appui sur le pied.

Elle bénéficie alors d'une prise en charge kinésithérapique (rééducation), le traitement chimiothérapique neuroleptique (Haldol Décanoas 4 ampoules / 3 s).

A noter, que la dernière injection de neuroleptique retard avait été effectuée le 13/7, 15 jours avant la défénéstration.

Les observations cliniques des jours suivants la décrivent toujours très dissociée avec un contact réticent. A la symptomatologie dissociative se surajoutent des moments dépressifs avec un discours à thème suicidaire. Elle demande à retourner chez elle. Elle souffre de l'absence de visites de sa famille.

Le 22 novembre 1993, elle est admise en service ouvert, où elle est toujours hospitalisée jusqu'à ce jour (**4 ans d'hospitalisation**).

- Au niveau physique :

- rééducation en kinésithérapie pour le pied gauche,
- rééducation vésicale,
- consultation du chirurgien pour la plaque au niveau de la colonne vertébrale.

Au niveau de la chimiothérapie psychiatrique, la patiente a eu toute la gamme de neuroleptiques existants sur le marché jusqu'au Léponex.

- Avril 91 : Haldol - Nozinan IM

Injection Retard Haldol Décanoas

- Décembre 93 : Clopixol Inj. AP 400mg IM

-26.12.93 : Inj. Retard + Tégretol LP 400 (1 cp et demi le matin)

- 15.06.95 : Solian 200 3cp/j

- 6.7.95 : Arrêt du Clopixol. Prescription de : Haldol 150 gouttes/j, Tercian 40 gouttes, Stilnox le soir, Théralène 40 gouttes le soir.

Puis arrêt de ce traitement pour une mise sous Léponex (Clozapine).

Mise sous Léponex, le 04.09.95 jusqu'à 600 mg de Léponex. Arrêt le 13.11 car la patiente présente de la fièvre + états confusionnels.

Essai d'une reprise le 30.10 à 350 mg/j.

Après l'échec de ce neuroleptique, on représcrit des neuroleptiques de référence Haldol- Nozinan et nous nous orientons vers une prise en charge corporelle. Mise en place des packs.

En effet, malgré une certaine amélioration de la symptomatologie (moins d'instabilité, meilleur contact) la patiente manifeste une dissociation de la pensée, cette dissociation est au premier plan.

Cependant Nadia a un très bon contact, elle est très chaleureuse. La compréhension de ses propos et de ses actes sont difficiles à saisir en raison de la dissociation de la pensée. Elle mêle dans son discours le présent, le futur, le passé, ses fantasmes La communication avec elle est toujours courte, mais souvent fulgurante.

Nadia est d'une intelligence et d'une sensibilité vives. Sa parole fait mouche sur l'interlocuteur.

Nadia attaque souvent son corps, un corps dissocié, un corps souffrant des conséquences de la défenestration. Périodiquement, elle se mutile, elle s'arrache des dents, les ongles, les cheveux, se frappe jusqu'au sang (fracture des deux pieds).

Par l'enveloppement humide, nous espérons essayer de donner une limite, une enveloppe à ce corps cassé et dissocié ; lui apporter d'autres sensations que les souffrances (la chaleur du corps qui se réchauffe).

Nous espérons recréer par notre présence (4 soignants) une enveloppe psychique et corporelle.



3 - Le pack

- Le cadre :**
- la prescription médicale
 - le rythme des séances 1 f/s
 - l'heure et le lieu
 - les soignants avec présence d'au moins un soignant de l'équipe du quotidien de la patiente.
 - la supervision des intervenants.

Description de la méthode :

- | | |
|-------------------------------|-------------------|
| | - la pièce |
| l'enveloppement thérapeutique | - les couvertures |
| | - les soignants |

L'observateur prend les notes.

Après la séance d'enveloppement, les thérapeutes se retrouvent pour lire les notes.

4 - Le déroulement des packs

1^{ère} série de 6 packs au mois de juin 96. Dans cette série, l'impression qui domine c'est le flot verbal de Nadia, elle se jette sur les draps mouillés. Il s'agit d'une période confuse, avec dans son discours beaucoup d'éléments mystiques.

2^{ème} série : Reprise des séances en septembre après l'interruption des vacances. L'impression qui domine c'est le calme « *je regrette, je regrette des choses* ». Après coup cette période de calme, peut être de prise de conscience, amorce, annonce la crise.

6^{ème} séance de cette série : c'est la seule séance qu'elle a manquée, elle est allée voir sa soeur.

3^{ème} série : du 31 octobre au 19 décembre 1996.

Elle demande à changer les couleurs des couvertures. On enlève le marron pour mettre du bleu et du rose.

Dans cette série, elle exprime les difficultés institutionnelles (pavillon).

L'institution est en crise, et crise de Nadia.

Il s'agit d'une période où la relation est très fusionnelle avec Andrée (infirmière de l'unité et qui participe aux packs).

Elle tient des propos qui prendront tout leur sens après coup « *Qui sait si je ne serai pas le Bon Dieu, un jour* », « *Les papiers, je les déchire* ».

Nous (l'équipe des packs, les infirmiers de l'unité) avons le sentiment d'une possibilité d'un passage à l'acte, d'un danger pour Nadia.

Elle dit « *la piscine rouge* », « *je commence à en avoir marre* ».

Elle se mutile, se rase la tête, s'arrache des dents.

On l'a retrouvée étendue au pied de la fenêtre du 1^{er} étage (suspicion de défénéstration). Elle est alors hospitalisée pour la protéger dans l'unité de crise Bottard. Dès qu'elle arrive dans cette unité, le 2.12.96, elle met le feu à sa chambre. Elle est donc mise en chambre d'isolement.

Nous maintenons l'espace des packs mais sans l'enveloppement.

« *Il faut être assise sur une chaise pour être guérie...* »

« *Dans le ventre de ma mère, je ne suis jamais allée* ».

Elle demande à aller dans la chambre d'isolement, et se roule dans les couvertures.

« *Je suis vivante... je suis une femme comme vous* ».

4^{ème} série - Janvier - Période où elle est hospitalisée à Bottard.

Sur 9 séances, pendant 5 séances elle refuse de rentrer dans le pack, elle s'assoit à la place de Madeline et parle, elle reste le temps de la séance.

Elle ne se jette plus dans le pack, elle dit c'est trop froid et refuse d'y entrer.

« *Il y a plusieurs Nadia... Il faut le dire aux infirmiers en réunion* ».

« *Je suis folle mais pas tout le temps* », « *Il y a deux Nadia* ».

En Janvier - Février : Elle rentre peu dans les packs. Elle exprime le conflit institutionnel et en quelque sorte essaie de trouver un compromis. Elle arrive à mieux expliquer ce qu'elle est.

Dernière série - du 13 mars au 24 avril.

Identification au niveau de la féminité.

Alliance - négociation entre l'institution et le groupe de pack.

La 2^{ème} Nadia qui émerge.

Elle parle des gens du pavillon.

le 20 mars :

Elle arrive seule, elle a frappé à la porte.

« J'ai peur de devenir folle ».

Elle respecte le cadre.

le 27 mars :

Elle demande à être mouillée.

« Je serai normale quand je porterai des talons ... moi, j'ai raté ma vie ».

le 10 avril :

« Mon pays, ce n'est pas la France, mon pays c'est la vie ».

Elle sort des clivages.

- Rencontre avec le père, il parle de la possibilité d'un voyage au Maroc, il emmènerait Nadia.

Dernière séance :

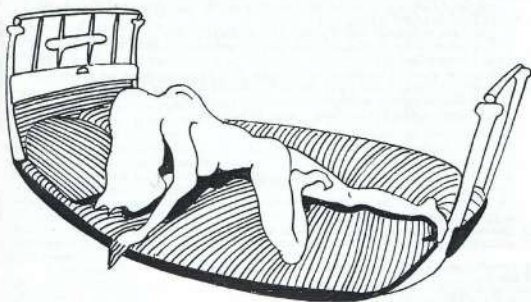
« Finalement, vous ne m'avez pas laissé tomber malgré tout ».

« Tu me ressembles » dit-elle à Huguette.

« Ce n'est pas trop tard ? ».

Don du bracelet : *« Est-ce que j'ai le droit d'être normale ».*

Elle a demandé que l'on place le bracelet au coffre.



5 - La supervision

La supervision est monopolisée par les difficultés institutionnelles. Elles sont l'expression de la souffrance des soignants qui travaillent dans l'unité et partagent le quotidien de Nadia.

Le groupe des packs renvoie des fantasmes avec un questionnement comme « qu'est ce qu'elles font? », « les packs responsables des passages à l'acte de Nadia », « Elles sont folles, elles ne savent pas ce qu'elles font » ; « Elles sont en danger ».

Les infirmiers expriment leur crainte pour Nadia mais aussi pour Andrée l'infirmière qui appartient à la fois à une unité et au groupe des packs.

Nous exprimons en supervision notre souffrance, notre angoisse, notre culpabilité devant la détresse de Nadia.

Nous souffrons, nous doutons, notre travail est remis en question.

Les autres ont du mal à trouver leur place dans la prise en charge, ils se sentent exclus.

La question de notre **responsabilité** nous est renvoyée.

6 - Conclusion

Nadia présente une forme clinique sévère de schizophrénie. La dissociation de la pensée, la tendance aux passages à l'acte, à l'automutilation, l'instabilité font qu'il n'a pas été encore possible d'envisager une sortie de l'Hôpital.

L'enveloppement humide a permis de mettre en place un espace pour écouter la patiente et essayer d'échanger avec elle.

Elle nous a dit sa détresse, sa difficulté de vivre. Elle nous questionne directement :

« toi, FERRE, comment tu fais pour vivre? »

Elle a mis en acte son désir d'en finir (défenestration, le feu).

La prise en charge de Nadia a questionné les soignants, Nadia a été au centre du conflit et surtout l'objet du désir des soignants. L'institution a réussi à la protéger contre ses pulsions de mort, et en maintenant l'espace du pack nous avons pu soutenir ce questionnement. Par là, Nadia a pu sortir de l'impasse et reprendre goût à la vie.

« Finalement vous ne m'avez pas laissé tomber malgré tout ».

« Mon pays ce n'est pas la France, mon pays c'est la vie ».

BIBLIOGRAPHIE

1 - Approche corporelle maternante de la mère.

M. Anicet-Violès, F. Belin, M.J. Gaffet, M. Labenère, M.T. Mazuchin.

L'information Psychiatrique n°1, janvier-février 1994.

2 - L'enveloppement humide thérapeutique.

T. Alberne

Edité par les laboratoires Delagrang/Synthelabo

Collection « les Empêcheurs de penser en rond », 1992.

3 - Thérapie corporelle des psychoses.

G. Fous

Editions l'Harmattan, 1995, Paris.

- LE HAMMAM -; UNE PEAU POUR L'ALTERNATIVE PSYCHOTIQUE, L'INTERFACE UNE PENSEE POUR L'ITINERAIRE

Daniel VIGNE
Psychomotricien⁽¹⁾
Secteur Apt, Cavaillon
(84 G 06)

André BOUILLET
Kinésithérapeute
Le Luberon⁽²⁾
Centre Hospitalier de Montfavet

Les soins au hammam existent au centre hospitalier de Montfavet depuis 1992 (3). Ils constituent une approche hydrothérapique psychocorporelle originale, un soin destiné aux personnes souffrant de troubles psychiques. Paradoxalement, la psychose pouvant apparaître au tout début, comme une contre-indication relative à ce type de soins mais au fil des prises en charge et de la maturation technique du processus de soins, un peu à l'instar des thérapies psychocorporelles de type pack, elle est l'une des bonnes indications.

Le processus pouvant mener à l'instauration effective du changement, de par l'articulation institutionnelle importante qu'il nécessite, peut apparaître métaphorique de l'itinéraire du psychotique dans l'institution et de la relation psychothérapique passant de « *l'ici et maintenant* » à la définition d'un ailleurs, donc la création d'une interface. La peau, en référence aux conceptions de Didier Anzieu (1), se présente ainsi comme interface potentiel à activer, explorer, dynamiser. Notre propos souhaite présenter la genèse d'une expérience originale. Dans un premier temps, nous définirons le contexte d'apparition de cette pratique, et les développements actuels que nous lui donnons. Toute recherche et pratique s'inscrit dans un contexte social qu'il convient d'évoquer.

Avec l'apparition dans les années 60 (11) en Europe et en France de diverses pratiques de thérapies corporelles ou psychocorporelles, certaines approches du toucher thérapeutique ont pris une place particulièrement importante. Découvertes et aussitôt adulées par les uns ou soupçonnées par les autres, nous tenterons de nous situer à l'intérieur de cette mouvance. Nous souhaitons nous démarquer du développement actuel de l'activité de massage qui entre dans un phénomène de jouissance immédiate reproduisant dans le réel un imaginaire qui opère ailleurs. Trop souvent ces attitudes justifient les démarches « du faire » encouragées par un contexte de mode, par rapport au cadre thérapeutique où chaque élément prend un sens, s'inscrivant dans les limites pratiques et des repères théoriques. La palette d'action du psychomotricien et du kinésithérapeute, considérablement enrichie ces dernières années de par l'évolution technique et conceptuelle de ces deux disciplines, les amènent, et ce, quelle que soit l'orientation de leur pratique, à intervenir de plus en plus souvent auprès de patients psychotiques.

D'une rencontre fortuite ou suggérée, qui nous parlera au-delà des mots ou pas, selon notre propre sensibilité, naîtra le désir d'être avec « *ce vilain petit canard* » à la recherche de son signe... une histoire, aventure in terra incognita pourra alors commencer : celle de la rencontre, instant privilégié, qui peu à peu contiendra quelque chose de cette souffrance sans nom, et donnera au patient psychotique le sentiment de sa propre existence. Pour nous, la relation entre le sujet et le thérapeute, étayée par le mode sensoriel, se révèle comme un lieu de rencontre : odeurs, sons, goûts, touchers, regards y participent et en interaction viennent les mots.

⁽¹⁾ Secteur 6, Centre Hospitalier de Montfavet, 84143 Cédex, Tél 04.90.93.92.11

⁽²⁾ Centre Hospitalier de Montfavet, 84143 Cédex, Tél 04.90.03.90.00 poste 9687

Notre savoir être, dans la dynamique d'un dialogue corporel, permet l'ouverture sensorielle et interpelle le sujet dans ses trois dimensions : CORPS-ESPACE-TEMPS, là où s'inscrivent l'histoire personnelle et les histoires entre les hommes. Sur le chemin de la souffrance de l'autre, le voyage deviendra thérapeutique, de par l'originalité même du psychomotricien qui lui confère un mode d'approche spécifique : le regard qu'il porte en effet sur le patient par le biais du dialogue tonique ainsi que son corps prêt à l'autre à un moment de son histoire, deviennent médiateurs dans une histoire qui s'élabore.

Tel un opéra dans un décor qui ne peut être que faux, le metteur en scène que nous devenons, aide à faire émerger des choses « vraies », **en mettant justement en mots un corps, une histoire en souffrance d'absence de signes. Une possibilité d'élaboration d'un espace psychique interne** est alors offerte au patient pour qu'il appréhende mieux quelque chose de la réalité extérieure, qu'il mette son histoire en paroles, reconnaisse son signe...

A un moment ou un autre de ce voyage thérapeutique, une interrogation va se poser : notre bagage initial est-il suffisant pour aller plus loin sur ce parcours semé d'obstacles ? Rapidement, nous apparaît, en effet, la nécessité d'un « rendre compte » après la rencontre, d'un ailleurs où parler de cette expérience vécue en deçà des mots pour qu'advienne la triangulation. Que le « tout ou Rien » où nous conduit le psychotique laisse peu à peu place à la mi-distance.

L'enjeu de l'analyse de sa « contre-attitude » me paraît des plus importantes *là où l'on ne peut toucher autrui sans être touché soi-même*. Le toucher unit celui qui touche et celui qui est touché car il est le sens de la plus grande réciprocité ; à la différence des autres sens, on ne peut entendre sans être entendu, voir sans être vu... Un travail d'équipe s'avère indispensable dans cette aventure. De même que la nécessité d'une parole et d'une prise en compte de la psychose dans le cadre institutionnel :

- Quel projet a l'institution pour le patient psychotique ?
- Quels moyens met-elle en place pour soulager l'individu à défaut de le guérir ?
- Peut-on parler de prévention ? Si oui, quelle part est faite à ce travail ?
- Quelle place est faite à la famille du patient ? Quelle aide lui est proposée ?

Autant de questions jalonnant ce drôle d'itinéraire de psychotique et que nous vous proposons d'aborder.

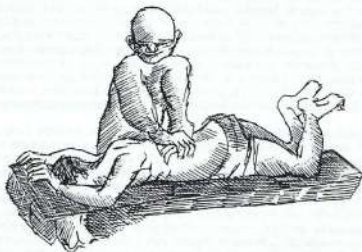
A - GENERALITES SUR LES MASSAGES (5)

Les massages ont une dimension culturelle. On les retrouve dans toutes les civilisations. La plupart des cultures dites « primitives » privilégient les contacts cutanés. Il est étonnant de constater que plus une culture est dite « civilisée » plus les contacts sociaux tendent à éviter le toucher. Or la peau est un organe fondamental de notre économie psychique. Elle joue un rôle dans la maintenance de notre équilibre. Elle se comporte comme une surface psychique intégrant l'ensemble des sensorialités. Elle représente également un lieu de mémoire. Elle permet le soutien de l'activité sexuelle ainsi que la charge libidinale de l'action psychique.

La peau est l'organe sensoriel du toucher. « Rien en nous, n'est en contact avec autre chose que nous, si ce n'est notre peau » écrit Diane Ackerman dans son ouvrage « le livre des sens ». On comprend mieux pourquoi notre langage colle à la peau ! d'où les expressions « défendre sa peau, sauver sa peau, lui faire la peau... ». La peau est un vaste mystère sensoriel pourvu d'un nombre incalculable de capteurs-récepteurs. Si on

l'étalait, elle mesurerait de un mètre carré et demi à deux mètres carrés chez l'adulte. Constituée par deux couches fondamentales : le derme et l'épiderme, ce dernier issu de l'ectoderme, l'un des tissus de l'embryon qui donne aussi naissance au système nerveux, la peau a une communauté embryologique avec le système nerveux. On a remarqué que l'absence de sensations agréables, de plaisir physique au cours des premières années de la vie est très souvent à l'origine de comportements pathologiques ultérieurs. Ceci peut s'exprimer chez l'enfant par une tendance à la maladie ou par des comportements agressifs. Cette carence est une des composantes de la violence humaine.

De façon élémentaire, on peut définir le massage comme une action manuelle sur les différents tissus humains accessibles par l'extérieur. Cette définition permet de comprendre les caractéristiques essentielles du massage. Par l'intermédiaire de la peau, organe privilégié, il permet d'accéder au corps tout entier. Son action dépasse le cadre superficiel pour concerner le corps dans son ensemble, et ses effets vont atteindre les organes profonds. Il s'agit donc d'une technique corporelle directe qui a une vocation thérapeutique mais également hédoniste. Ce contact corps à corps met en évidence le rôle de communication et la nature des échanges qui vont s'inscrire dans la relation. Il s'agit d'un modèle de communication non verbale. Pour la population que nous accueillons, il s'agit souvent d'une demande de soin physique. Elle doit être globale : c'est-à-dire s'adresser à l'ensemble du corps. C'est à ce titre que nous utilisons le sensitive gestalt massage.



B - LE SENSITIVE GESTALT MASSAGE

Ce massage a été créé aux Etats-Unis par Margareth Elke. C'est une technique de *massage de relaxation* très élaborée dans laquelle la perfection du geste a un effet valorisant pour la personne massée. Il y a évidemment une action proprement physiologique de détente provoquée par la stimulation de la peau, les pétrissages et autres manœuvres. L'accent est mis également sur la symétrie, sur la réunification et sur la *globalisation du corps* (Gestalt), par le moyen de gestes et de mouvements spécifiques afin que la personne massée se sente *unifiée ou réunifiée* «ici et maintenant». Ce massage est également très structurant psychologiquement car il est complet et construit d'une façon organisée. Pour ces trois raisons, le Sensitive Gestalt Massage a une dimension thérapeutique.

Ces trois mots peuvent se résumer ainsi :

- par **Sensitive**, nous définissons la qualité du contact pendant tout le massage, sensitif parce qu'il fait appel par l'intermédiaire d'une technique précise, aux potentialités extraordinaires de notre système cutané.
- par **Gestalt**, nous entendons le processus qui permet d'être dans la conscience intérieure du corps - ici et maintenant - afin de créer une expérience holistique. Sans être pour autant une psychothérapie, le S.G.M. prend ses racines dans la Gestalt Thérapie de Fritz Perls avec lequel Margaret Elke a travaillé.
- par **Massage**, outre l'utilisation d'une grande variété de mouvements en modulant rythmes et pressions, nous y trouvons des variations spécifiques au S.G.M. telles que unification, énergétisation, enracinement, prise de contact, processus de séparation.

La prise de contact dans le S.G.M. est un moment privilégié, et requiert du tact dans la relation de soin, du sens de ce qu'il convient de faire. Le thérapeute se doit d'avoir développé la capacité d'être à l'intérieur de soi tout en étant simultanément présent à l'autre. Cette faculté de « sentir avec » (Sandor Ferenczi) où le patient connaîtra « une impression de bonté », tient à la fois du contact maintenu et de la « disponibilité intérieure et d'accueil »... profondément authentique. Cette faculté de présence dans le toucher de la S.G.M. me semble analogue à cette notion développée par Sacha Natcht dans « la présence du psychanalyste » et évoquée par certains comme F. Dolto ou J. Lacan qui insiste sur la valeur de ce temps juste : ni trop tôt, ni trop tard. Faire preuve de tact dans ce premier moment du massage S.G.M., c'est aussi mettre en acte une manière d'être et de faire, une délicatesse. La prise de contact en S.G.M. est le point d'ancrage d'un évènement : c'est **la rencontre**. Se faire masser c'est s'accorder un temps de bien-être, de respect de son corps et de soi-même. C'est également se percevoir dans sa globalité, découvrir et ressentir « l'état des lieux », ici et maintenant. C'est souvent et pour beaucoup, les prémices de la reconnaissance d'une souffrance et d'une demande d'aide. C'est l'invitation à une prise de conscience de la relation à soi et à l'autre au sein d'une relation masseur-massé, respectueuse, chaleureuse et empathique.

Notre travail, et celui du patient va consister à séparer, à partir d'une sensation partagée, ce qui appartient à chacun. Au début tout est attribué au masseur : sensation et plaisir, et le patient ne s'y intéresse pas. Ce sont les mots prononcés sur ses émois qui renforcent leur appropriation par le sujet. Au fil des séances, l'expérience de la perception de son corps propre, débouche sur la conviction du patient qu'il a des sensations, qu'il peut parler d'un éprouvé. Je crois que le moment moteur de ce traitement tient à la découverte par le patient de ce que son corps « produit » sous nos mains. Quelqu'un est là, qui sent, accepte, voit et parle une activité que le patient veut ignorer. En même temps que le masseur regarde son patient, il reconnaît son existence, bien sûr, mais il observe quelle partie du corps est présente et vivante ; quelle autre partie est tendue, effacée, morte ; ce ventre passif, cette main figée ; quel est ce visage qui dit autre chose que le corps, ou la parole ? On écoute aussi le rythme de la parole, de la respiration, la tonalité de la voix, la coordination des gestes. La tension corporelle est perçue dans la conscience corporelle du masseur. Le patient va faire l'apprentissage d'une passivité active.

Le masseur entre dans l'espace intime du patient. Celui-ci désire être touché pour sortir de l'impasse où l'a mis la maladie et, en même temps, il redoute les mains qui le touchent. Au début, le toucher provoque une méfiance, car toute intrusion compromet l'intégrité corporelle. Qu'allez-vous me faire ? Si ces paroles ne sont pas exprimées, elles sont pensées. Puis la confiance s'installe, les paupières s'abandonnent sous les yeux. La vigilance du patient baisse et le masseur peut entrer plus profondément. Avec la **musculature superficielle**, nous sommes sous la dépendance du **système limbique**. Il régit avant tout le comportement émotif et une de ses missions est l'agencement d'un

comportement somato-moteur et végétatif en fonction de l'affect émotionnel. Une des pistes possibles, est de raviver l'ordre émotionnel de la personne de notre patient. Nous touchons ici la cuirasse caractérielle de Reich (15). Certains traits de caractère inscrivent, à la fois dans le corps et dans l'esprit, une même marque, à côté des résistances inconscientes psychiques, une résistance physique, ce que W. Reich a appelé « *la cuirasse musculaire* ».

La douleur peut être utilisée comme agent thérapeutique : quand l'organisme subit un stress, des réactions salvatrices se mettent en mouvement. Il est nécessaire de les utiliser pour stimuler les fonctions endormies. L'armure se développe d'abord comme un moyen d'éviter la douleur ou l'insatisfaction, mais elle devient en fait un réflexe inconscient habituel par lequel nous nous accrochons à la douleur. Prendre conscience de son armure, c'est se libérer de ses attitudes et de ses postures inspirées du passé, tout en les intégrant. Pour se libérer de cette armure, il ne s'agit pas seulement d'entrer en contact avec elle et de reconnaître le rôle qu'elle joue dans nos vies, cela implique aussi de la réclamer comme partie intégrante de ce que nous sommes. Aider le patient tient à établir ce contact et à s'approprier son armure, voilà un des axes de notre travail lorsque nous encourageons nos patients à exprimer leurs émotions et à partager ce qu'ils ressentent. Avec les muscles cybernétiques, les viscères, les articulations, nous sommes sous la dépendance du **cerveau reptilien** (selon Mac Lean), c'est le cerveau le plus archaïque : il commande l'activité spinale dite réflexe ; son langage moteur est violent ; c'est lui qui déclenche les crises de blocage comme le lumbago ; il commande des actes d'agressivité impulsive. Il incombe alors au masseur de réactiver ces récepteurs inducteurs d'éveil par des manœuvres particulières telle que des étirements, des secousses, des pressions associées aux mobilisations, aux vibrations ; autant de sensations cénesthésiques ajoutées à la sensation cutanée.

C - LES QUATRE TEMPS DE NOTRE PRATIQUE

Premier temps :

- **La sudation**, temps caractéristique du Hammam, période durant laquelle, nous intensifions ce processus par des exercices sur « l'énergie » qui ont pour but :

- de constituer le groupe, de ressentir physiquement son appartenance au groupe,
- exercices sur le toucher (Do-In, sensations et enveloppe corporelle),
- sur l'espace,
- sur la proxémie,
- sur le regard,
- sur la voix (respiration - son - cri - harmonique),
- développement de l'écoute et l'attention.



- **Le groupe de mouvements bioénergétiques** : les mouvements énergétiques que nous utilisons sont issus de recherches en sciences humaines ⁽¹⁾ qui ont mis en évidence le fait que l'inconscient s'inscrit dans le corps sous forme de tensions chroniques. Celles-ci inhibent la respiration, entravent le mouvement, amoindrissent la perception des sensations et des émotions, bloquent certains processus de vie. Ces exercices sont utilisés et adaptés au cadre durant le temps de sudation, pour relâcher ces tensions, amplifier le mouvement respiratoire, restaurer la capacité de se mouvoir, de façon plus libre, développer la prise de conscience de son corps, de ses sensations et de ses émotions. Le résultat est non seulement un mieux être physique et psychique, mais aussi une meilleure connaissance de soi et des autres. Ce moment nous permet de mettre en relation les divers protagonistes du groupe.

- **Une autre technique est aussi utilisée : la kinésiologie éducative** (4) . Une sensation d'échec induit une mauvaise perception de soi et réciproquement : la personne s'enferme. Rompre cette dynamique, pour retrouver la confiance en soi, est le but recherché. Cette méthode s'appuie sur le mouvement pour rééduquer le cerveau. Les exercices moteurs simples, attractifs et courts sont appelés BRAIN GYM. trois axes de connection neurologiques sont sollicités :

- Droite gauche : c'est la base de notre capacité à communiquer.
- Avant arrière : favorise le développement de la compréhension.
- Haut bas : cet axe est porteur de nos capacités d'organisation.

Deuxième temps : Le gommage et la toilette.

Troisième temps : Le massage individuel.

Quatrième temps : Le groupe de parole. C'est un moment de retour au groupe, moment de socialisation (partage du thé à la menthe), où sont favorisés le partage de ce qui vient de se vivre durant les divers temps de soins.

D - PROPOS SUR L'ETHIQUE

Notre formation et notre statut de psychomotricien, celui de « *technicien de la relation au corps* », à partir du moment où nous avons fait pour nous-mêmes ce travail d'analyse à la relation à notre propre corps dans cette pratique du massage, font que la pratique du massage peut remplir sa fonction « paradoxale » : masser le corps de l'autre, c'est se rapprocher tout en lui faisant sentir de la distance. C'est pouvoir aller-venir dans une relation corporelle distancée et respectueuse ... N'est-ce pas là en quelque sorte les prémices du « *Fort-Da* », si important pour l'enfant dans la symbolisation ? On peut ajouter que ce travail peut se comparer à ce que Freud (1928) appelle le « *Durch-Arbeit* », c'est-à-dire « *travail au travers* », c'est ce que nous appelons le « *vécu corporel* ». C'est cela qui constitue l'expérience fondatrice, individuelle, du flottement de son identité corporelle. C'est de cette expérience que le psychomotricien tirera l'enseignement le plus précieux pour lui « *au delà du savoir-faire vers le faire au delà du savoir* ». Pour que les échanges précoces ne restent pas dans le domaine de l'impensable, ou de l'infra-symbolique, il ne suffit pas qu'ils aient lieu. Si le geste lui-même, en ce qu'il a d'enveloppant vient proposer un « contenant » d'expérience, il n'en est pas moins vrai qu'il doit faire office de contenu. Car c'est aussi la liaison entre l'éprouvé corporel et l'affect,

⁽¹⁾ Initiées par W.Reich, disciple dissident de S. Freud, poursuivies par A. Lowen, J. Painter, J. Pierrakos, et le travail de Georges Pous, Psychanalyste clinicien de la psychose - Thérapie corporelle des psychoses.

qui joue comme facteur d'unité de l'activité psychique. La mère, en ce qu'elle donne sens, en ce qu'elle interprète les signaux, les indices que lui adresse son nourrisson, lui sert de miroir et d'écho psychiques. Le thérapeute aura cette tâche, souvent délicate, de repérer les affects et les émois qui émaillent l'échange. Nous pensons que, faute de cette élaboration, le massage ou plus largement, l'approche corporelle, ne serait qu'un ersatz idéalisé des soins maternels qui, à défaut de remplir, s'imaginerait réparer par la seule expérience de gratification dans le réel.

E - PROPOS SUR QUELQUES VALIDATIONS DU TOUCHER

Chez l'embryon, la peau apparaît dès le deuxième mois de gestation, précédant ainsi les autres organes sensoriels. La peau s'avère un organe sensible aux stimulations. L'enfant en devenir effectue précocement un ensemble d'expériences corporelles par l'intermédiaire de la peau qui reçoit, traduit, traite et intègre une multitude de messages émanant de sa mère et du monde extérieur. Tous ces mouvements et connexions somato-psychiques se trouvent facilités par le fait que la peau et les organes sensoriels s'originent dans la même structure embryonnaire : l'ectoderme.

Un autre point qui mérite d'être abordé, et qui pour notre équipe paraît évident, c'est l'aspect positif et privilégié que le massage permet, de par sa **relation de sécurité**. Le S.G.M. est d'abord un travail sur la peau, organe hyper-réceptif et puissant, le seul qui est réellement mature dès la naissance, qui proportionnellement au poids du bébé domine sa sensorialité et qui appartient, rappelons-le, au même pli embryologique que le cerveau : l'ectoderme.

Nombreux, à ce jour, sont les travaux de recherche à caractère éthologique, neuro-psychologique ou psychologique, venant confirmer l'extrême importance de la peau dans le bon équilibre et développement de l'être humain.

- Que ce soit le remarquable travail d'Ashley Montagu dans « la peau et le toucher » (10) où il est bien souligné l'importance des stimulations tactiles sur le fonctionnement et le développement de l'organisme, sur l'équilibre des activités nouvelles comme la respiration, l'excrétion, les défenses immunitaires, la vigilance, le rythme cardiaque, la qualité de la tonicité, la juste alternance du cycle veille-sommeil, l'attachement.

- Que ce soit les travaux de Frans Veldman (16) sur la science de l'affectivité : l'haptonomie où il conceptualise ce sentiment de « *sécurité de base* », tellement important à acquérir pour un développement psychomoteur et psychoaffectif harmonieux de la personne. Le concept d'haptonomie provient de la conjonction des termes grecs classiques « hapsis » qui désignent le toucher, le sens, la sensation, le tact et « nomos » : loi règle, norme. Hapto signifie : je touche, je réunis, j'établis une relation, je (m') attache à. Au sens figuré : j'établis (tactilement) une relation, un contact, pour confirmer l'autre dans son existence. Cette intention décelable dans l'étymologie, caractérise l'approche haptonomique : contact psychotactile qui considère la personne dans son intégralité, pour la confirmer (affectivement) dans son essence.

- Que ce soit Boris Cyrulnik dans « Sous le signe du lien », les ouvrages de Naoui comme « l'enfant porté », ou les travaux de psychanalystes comme Freud, Ferenczi, Reich, Dolto, B. This, S. Lebovici ou Sami-Ali, tous mettent en relief la place fondamentale des premières relations au corps, pour aider à une première structuration équilibrée de l'appareil psychique.

- Que ce soit, l'élaboration de la notion de Moi-Peau, dont Didier Anzieu (1) n'a cessé d'enrichir depuis son article princeps de 1974 jusqu'à la 2^{ème} édition du « **Moi-Peau** ». Dans le creuset maternel, le nourrisson imprime tout un quantum de données sensori-motrices, émotionnelles et iconiques sur, par et dans sa peau qui forme la limite dedans-dehors. Les îlots de cohérence corporelle du nourrisson s'imbriqueront et se souderont en un espace clos. Cette prise de possession de son territoire corporel lui permettra de faire vivre de manière autonome son psychisme par l'entremise de l'intersensorialité et de l'inscription de traces. bref, le psychisme naît dans une relation dynamique, tactile, motrice et iconique (6) devenant au fil de l'individuation du sujet un Moi-Peau qui démarque le contenu du contenant.

« La sensation tactile procure la distinction de base entre le « dedans » et le « dehors » et elle est la seule qui puisse la donner ; les autres sens ne peuvent le faire que par référence à la sensation tactile et en complémentarité avec elle et avec la constitution de cette interface » (2).

Cette interface adviendra en enveloppe psychique telle une métaphorisation du Moi-Peau.

F - INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

En fait l'usage et le type de thérapies à médiations corporelles varient :

- en fonction de la formation du psychomotricien, kinésithérapeute, psychologue, ou psychiatre, et de ses références théoriques et surtout de son parcours personnel et didactique en thérapies corporelles,
- en fonction de l'âge du sujet, du sexe du protagoniste, de la situation clinique et de la psychopathologie à l'œuvre.
- et de la technique thérapeutique retenue, des objectifs et hypothèses étiopathogéniques formulées.

La première indication est de répondre à la demande, c'est-à-dire d'être un soin physique. Le psychotique a besoin que l'on s'occupe de son corps propre.

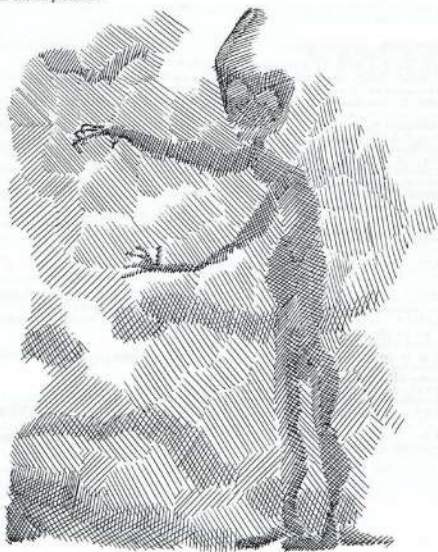
« Le Moi, dit Freud, dérive en fin de compte de sensations corporelles, principalement de celles qui surgissent à partir de la surface du corps » (7). Notons qu'il n'est pas seulement question de la peau et qu'il faut certainement comprendre dans les « sensations corporelles », la structure musculaire et la richesse de la sensibilité proprioceptive. L'analyse bio énergétique (17) que nous utilisons durant la période de sudation exploite bien ces ressorts thérapeutiques.

La deuxième, est que la réponse est médiatisée par le cadre, le hammam, (élément de l'interface) et la création d'un espace tiers : la technique de massage. Ce cadre thérapeutique, nous paraît un **élément fondamental** de l'abord corporel de patients psychotiques, dans la mesure où aucune élaboration ne peut se faire sans un espace extérieur à eux, pendant de l'espace intérieur. Le médiateur : technique et cadre, devra permettre l'instauration d'un contact « non sexualisé » selon l'expression de Françoise Dolto à propos de la relation mère-enfant.

Les troubles massifs de la représentation du corps constituent les indications essentielles dans l'univers de la psychose ; syndrome de dépersonnalisation, plaintes hypocondriaques, vécu corporel très altéré... Ainsi, **au regard de notre évolution, les personnalités psychotiques représentent une bonne indication ainsi que les patients border-line** chez qui habituellement les plaintes somatiques sont importantes. La globalité de ce soin facilite la prise de conscience d'une enveloppe corporelle contenant globale qui va lutter contre les menaces de morcellement. Ce soin

s'inscrit dans un projet thérapeutique global. En aucun cas, il ne s'agit d'une activité occupationnelle qui viendrait combler un emploi du temps, mais bien un temps thérapeutique. L'assiduité aux séances est une des conditions du soin ; une bonne maîtrise du projet thérapeutique vient répondre à l'ambivalence du patient.

Comme contre-indication, nous retiendrons les patients chez qui lors de l'entretien d'accueil, (travail sur l'élaboration de la demande de soin) une alliance de travail n'a pu se réaliser, ainsi que les personnes trop régressées, les états délirants et hallucinés sans possibilité de gestion de la réalité même par le retour à une sensation corporelle. L'érotisation massive de la relation constitue le second versant de ces contre-indications, ainsi que le vécu persécuteur du contact corporel. Sans oublier de rappeler qu'ici dans le terrain miné des soins aux personnes souffrant de troubles psychotiques, les techniques comme les élaborations conceptuelles ne peuvent guère s'ériger en savoir absolu dogmatique et globaliste, mais tout au plus comme un « possible » que nous voudrions encore plausible.



G - PROPOS POUR UNE CONCLUSION

L'atelier d'hydrothérapie autour du «hammam» de part ces quatre temps posposés, est un soin original. Il est prescrit pour faire du bien au corps, aider le patient à se faire du bien. Comme les soins maternels, ils ont à voir avec l'auto-conservation, la satisfaction des besoins. Cet abord est pré-psychothérapique et doit permettre l'instauration d'une base de sensations-perceptions sans laquelle il n'y a pas de Moi, car nous avons affaire à des patients qui souffrent de failles importantes du Moi, et de carences de certaines fonctions psychiques. *Toucher au corps signifie toucher au narcissisme, dans ce qu'il a de positif et de nécessaire à la vie.* Au seuil de cette journée, nous espérons vous avoir touchés par notre propos.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - ANZIEU Didier : La peau, du plaisir à la pensée. In l'attachement, sous la direction de ZAZZO, DELACHAUX et NIESTLE, 1974.
- 2 - « Le Moi-Peau ». Nouvelle Revue de Psychanalyse, N°9, 1974.
- 3 - « Le Moi-Peau », 1984, 2^{ème} édition Préface de 21 pages « le Moi-Peau 10 ans après », Dunod, 1995.
- 4 - « L'épiderme nomade et la peau psychique », Ed. Apsygée, 1990.
- 5 - ANZIEU D. : Une peau pour les pensées. Entretiens avec G. Tarrab, Paris, 1986, Clautier Guénaud p 73.
- 6 - BOURGEOIS D., BOUILLET A., ALBERNHE T. : « Utilisation du hammam en psychiatrie », Congrès de l'A.S.P.S., Montfavet 1992.
- 7 - BOURGEOIS D., BOUILLET A., CAYOL F. : « Le hammam, une hydrothérapie en psychiatrie », Communication à la S.P.S.M. le 8 février 1996, In Psy-Cause N°3, mars 1996.
- 8 - DENNISON Paul : Le mouvement clé de l'apprentissage. Ed. le Souffle d'Or.
- 9 - DOLTO Boris : Le corps entre les mains, Paris, Hermann, 1976.
- 10 - DORON J. : Pour une cartographie du fonctionnement psychique. Etude des représentations iconiques de la psyché. Rev. Int. Psychopathol., 15, 615-633, 1994.
- 11 - FREUD S (1923) : « Le ça et le moi ». In Essai de psychanalyse, Payot, Paris, 1951.
- 12 - GENTIS R. : La main du masseur que l'on croyait perdue... In Groddeck, l'Arc N°78, 1980.
- 13 - LOWEN A. : « La pratique de la bioénergie » Ed. Tchou, 1978.
- 14 - MONTAGU Ashley : Le toucher : la signification humaine de la peau, Ed. Seuil, 1979.
- 15 - PASINI W., ANDREOLI A. : Le corps en psychothérapie, Ed. Payot, 1981.
- 16 - PICARD D. : Le corps, Ed. Corps et Culture, 1983.
- 17 - POUS G. et coll. : « Utilisation spécifique du massage et du mouvement dans l'abord corporel des maladies psychotiques adultes », Informations Psychiatriques, Janvier 1974, Vol. 50, N°1.
- 18 - PRAYEZ P. : « Le toucher en psychothérapie : la parole impliquée », Le Journal des Psychologues, N°124, fév. 95, p45.
- 19 - « Tactophiles et tactophobes », In Pratiques Corporelles, N°83, 1987.
- 20 - « Le tabou du toucher et l'intelligence sensible », In affect et processus de pensée, Les cahiers de psychopathologie clinique N°11, Censier, Paris.
- 21 - « Le toucher en psychothérapie », Ed. Epi, Paris, 1995.
- 22 - REICH Wilhelm : L'analyse caractérielle, Ed Payot, Paris, 1971.
- 23 - VELDMAN F. : L'haptonomie, PUF, 1989.
- 24 - VIGNE D. : « L'adulte : corps, affect et représentation ». In Abrégé de psychomotricité, Ed. Masson, 1994.
- 25 - VIGNE D. : « Le corps à l'Hôpital Psychiatrique ». In Les troubles psychomoteurs et le thérapeute en psychomotricité. Collection Psychothérapies Corporelles. Ed. Masson, 1994

ITINERAIRE DE PATIENT

Bernard PETIT
Cadre Infirmier Supérieur
Fédération Accueil Urgences,
Psychiatrie de Liaison ⁽¹⁾
Centre Hospitalier de Montpellier

Les mots des hommes sont comme les hommes eux-mêmes, susceptibles de nomadisme.

Au gré de ses pérégrinations, le chemin latin ITER s'est transformé en itinéraire et en errance, aujourd'hui pourvus chacun de deux sens différents qui nous permettent d'éclairer nos conceptions de l'accompagnement du patient.

De la quête du Graal jamais achevée à Ulysse qui trouvera le chemin du retour en passant par Ahasver le Juif errant symbole de la condition humaine, il est question de chemin à parcourir, d'espace, mais aussi de temps : doit-on et peut-on presser le patient ?

Alors que je commençais à réfléchir à la manière dont j'allais traiter le thème de cette journée, un glissement s'est opéré dans mon esprit : au mot psychotique s'est substitué celui de patient. Plutôt que de réajuster ma pensée, j'ai poursuivi sur la voie de cette erreur qui, pour être involontaire, n'en est pas moins signifiante. En effet, le psychotique est également appelé patient, client ou malade. Ces trois termes, selon qu'ils sont employés pour une même personne psychotique ont pour effet de lui conférer des statuts différents et ont pour corollaire de donner un sens différent à la relation soignant/soigné. Autrement dit, du statut attribué au soigné dépendra la nature des actes concrets posés par les soignants. Ceci signifie que pour analyser nos pratiques, pour les évaluer, il est nécessaire d'en repérer les fondements.

Je commencerai donc par apporter un rapide éclairage sur ces trois termes. Dans un deuxième temps, je définirai la notion d'itinéraire qui sera mise en parallèle avec celle d'errance. Enfin, l'approche de trois mythes (la quête du Graal, Ulysse et le Juif errant) viendra non pas clore cet exposé, mais ouvrir sur un questionnement.

1 - Le psychotique : un patient, un malade ou un client ?

Patient, cela renvoie au temps, à l'attente... Lorsqu'on est patient, on ne se laisse pas forcément envahir par la trotteuse d'une montre. Sans doute peut-on être bon patient si l'on sait faire avec le temps. Je dis bien si l'on sait faire avec et non si l'on en a rien à faire du temps.

Les plus chroniques sont-ils les plus patients ? Qui d'entre nous n'a été frappé par ce temps qui ne passe pas ? Qui d'entre nous ne s'est étonné, de retour dans un pavillon dit de « chroniques » après quelques semaines ou quelques années d'absence, de retrouver les mêmes patients, aux mêmes places, les mêmes rites, les mêmes odeurs, les mêmes visages sans âge ?

⁽¹⁾ Centre Hospitalier Montpellier, FAUPL, 13617 Aix en Provence Cédex 1, Tél 04.42.16.16.10 (poste 1817)

L'asile est une excellente illustration de ce que pourrait être l'éternité. Hochman a fort bien clarifié la capacité des psychotiques à immobiliser toutes choses, et notamment le temps.

La fonction (en partie) du soignant va consister, en psychiatrie, à prendre le temps. A le comprendre même, au sens plein du terme, c'est à dire le prendre ensemble, avec le patient. Ce n'est au fond que dans cette perspective égalitaire fondée sur la reconnaissance des différences que l'on pourra instaurer une relation d'homme à homme.

Le malade, à mes yeux, connaît un sort moins enviable. Il est diminué, soumis à ceux qui savent comment le guérir ou tout au moins le soulager. Le malade est suspect : quelle faute a-t-il commise qu'il doit expier par la maladie?

Les réactions suscitées par le Sida nous ont rappelé combien cette façon de voir les choses reste d'actualité.

Tout comme, malgré nos efforts et nos dénis, reste d'actualité le fait que le malade ne vaut plus que par sa maladie : son nom, on a tendance à l'oublier. On ne parle plus du dénommé Untel, on se transmet des informations à propos du dé-nommé infarctus ou schizophrène.

Par ailleurs que penser de la hiérarchie née des représentations sociales liées aux maladies? L'infarctus est respectable : on peut lui reprocher une hygiène de vie approximative, mais enfin, son accident est dû à une vie intense productive... Alors que la cirrhose est nettement moins bien cotée. Lorsque prévaut la maladie, la relation soignant-soigné est déséquilibrée. Le soignant sait, pense, ordonne. Le soigné n'est plus sujet, il est objet de symptômes. Pour paraphraser Hesbeen, dans ce cadre on fait des soins, on ne prend pas soin de ...

Le client, enfin. Lui, il est roi. Et s'il est roi, c'est celui des ca... Il paie, et c'est à son fric qu'on en veut. Il n'existe pas en tant que tel, il n'est que par rapport à l'argent qu'il peut ou ne peut pas fournir. Clientèle et service public ne vont pas ensemble. Quoi qu'on puisse en dire, ce sont deux notions radicalement exclusives l'une de l'autre. Essayez d'aller chez un commerçant, dites lui : « Je suis client, je n'ai pas d'argent, je voudrais tel article ». Si ça marche, faites le savoir. Mais ça ne marchera pas.

Le citoyen qui contribue financièrement au fonctionnement d'un service public reste un citoyen usager d'un service public. S'il est un client, il s'adresse à un commerce. Je n'ai rien contre le commerce, mais j'ai horreur que l'on veuille me faire prendre des vessies pour des lanternes. D'autant plus qu'une telle orientation déséquilibre également la relation soignant-soigné. A l'inverse de ce qui se joue dans le cas de figure lié à la maladie, c'est le client qui a tout pouvoir. Il paie, le soignant fournit un objet négociable : du soin. La rencontre entre deux sujets est accessoire. Or dans notre profession, c'est bien la rencontre qui est essentielle à la qualité du soin.



2 - Pérégrinations : itinéraire et errance

Le mot itinéraire est apparu dans la langue française au XIX^{ème} siècle. Il est issu du latin ITER - ITINERIS : chemin et d'ITERARE : voyage. Il est pourvu de deux acceptions :

1 - Chemin à suivre ou suivi pour aller d'un lieu à un autre. Par extension, indication parfois accompagnée d'une description de tous les lieux où l'on passe pour aller d'un endroit à un autre.

2 - Qui a rapport aux chemins et aux routes (mesures, balises...)

Nous voici renvoyés à deux idées.

D'une part à la plus communément admise, celle d'un parcours balisé, déjà connu, dont on sait par avance chacune des particularités et des repères. Là, il n'y a pas de sens à produire. Nous sommes dans le domaine du contrôle, de la mesure des écarts par rapport aux nouveaux repères.

D'autre part à celle que laisse entrevoir la première définition, c'est-à-dire la conception d'un parcours que l'on ne connaît pas a priori. Ici, la carte est élaborée au fil des pas, des découvertes. Le sens est produit par le marcheur qui devra faire avec les non-sens, les impasses, l'imprévisible.

En tant que soignants, comment nous situons-nous? Comme compagnon de route, co-explorateur ; ou comme guide connaissant parfaitement le chemin et ses embûches? La réponse est entre les deux, dans l'articulation de deux postures de base, différentes et complémentaires. Cependant, à un moment donné et précis, l'on ne peut être que dans l'une ou dans l'autre. Être dans les deux à la fois serait de l'ambivalence. Ne pas savoir identifier sa posture serait de l'inconscience. C'est entre autre pour cela que les soignants en psychiatrie ont à travailler sur eux-même.

Le terme d'itinéraire a donc deux versions, l'une connotée à la technocratie, à la rationalité, véritable outil de maîtrise du temps et de l'espace, consacré aux gains économiques et financiers, l'autre à connotation plus poétique, plus erratique qui renvoie à la notion d'être en projet, se construisant lui-même au fil du temps.

Ce second sens amène à se questionner sur l'errance, issue des mêmes racines latines qu'itinéraire.

L'errance est elle aussi pourvue de deux termes.

Le premier de ces sens a une connotation négative. C'est l'errance du vagabond, de celui qui est perdu. Elle conduit à l'enfermement en prison, à l'asile ou en soi-même et génère violence et a-sociabilité.

L'autre errance, la « bonne », plus ou moins contrôlée, valorisée, est celle qui amène à dire des voyages qu'ils forment la jeunesse. Elle est la condition du passage, de l'initiation, de l'ouverture aux autres et de la coopération.

Là encore, les effets de la mise en acte des conceptions dépendent de ces mêmes conceptions. C'est une évidence, me direz-vous, certes. Mais c'est pour moi une évidence qu'aujourd'hui nous apprenons trop à poser des actes sans penser à leurs fondements et à leurs effets. Question d'efficacité, paraît-il. D'abord parce que le temps serait de l'argent et qu'il convient de ne pas en perdre en vaines palabres. Ensuite parce que ceux qui sont sensés savoir nous disent qu'il n'y a pas d'alternative. Mais que savent-ils au juste? *La célèbre pensée unique n'est pas une pensée.* Elle n'est qu'une série d'actes déduits de postulats érigés en dogmes. Le propre de la machine est d'agir sans penser. Outre le rire, le propre de l'homme est de penser ses actes avant, pendant et après. En prenant le temps qu'il faut. *L'acte a un coût. La pensée n'a pas de prix...*

3 - L'itin-errant et les mythes

La quête du Graal (ou de l'inaccessible) symbolise la recherche de la perfection de soi. Pour Jung, le Graal représente la plénitude intérieure de tout temps recherchée par les hommes.

La quête est une mission qui consiste en une errance qui n'aboutira pas, à l'image de Chrétien de Troyes qui n'achèvera jamais son poème.

L'important dans le mythe n'est pas tant d'identifier l'objet Graal, mais bien d'en saisir la fonction initiatique.

On peut noter que les deux types d'itinéraires sont présents dans le poème :

- celui de Perceval, ignorant de sa mission et qui la découvre après quelques erreurs ;
- celui de Galaad qui la connaît et se conforme à un itinéraire pré-établi.

Retenons également deux postures analogues entre le lecteur du poème et le soignant :

- celle qui consiste à identifier la maladie dont souffre le roi, à l'aide d'une grille de lecture qui, pour être utile n'en est pas moins enfermante, comme toutes les grilles.
- celle qui cherche à comprendre le vécu de l'autre. Peu importe que ce qui est dit soit vrai ou pas. Ce qui fait sens, c'est que ce soit dit là et aujourd'hui.

La quête du Graal est à mettre en relation avec l'enquête menée par Guillaume de Baskerville dans le roman d'Umberto Eco : le Nom de la Rose. Chacune des découvertes du moine est due au hasard et à l'erreur identifiée et régulée. Et lorsqu'il arrive enfin à savoir, tout le savoir du monde contenu dans la bibliothèque est détruit par le feu. Et Guillaume, sachant qu'il ne cessera jamais de poursuivre sa quête.



Le voyage d'Ulysse est celui d'un héros profondément humain. Tout au long de ses pérégrinations, ce qui le caractérise, c'est son intelligence : la METIS.

La métis est un long parcours où n'existe aucune indication quant aux directions à suivre, où les chemins tracés n'existent pas. Seuls les dieux ont des certitudes. Les hommes, eux, ne peuvent cheminer que par des connaissances approximatives, des détours.

C'est la mise à distance, le recul, le temps de réflexion qui permettent au voyageur de poursuivre sa route.

La métis est une intelligence pratique étouffée par un savoir savant, une technique « technocratique » promue par des hommes qui se prennent pour des dieux, pleins de certitude.

Athanassiou, au cours d'un décodage psychanalytique du mythe nous apprend qu'Ulysse poursuit une connaissance qu'il n'atteindra jamais. Il construit son identité et sait qu'il peut le faire parce que Pénélope, femme et mère, tisse et retisse les liens qui les unissent malgré et grâce à l'absence et l'éloignement.

Pénélope ou l'institution-mère, serais-je tenté de rajouter. L'institution qui abrite, accueille, protège et contient. L'institution dont on a peut-être trop décrié la fonction nourricière, maternante, sans laquelle l'éloignement et le voyage ne sont possibles; Et donc impossible la construction ou la reconstruction de soi.

Mais la mère ne suffit pas. Il faut un père aussi. Je m'appuierai à nouveau sur le texte d'Athanassiou pour déterminer son rôle. Ulysse voyage sur mer, dans une dimension fluide semblable au liquide amniotique. Pour être ce qu'il devient (Athanassiou écrit « pour devenir ce qu'il est », et s'appuie donc sur un paradigme essentialiste), Ulysse a besoin de se confronter à une limite, une réalité externe solide : en un mot, le père. Le retour à Ithaque n'est possible qu'à la condition qu'Ulysse mette un terme à sa toute puissance et reconnaisse Laërte. Le processus de filiation est alors mis en oeuvre. Ulysse accédera à l'état d'homme.

Là encore, le mythe nous renvoie à l'institution et au rôle que les soignants ont à jouer dans l'espace et le temps de l'itinérance.

Le Juif errant

Il symbolise l'histoire humaine.

Ahasver est condamné à errer sans repos jusqu'à la fin des temps. Condamnation extrêmement sévère puisque celui qui la subit se voit exclu des relations affectives et assiste indéfiniment à la mort, la disparition, la renaissance...

Au cours du temps, le mythe prendra plusieurs significations.

En premier lieu, il a pour vocation de figurer la condition humaine faite de mouvement et d'immobilité. Pressé de questions par ceux qui désirent s'approprier son savoir, le vagabond s'arrête brièvement avant de reprendre sa course autour du monde.

Puis l'image du Juif errant constitue pour les chrétiens l'image de celui qui a perdu sa vie en perdant sa mort pour avoir offensé le Christ. L'outrage à Dieu se traduit par une errance perpétuelle. Le mythe sert alors de modèle contre les Juifs et les incroyants.

A partir du XVIII^e siècle, celui des Lumières, l'image s'inverse pour représenter celle de la révolte contre l'ordre établi. La liberté de penser se conquiert dans la souffrance d'un difficile travail sur soi et constitue la condition de l'émancipation des êtres et des peuples opprimés. Difficile liberté, écrivait Lévinas.

L'errance est une souffrance. Ne confondons pas souffrance et douleur. Souffrir signifie supporter. La douleur renvoie à une impression anormale et pénible (Litré).

Par sa présence active, le soignant peut alléger la souffrance du soigné, la partager.

La douleur n'est jamais assumée que par celui qui l'éprouve.

Voilà qui limite le champ d'action des professionnels de la santé et met un frein à d'éventuelles velléités de toute puissance.

Quant au patient, sera-t-il considéré comme un être frappé par une juste punition ou comme un semblable qu'on ne peut laisser souffrir seul dans sa condition commune à tous les hommes?

Le retour à soi se fait détour interminable
(E. Lévinas - Humanisme de l'autre homme).

BIBLIOGRAPHIE NON EXHAUSTIVE

ATHANASSIOU C. : Ulysse, une odysée psychanalytique .Césura Lyon Editions, 1986.

ECO U. : Le nom de la rose, Grasset, 1982.

HOMERE : L'Odysée, Gallimard.

JUNG C.G. : L'homme et ses symboles, Pont Royal, 1964.

SUE E. : Le Juif errant, Robert Laffont, 1983.

STEINER G. : Les Antigones, Gallimard, 1986.

THERON D., LORANT M.T., BLEY D. : Les S.D.F. dans la cité. Revue prévenir N°28 , 1995

Ainsi que différents dictionnaires consacrés aux mythes et symboles.



LE CONCEPT A L'EPREUVE DE LA REALITE "ANCRAGES ET DERIVES"

Texte élaboré à partir du brain storming du groupe avignonnais de CLEFS⁽¹⁾

Joëlle ARDUIN
Didier BOURGEOIS
Praticiens Hospitaliers au CH. Montfavet
Claudine BRUNEAU
DVS du Vaucluse

Alain IOUALALEN
Psychiatre Libéral à Avignon
Karine FAYE-ALBERNHE
Praticien Hospitalier au C.H. Montfavet
Didier LACOURT
Educateur en pédopsychiatrie,
au C.H. Montfavet

Dans l'évolution conceptuelle concernant la psychose, l'abord systémique illustré par l'école de Palo alto (USA), issue pour partie de la révolution cybernétique, semble avoir constitué, a posteriori, un point de rupture important mais non contradictoire avec les conceptions psychanalytiques qui embrasaient depuis plusieurs décennies déjà le champ de la psychologie et de la psychiatrie.

La prise en compte de la maladie mentale était alors en train de se dégager du carcan aliéniste asilaire dans le contexte fantastique de la montée en puissance des premiers psychotropes efficaces (1952, LABORIT) qui allaient contribuer à apaiser le climat des asiles jusqu'alors fait de violence et de cris.

Elle s'appuyait aussi sur les avancées de la psychiatrie institutionnelle d'inspiration humaniste, philosophique et analytique (TOSQUELLES, OURY, DELEUZE, GUATTARI), de l'antipsychiatrie naissante (LAING, COOPER), voire de la politichiatrie Basaglienne.

On connaît les apports initiaux de la systémique : les concepts de *rétroaction*, de *double-lien* (*double bind*) dans la schizophrénie, les approches thérapeutiques structurales et interrelationnelles qui faisaient de la famille un nouveau et fécond terrain d'intervention, libérant par conséquent le *"fou désigné"* du fardeau d'être le seul objet de soins.

On assiste depuis quelques temps, sous la pression de la réalité, *incontournable* même dans la psychose (la réalité incontournable, est-ce un concept ou un mythe?), à la mise en place d'un nouveau vocabulaire que l'on pourrait qualifier de multiculturel, melting pot "analytico-cognitivist", diablement opérant finalement, car au delà du néo-jargon qu'il risque d'être encore pour un temps et de la redénomination par simple effet de mode de pratiques bien connues : parler de la *"psychiatrie de secteur"* puis de *"psychiatrie en réseau"* que l'on faisait au fond "depuis toujours sans le savoir comme Monsieur Jourdain faisait de la prose", (N. HORRASSIUS aux journées des Croix Marines du 28 février 1997, Aix-en-Provence) ; ce sont les hommes qui font l'histoire, même et surtout une histoire douloureuse, qui les forge.

Cependant pour en rester à cet exemple, passer du concept de secteur à celui de réseau n'est pas innocent c'est à dire que cela ne peut pas ne pas avoir d'implication dans le réel, ne serait ce qu'en logique comptable et énergétique. Le concept de noeud interrelationnel prenant le pas sur celui de cadre relationnel, c'est tout le dispositif qui se trouve structurellement décalé.

⁽¹⁾ CLEFS : Collectif de Liaison et d'Echanges sur les Familles et les Systèmes, s'adresser à Joëlle ARDUIN, Secteur 2 Centre Hospitalier de Montfavet, 84143 Montfavet Cedex, Tél 04.90.03.

Ce travail est donc issu du brain storming d'un groupe de systémiciens et selon le cadrage utilisé, c'est à dire selon l'outil conceptuel activé par l'auditeur, l'écouteur (notion de dispositif d'écoute qui fait écho aux dispositions à écouter) ; il pourra être considéré tantôt comme illustrant la pensée psychotique faite d'associations floues (logique floue et sciences molles), de discontinuité évocatrice de *fading* mental, de contamination d'idées, de dérives et d'ancrages, tantôt comme susceptible de donner accès à une pensée libérée (des contraintes du réel) à travers le jeu de mot le plus sordide ou la plus révélateur.

Je vous demande donc de régler au préalable votre écouteur interne selon la sensibilité des concepts qui vous habitent actuellement, la discussion après la communication pouvant devenir le temps d'une dialectisation conceptuelle, laissant deviner quelques facettes des prismes supposés des "*dispositifs d'écoute*" personnels (boîtes noires qui ont à voir avec l'intimité et l'histoire de cette intimité).

Partant de la praxis systémique, il conviendrait de définir différents facteurs et aussi, par conséquent, la notion de cofacteur au sens biochimique, enzymatique, de "*cofacteur de folie*" (le fou étant peut-être (définition partielle) celui qui reste intact après l'événement, donc celui qui se montre aux yeux d'autrui incapable d'apprentissage émotionnel ou cognitif).

Nous connaissons tous l'intérêt, pour un professionnel, d'être "*au clair*" avec le rôle et le statut des intervenants (notion de co-intervention) et de "*l'intervenu*" (ce néologisme utilisant la voie passive désigne celui sur qui s'applique l'intervention, sans tenir compte des rétroactions qui relativiseraient tout mais).

Il s'agit d'être sensibilisé aux fonctions conjointes des intervenants, couplées au sens de la mécanique, ainsi qu'au contexte de l'intervention, la demande pouvant venir de l'intervenu ou d'un "*mandant*" extérieur au petit système initial par exemple, la demande pouvant être recadrée comme solution au problème d'un système situé en amont: notion de système en cascade ou à tiroirs.

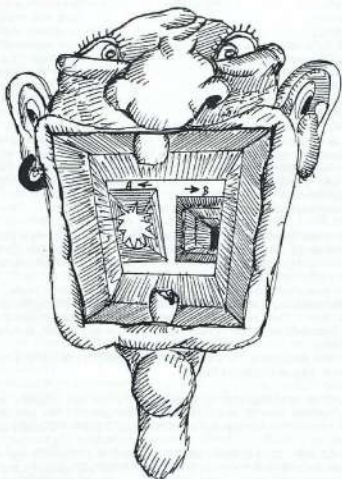
A partir de ces éléments chacun va pouvoir créer le cadre rigide, flou, poreux, et le champ vaste, étroit, miné, de son intervention, qui vont constituer des références (notion d'autoréférence initiée par Charis KATAKIS (2)), un néo-système interactionnel. Chacun des éléments vivants du système est ainsi en mesure de créer son système qui n'est pas forcément identique pour tous: notions de coconstruction du réel. Humberto MATURANA (3), dans un domaine "*naturel*" a pu montrer que la perception visuelle résulte de l'intersection de ce qui s'offre à nous (spectacle) et de l'activité de notre système nerveux. On pourrait dire que chacun est en mesure d'élaborer son "*image du cadre ou du système*", voire son "*idéal du cadre*".

On est en plein jargon *psychanalyticosystémique*!

Ces systèmes ne sont pas superposables mais sont en relation, ne serait-ce qu'intellectuelle:

Par exemple dans un champ d'intervention simple constitué par deux intervenants a, b et un intervenu i en interactions multiples, on décrit d'emblée deux champs d'intervention A et B, leur somme sociologique géométrique C, l'intersection fluide ou rigide de leurs surfaces ce qui dévoile d'autres champs complexes et gigognes, les "*images des champs*", voire le champ d'exclusion (le hors-champ) le contrechamp (au Festival de Cannes) et les champs virtuels qu'ils supposent... tout cela avec seulement deux dimensions initiales.

Il peut exister, bien sûr, une série de métacadres potentiels et gigognes, par exemple issus de la hiérarchie de a, de b, des deux..., qui complexifieront le système.



EVOLUTION DU CADRE

C'est l'introduction de la dimension temporelle :

Le but serait d'autoriser ou de promouvoir l'évolution du cadre initial, spontané, pour le rendre si possible thérapeutique, éducatif, soignant, selon le contexte... ce qui ouvre sur des différenciations de champs: apprentissage, élevage, dressage, maternage etc... (par exemple, la dimension parentale contient les notions conjointes d'élevage, de soins (les bons soins), et d'apprentissage (éducation)).

Le statut principal de l'intervenant va inmanquablement contribuer à orienter, vectoriser l'attente de l'intervenu, mais un même intervenant peut se trouver investi de plusieurs "étiquettes" cumulables ou contradictoires, simultanément ou successivement. *L'analyse transactionnelle* est un bon outil d'exploration de cette dimension : on pourra parler de statut opérant voire de statut "résonnant" pour définir celui qui agit de façon privilégié.

La notion d'hypothèse a été très féconde en systémie et les intervenants ont tous cherché (et apprécié) à un moment de leur expérience à "faire des hypothèses", des constructions souvent sophistiquées. Au primat de l'hypothèse s'oppose aujourd'hui, par effet de balancier, l'idée d'une libération de l'hypothèse, libération susceptible d'activer peut-être ainsi la "compétence naturelle" du système exploré ou envahi ("La compétence des familles", G. AUSLOOS) et le processus informatif alors libéré des hypothèses. Le processus thérapeutique se déroulerait alors plus clairement dans le champ du réel coconstruit du thérapeute inclus dans le système en jeu, sans l'écran (dans les deux sens du terme), le voile des hypothèses de travail.

On peut, se plongeant dans un cadre spécifique, désirer le voir évoluer (ou inversement désirer qu'il reste identique!) ce qui introduit les notions de résistance au changement, de *changement écran*, de leurre de changement (L'heure du changement!).... Les psychanalystes ne manqueraient pas d'évoquer l'irruption du "désir", ce qui constituerait un coup de projecteur "X" dans la boîte noire; (toujours la métaphore cinématographique!).

En termes mathématiques, s'actualisent les concepts de vectorisation et de résultante qui conduisent par contagion et association d'idée à la notion de *cap* (terme du vocabulaire maritime), de port d'attache et de destination, d'escalade, de naufrage, de voyage, de voyage pathologique (l'itinérance)

Question: dans un processus psychotique, où et comment jeter l'ancre (notion de pause!), comment jeter l'encre sur le papier, (notion de passage à l'acte hébétéidophrénique)?

Image: Dans une Bande Dessinée bien connue, lorsque Asterix lui demande de jeter l'ancre, Obélix le fait, plein de bonne volonté, sans vérifier qu'elle soit bien attachée au navire. C'est le gag!

Et pourtant, dans nos passages à l'acte professionnels, combien de fois la réalité nous a-t-elle enseigné que ce gag, nous l'avons fait!

La pause dans un itinéraire de psychotique, dans un congrès ou dans un processus thérapeutique est-elle un équilibre momentané ou un déséquilibre non-apparent? Est-elle seulement la scansion nécessaire qui invente les temps préalables et postérieurs (comme en football où le terme de mi-temps désigne à la fois les temps de jeu et l'inter-temps!). Le *Zen* nous rappelle que le pont unit deux rives ce qui entérine le fait qu'elles existent. La notion de pause retrouve donc le questionnement sur la fonction de l'intervalle dans la conception des nombres 1, 2, 3. et les fameux problèmes d'intervalles de notre enfance.

Le concept à l'épreuve de la réalité, serait aussi la détermination de l'outil d'observation (un microscope pour observer un macrochangement) voire de l'outil thérapeutique, et le prix à payer pour le changement (par le système et/ou par le sujet du changement bien sûr, ce qui fonde en partie une logique de résistance au changement et pose le symptôme (psychotique) comme solution au problème existentiel, une solution qui pose problème.

Ce questionnement peut faire appel aux concepts bien explorés de cycle de vie, d'un individu ou d'une institution (4), à la notion psychobiologique d'homéostasie et aux principes physiques de synergie, d'antagonisme qui fondent équilibre et déséquilibre, mouvement et stase (faire du *trapèze* en voile).

Pour rester dans le vocabulaire de la navigation on peut évoquer le principe de l'ancrage, du multiancrage, plus efficace mais plus difficile à débloquer en cas de besoin urgent de lever l'ancre, de l'ancre flottante qui freine la dérive mais l'autorise, l'utilise, la modère.

On peut retrouver la notion de période de flottement (de vacance, d'indécision) qui est potentiellement une période féconde, critique (la crise). Crise d'identité de statut de rôle, de fonction...de sens.

On peut s'interroger sur la fonction de la crise (confusion, clarification!) dans un processus de changement ou de résistance au changement. La crise modifie, altère le cadre, mais peut devenir un cadre en elle même : notion de "mise en crise chronique" chez le toxicomane quand la crise devient structurelle. L'outil de la "Gestalt théorie" peut nous aider à discerner quels seraient, sur le moment, le (les) cadre devenus nets, utiles, prégnants, ou freins, écrans au changement. La notion de cadre-écran, de transparence où on montre tout mais on ne voit rien!, d'opacité, est très utile dans les approches institutionnelles.

Le concept de crise dans la psychose doit être appréhendé comme lié à celui de temps (la crise comme parenthèse temporelle ou comme pivot existentiel). Ce n'est qu'à l'issue de la crise que l'on pourra dire que c'était (ce n'était qu') une crise ou bien que ce moment fécond a contribué à un changement structurel.

Dans une dimension politique, le chômage actuel en France est-il structurel ou toujours accidentel, critique? La notion de crise implique celle de changement de valeur, (on parle de crise des valeurs et la notion de travail est un exemple de valeur sociale remise en cause du point de vue philosophique et sociologique!), les valeurs d'un système pouvant être certaines des références du système.

Ce débat ouvre sur la **relativité des valeurs** et les notions d'"idéal du système" ainsi que de système de valeur.

Question : Un système peut-il changer de valeur sans changer de structure?

Il peut rester le même (exception?) si la valeur fondant le système est que l'on peut/doit changer de valeur, mais si la valeur change, le système est bloqué : on pourrait appeler cela une valeur crétoise! (1)

Hypothèse : Le contenu de la crise peut être une clef du système ou bien faire éclater le système (le noeud Gordien). Par exemple, la violence peut faire éclater un système ou au contraire le renforcer: le problème du terrorisme politique type "brigade rouge" (1979, Italie) et le slogan "provocation-répression-mobilisation" en mai 1968!

A ce stade de la réflexion, on pourrait soulever à juste titre l'idée que nous avons réfléchi en boucle, ou dérivé par rapport au cadre initial de notre réflexion (donc sans avancer!) ce qui invaliderait le processus de réflexion ou le classerait parmi les discours fous (c'est aussi une question de dispositif d'écoute!). Dans ce cas, c'est peut-être que le cadre initial était mal posé ce qui pourrait nous autoriser/inciter à le redéfinir à partir de la conclusion partielle ainsi obtenue (vérification de l'hypothèse initiale). La mise en relief par comparaison de l'hypothèse et de la conclusion fonde la démarche scientifique. Ce qui subsiste après avoir passé les mots (maux), les concepts, à la moulinette de l'épreuve de réalité forme aussi les reliefs de ce festin intellectuel, abstrait, ce festin d'anorexique, ce qui est une image utile de certains délires.



Le monde de la psychiatrie, "l'institution mentale" au sens de HOCHMAN comme "l'institution totale" au sens de GOFFMANN tend à devenir le monde du patient. Nous avons dans les archives des services de soins, des dossiers "lourds et épais" qui contiennent en strates jaunies, l'observation au jour de jour de décennies entières de la vie des patients "chroniques asilaires", leurs petits tracés quotidiens, les visites, les diarrhées, les crises ; les noms des intervenants soignants y changent mais le patient reste. Un psychotique asilaire enfermé dans un tel dossier ne peut, dans ces conditions d'existence, conserver de jardin secret que par la "folie" qui perturbe le récit, (le récif) de cette sorte de "roman familial" ou roman de l'institution. Pour reprendre la métaphore institutionnelle de la sédimentation asilaire, ce qui indique qu'il persiste de la vie en terrain sédimentaire, c'est l'éclosion en surface de petites bulles de méthane, nauséabondes certes, mais indices précieux. Ces dossiers épais qui perdureront après la sortie du patient, voire après sa mort, qui seront éventuellement consultables, lui interdisent tout jardin secret, toute intimité.

Or, ce qui constitue un sujet c'est aussi son jardin secret! Cette "bulle du schizophrène" que les soignants ont tour à tour eu envie de casser, de pénétrer, de matérialiser, de respecter, contient potentiellement tous les ingrédients d'un monde figé, aliéné ("J'ai vingt ans" dira en délirant une vieille schizophrène qui a vingt ans depuis deux fois vingt ans) qui dérive dans un univers devenu étranger dans ses dimensions temporo-spatiales et émotionnelles. C'est un monde ancré dans un passé qui n'est partiellement accessible (cité, suscité ou ressuscité) qu'en temps de crise, provoquant involontairement ou pas des stéréotypies soignantes qui constituent d'autres mondes clos.

Dans cette perspective le temps n'est plus fini mais indéfini, ce qui est différent d'infini, c'est un temps total, circulaire qui n'entrevoit pas la relativité.

Ces limites nées de la réalité d'autrui imposent, en tant que bagage pour le voyage, la notion de *carte du monde* (à deux dimensions donc plate, la *carte du tendre* en poésie), de programme officiel qui est une vectorisation et d'éclairage de l'itinéraire: (Cf. le phare qui guide l'entrée du port). Un seul phare suffit si sa lumière a une couleur ou une fréquence incluse dans un code partagé, social, qui indique de quel côté de la lumière on doit passer

NOTES

1) Le paradoxe: "Tous les Crétois sont des menteurs" dit un Crétois.

2) Charis KATAKIS, élève de VASSILIOU, a développé la notion de "Self-referencial conceptual System" (voir "Panorama des thérapies familiales" sous la direction de Mony ELKAIM, p.171, Edition du Seuil, Paris, 1995).

3) H.M. MATURANA: "Wath is to see" in "Arch. biol. med. exp". p. 256, Santiago du Chili, 1983.

4) P. SABARY: "Cycle de vie d'une institution"; communication à la 3ème Journée d'étude de CLEFS, 1993, "L'Atrium", 84 Saint-Didier.

LE DIAGNOSTIC DE SCHIZOPHRENIE AU RISQUE D'ITINERAIRES

Jean-Louis GAUTHIER
Psychiatre Assistant ⁽¹⁾
Intersecteur Vaucluse Nord
(84 1 01)

Avant propos

Mon itinéraire m'a amené tardivement à la psychiatrie. Enfant, adolescent, jeune homme, père de famille, j'étais très fréquemment malade et très souvent bien obligé de me soumettre à la « médecine ». Dans ce contexte où je la « pratiquais » beaucoup avant même de l'étudier, la lecture d'un livre, « la médecine de la personne », de Paul TOURNIER, m'a beaucoup apporté.

Pendant 9 ans, dans le cadre du ministère de l'agriculture, j'ai soigné les plantes malades. J'ai ensuite été médecin généraliste. Puis après trois années sabbatiques, j'ai entrepris des études de psychiatrie. Tel est donc l'itinéraire personnel qui m'a conduit un jour à rencontrer des patients en tant que spécialiste du traitement des troubles mentaux. Je résumerai mon propos au vaste monde des schizophrènes.

Des itinéraires de schizophrènes, marqués de rémissions complètes lorsque l'attention et les soins ont été adaptés, ont conduit à l'idée que, parfois l'état de santé psychique dépend beaucoup de la qualité des relations entretenues avec les proches que ce soit des membres de la famille ou des soignants. Le regard porté sur le malade, lui permet de mieux se porter et se supporter ou contribue à l'aggravation de son état. Dans la même perspective relationnelle, l'atmosphère que la société crée autour de ses malades mentaux a une incidence considérable sur le développement de leur pathologie mentale. Ainsi l'ambiance autour des schizophrènes a beaucoup changé ces dernières années et par voie de conséquence, les points de vue sur les degrés de gravité de la maladie. Le diagnostic lui même paraît fluctuer selon divers facteurs, ce qui n'est pas sans incidence socio-économique, ni sans poser question sur la nature du travail médical en psychiatrie et sur la pertinence des classifications des maladies psychiques. Statistiquement les précarités contribuent à l'éclosion d'un plus grand pourcentage de schizophrènes, cependant que les dispositions économiques, envisagées pour réduire les déficits des caisses de sécurité sociale, augmentent le sentiment public d'insécurité (sociale ?) et de précarité.

Nous allons évoquer succinctement ces divers itinéraires individuels et collectifs, et tenter de jeter un regard prospectif en direction de l'avenir en fonction de ce qui nous est proposé actuellement par les ordonnances gouvernementales.

⁽¹⁾ Unité Mère Bébé et Unité d'Adolescents, Intersecteur A, Centre Hospitalier de Montfavet, 84143 Montfavet Cedex, Tél 04.90.03.92.37

A - EVOLUTION DES CONNAISSANCES.

Les connaissances acquises de la science s'énonçaient ainsi, il y a seulement 12 ans, (12 ans seulement) : la schizophrénie est une maladie très grave. Son diagnostic est très lourd de conséquences. Il ne faut donc prononcer ce mot qu'après avoir pris du temps et après avoir éliminé toutes les autres possibilités. L'évolution se fait vers la démence par quelques paliers successifs. Chaque rechute est dramatique puisqu'elle fait descendre d'un palier. Le traitement doit être continu. Quelques rares individus pourront sortir de l'hôpital et avoir un petit travail routinier s'ils bénéficient de très bonnes circonstances, bon entourage, etc. Cet énoncé était déjà une ouverture par rapport aux décades précédentes. Pendant très longtemps, dès que le diagnostic avait été émis, l'hospitalisation était, à coup sur, définitive et totale. Nous rencontrons encore, parfois, quelqu'un qui a été porteur du diagnostic de démence précoce dans son adolescence et n'a pas quitté l'hôpital psychiatrique depuis 50 ans.

En 1992, soit quelques années plus tard, un autre horizon apparaissait. Dans un opuscule de laboratoire, fournisseur de neuroleptiques, se trouvait la statistique suivante. Sur 100 schizophrénies diagnostiquées, 25 seraient définitivement hospitalisés, 25 n'entendraient plus jamais parler de leur maladie, 25 seraient des malades légers suivis uniquement en ambulatoire, et 25 auraient plus ou moins besoin d'être hospitalisés de temps à autre. Donc 75% auraient actuellement une évolution plutôt favorable au lieu de 0% il y a seulement 12 ans.

Dans le même opuscule le cas d'un malade de 40 ans, ouvrier parisien, était développé. Il avait déjà commencé un traitement pour une schizophrénie de diagnostic récent. Il se voyait délivré totalement, et du traitement et du diagnostic, suite à des entretiens d'ethnopsychiatrie et à un réaménagement de ses activités professionnelles.

B - TROIS ITINERAIRES

Deux itinéraires de schizophrènes, vers les années 1990, eurent ces points communs : femmes jeunes, de moins de 40 ans, soignées toutes 2 par intermittence, ayant chacune un enfant, ayant toutes 2 des relations très difficiles avec leurs parents et avec les soignants. Chez toutes 2, la réintégration des valeurs de leur enfance amena une restauration de leur narcissisme, la régression de leur délire, la capacité de travailler, et pour celle dont l'enfant était encore jeune, la capacité de l'assumer à plein temps. Dans ces 2 situations, la confiance s'était établie lentement, permettant à chacune de trouver les choix existentiels qui lui convenaient. Les médications étaient devenues infimes. La restauration, sinon l'établissement de relations affectives satisfaisantes avec les ascendants, les collatéraux et les descendants (l'une d'elle avait une fille de 20 ans) avait été un facteur important de la récupération de leur capacités. Les équipes soignantes avaient essentiellement privilégié l'harmonisation des relations, dans toutes les directions : familiales, médicales, sociales, amicales...

L'itinéraire d'une troisième schizophrène permettrait de redire sensiblement les mêmes choses, à cette différence que la pathologie avait nécessité des traitements très importants. La patiente avait provoqué, à son encontre, la mise en place de consignes qui rappelaient très précisément celles que lui donnait ses parents. Il semblerait, parfois, que le dispositif, dit de soins, soit répétitif de ce qui avait été pathogène : ce dispositif réactiverait et renforcerait la pathologie.

Voici quelques commentaires en mémoire de ces trois cas, qui ont évolué très favorablement, au moins pendant quelques années. Il est évident que nous ne pouvons donner ici la masse d'informations qui serait nécessaire pour être démonstratif.

Précisons certains points qui ont eu un très grand rôle dans ces périodes d'évolution favorable.

1° Chaque fois que nous avons eu les circonstances pour **donner beaucoup de temps, ou une qualité d'attention adaptée à la situation**, nous avons constaté une régression des symptômes qui a pu aller jusqu'à leur disparition et à la suppression de tout traitement. Cependant cela s'est avéré fragile. Les retours en milieu agressif, par exemple le milieu familial, le jour de la Noël, se sont soldés parfois par des rechutes massives : retour à la "case départ", envahissement de toute la personne par tout ce qui lui avait fait mal.

2° Il nous a été donné de constater, ce qui est peut-être une lapalissade pour beaucoup, que **le regard porté sur le malade a une grande incidence** sur son état et sur son évolution. Mais cela va bien au delà de l'effet immédiat sur l'humeur d'un individu ou d'un groupe qui se laisse détendre ou contaminer par l'un d'eux. Précisons par deux exemples :

* L'un de nous, récemment, lors d'une conférence, affirmait à propos d'un malade : *« si nous l'avions traité comme un paranoïaque, il serait devenu paranoïaque ; si nous l'avions traité comme un schizophrène, il serait devenu schizophrène ; nous l'avons considéré comme un maniaco dépressif et cela se passe bien. »*

* Le 2ème exemple est développé par Victor FRANKL, l'un des successeurs en titre à la chaire de psychanalyse de Sigmund FREUD. Il dit en substance que même dans une psychanalyse stricte, avec quelques mots très rares, l'analysé « adopte », sans s'en apercevoir, le point de vue de l'analyste, et que l'analyse cesse lorsque le rapprochement des points de vue est fait.

C - CELA POSE PLUSIEURS PROBLEMES.

1) Problème de budget :

Dans le premier des exemples, parano ? schizo ? PMD ? cela n'est pas sans incidence sur les budgets. Bientôt nous saurons attribuer à nos patients la pathologie la plus payante sur le plan des répartitions budgétaires. Nous devons tous les classer selon la Classification Internationale des Maladies, (Chapitre 5, maladies mentales), le CIM 10 qui désigne chaque maladie par un numéro à 3 ou 4 ou 5 chiffres. Remarquons tout d'abord que c'est le 10ème remaniement de la classification internationale et que dans son préambule il est bien précisé qu'elle n'est pas définitive. Mais il faut, obligatoirement, coder chaque malade. La raison, c'est que les budgets vont en dépendre. Notons en même temps que :

* l'ordinateur n'admet qu'un code qui est "provisoirement" définitif, alors qu'il est recommandé de donner un diagnostic principal et un diagnostic secondaire,

* la classification énonce qu'il y a des diagnostics provisoires,

* un malade est classé différemment selon le médecin qui le classe,

* le malade est classé selon le regard d'un médecin,

* le regard d'un même médecin peut se modifier au sujet d'un même malade,

* etc etc



2) Problème de classification :

Constatons qu'il est possible de faire des classifications de matériels, boulons, chaussettes, minéraux, animaux et bien d'autres choses, mais cela n'est pas toujours facile. Ceux qui ont du apprendre une classification et la réapprendre quelques années plus tard, savent de quoi il est question, car même dans des domaines qui peuvent paraître stables (archéologie, géologie, géographie) on fait valser les étiquettes. L'esprit humain peut-il rester immobile ?? Hommage en cette circonstance à un grand chercheur, Théodore MONOD, qui déclare que 80% des espèces vivantes ne sont pas inventoriées, ni repérées, ni décrites. Est-ce possible ?

Les maladies, aussi, peuvent être classées, mais encore non sans mal. Nous avons appris, par exemple, il n'y a pas si longtemps, les 6 maladies éruptives exclusives de toute autre maladie éruptive (il n'y en avait que 6) et à peine 10 ans plus tard, en formation post universitaire, une liste de 40 virus susceptibles de provoquer des éruptions nous a été remise (les virus, une centaine d'années après les microbes, venaient d'arriver !). Cependant il faut bien tenter de classer les maladies selon l'une ou l'autre des classifications les plus courantes, CIM 10ème, DSM 3 ou 3R ou DSM 4 ou 4 R (R veut dire révisé). Mais peut-on classer les malades, réduire leur état de santé à une lettre et 3 ou 4 chiffres ? En 3 à 6 signes peut-il être tout dit d'une problématique de santé ? Tout de l'état mental d'une personne sans permission de se tromper puisque l'ordinateur n'admet qu'un seul code ! Et même le coût du malade sera ainsi déterminé. L'être humain deviendra-t-il « code barre » ? !



3) Problème de l'effet de notre travail individuel ou collectif :

Le regard que nous portons sur le malade, individuellement et collectivement, est certainement conséquent. Mais quel est-il ? Nos connaissances ont-elles l'importance que leur attribue la « diplomite » institutionnelle ? Ou est-il question, non pas de notre savoir mais de notre être ? Ne serions-nous pas en train de transmettre ce que nous sommes et non pas des connaissances, notre savoir étant parfois nuisible parce que mal utilisé, parce que nous y croyons trop ? Nos propos ont-ils l'importance que nous leur attribuons ? Une sagesse ancestrale dit « *Ce que tu es crie si fort que je n'entends pas ce que tu dis* ». La véritable question ne serait-elle pas que nous devrions, non pas accumuler de plus en plus de connaissances, mais de mieux en mieux découvrir, chacun, qui nous sommes, afin de ne pas mettre notre confiance dans un savoir qui est toujours aléatoire. Le déprimé contamine son entourage par sa dépression, le Vivant attire vers la Vie, le soignant qui n'a plus de croissance lorsqu'il estime ne plus avoir à progresser ne serait-il pas comme un arbre qui ne ferait pas de feuille au printemps ? ne serait-il pas mort et mortifère ?

Un nouveau courant, ne figurant pas dans les classifications officielles, énonce que **la médecine a négligé l'étude des facteurs de guérison**. Nous aurions des connaissances sur la partie malade qui dicte sa loi et nous ne saurions pas que la partie saine s'emploie activement pour faire disparaître le mal. On s'est appliqué à l'étude des maladies sans s'attacher à découvrir et à dynamiser les facteurs spontanés de guérison. Quand nous aurons bien classé, pour des besoins de répartition de budget, peut-être la médecine aura-t-elle changé et la classification sera-t-elle devenue obsolète ?

D - CONFIRMATIONS STATISTIQUES DE L'IMPORTANCE DE FACTEURS ECONOMIQUES ET SOCIOLOGIQUES DANS LES ITINERAIRES DE PSYCHOTIQUES.

J.VAN OS, actuellement Professeur de psychiatrie en Hollande, affirme avec de nombreuses statistiques à l'appui, en 1997, que les conditions de vie sociales défavorables jouent un rôle important dans l'émergence des schizophrénies. La promiscuité des banlieues surpeuplées, selon ses démonstrations, aggrave la proportion du nombre de schizophrènes. Augmentation des facteurs de risque avec le célibat, le manque d'éducation, le manque de revenus, les mauvaises conditions de vie dans l'enfance. Il s'agit là aussi des conditions de bonnes relations interpersonnelles. Les facteurs génétiques étant strictement les mêmes dans le monde entier, aux conditions sociales difficiles correspondent un pourcentage de psychotiques plus élevés. Lorsque les besoins fondamentaux de respect de la personne ne sont pas assurés (il ne s'agit pas des besoins matériels), la maladie mentale compensatoire augmente. Les précarisations, si propices aux bénéfices des entreprises lucratives, pourraient finalement coûter socialement très cher.

Correlativement les tentatives de mise en place de système de maîtrise des coûts qui ne veulent pas avoir pour base l'individu et la personne mais veulent créer des groupes d'**isoconsommateurs de soins**, pourraient bien revenir fort cher et ne pas donner les résultats escomptés. Il est en effet question de créer des CSMH, c'est à dire des Catégories Médico-Sociales Homogènes soit des groupes homogènes de malades de même catégorie médico-sociale. Ces groupes représenteraient des potentiels de coût qui permettraient aux instances de tutelle économique de prévoir les dépenses de chaque hôpital et de chaque service. Cela serait élaboré à partir des PMSI, Projet de Médicalisation des Systèmes Informatisés. Il est établi que ces PMSI donnent de bons résultats dans certaines activités hospitalières.

Cependant, si l'homme a pu faire procéder à des calculs extrêmement rapides à des machines comme « big blue » (800 kg de « puces ») pour gagner Gasparof aux échecs (3 milliards d'opérations en moins de 3 minutes,) l'homme n'a mis dans ces appareils qu'une fraction de son intelligence, *l'intelligence du cerveau et non celle du coeur*. Nos stratégies, dans le sillage de l'intelligence mathématique des ordinateurs, semblent ne pas tenir compte des besoins des personnes. **Chacun de nous est absolument unique**, dans son être, dans son parcours, dans ses relations. Chaque instant qui passe ne se reproduit plus et ne peut jamais être reproduit. Le passé n'est plus présent. Il ne peut être scientifiquement expérimenté. La vie va plus vite que sa description et ne permet pas sa répétition. Par exemple, après environ 240 essais, des scientifiques ont pu créer une brebis ayant le même code génétique qu'une autre. Cependant ces deux brebis sont différentes, ne serait-ce que par leur âge, la possibilité future d'en faire des séries étant envisageable. Nous aurons alors affaire à des clones, comme dans le monde végétal, et non plus à des populations. Mais, pour l'instant, chacun est une personne, unique, particulière, non assimilable à qui que ce soit. Le « *clonage en CMSH* » n'est pas possible.

Faire comme si cela était possible engage des frais énormes et des perspectives de tensions sociales dangereuses. Le regard collectif (représentatif de cette fin de siècle) qui modèle les individus, comme nous l'avons vu ci dessus, engendre des personnes qui obéissent à la partie de l'intelligence qui peut être utilisée dans les ordinateurs mais ces personnes sont amputées de l'intelligence du coeur. Ces personnes obéissent aux raisonnements économiques mais ne respectent plus les valeurs affectives, les intuitions du coeur, la conscience.

L'être humain n'étant pas limité à son intelligence mathématique, les mesures qui ne tiendront compte que de calculs économiques verront forcément leurs effets entravés par les autres besoins humains qu'ils soient viscéraux ou affectifs. Souhaitons que cela ne soit pas à travers des troubles sociaux graves, ou l'apparition de maladies psychiques très nombreuses.

EN RESUME, nous avons observé que de bonnes relations entre les personnes apportent souvent une sédation des symptomatologies, même chez des schizophrènes. Nous avons noté l'importance du regard individuel et collectif sur l'évolution de la personne, des données statistiques confirmant l'incidence des phénomènes socio-économiques. Dans ce domaine les efforts pour faire des économies pourraient avoir des effets nocifs si l'on oublie tant soit peu que chaque individu est une personne.



DEUXIEME COLLOQUE DE PSY-CAUSE

5 juin 1998 à Aix-en-Provence :

La dépression, une histoire privée, une affaire publique

Après cet article de Jean-Louis GAUTHIER, s'achève notre dossier sur « Itinéraires de psychotiques », thème du premier colloque Régional de Psy-Cause. Au fil des 15 communications, le lecteur aura pu parcourir un paysage dont la variété et la richesse sont le fruit de nombreuses années d'implication, d'enthousiasme et d'innovation, de la part de soignants, d'équipes pluridisciplinaires ayant relevé le défi de soigner les psychotiques.

Mais le lecteur aura peut être perçu une inquiétude, celle que l'initiative et la créativité soient progressivement étouffées par le maillage de plus en plus resserré d'un dispositif bureaucratique qui nie la vie à trop vouloir supprimer la mort. Est-ce un phénomène de société ? N'est-il pas de notre responsabilité de tirer la sonnette d'alarme pour que survienne un rééquilibrage des pouvoirs, tout simplement dans le sens du pouvoir de soigner ?

Le thème de notre second colloque Régional, qui se déroulera l'année prochaine à Aix-en-Provence, est celui de la dépression. Les professionnels de la psychiatrie sont là confrontés à l'une des principales maladies mortelles chez l'être humain, et dont l'issue fatale la plus habituelle, est le suicide. Nous sommes là au cœur du débat qui mobilise notre société Européenne occidentale du XX^{ème} siècle finissant, face à cette question de la mort... et de la perte.

Le lecteur trouvera en dernière page de Psy-Cause, un bulletin d'inscription au colloque du 5 juin 1998. Nous sommes persuadés que la prise en charge du déprimé a suscité autant d'esprit d'innovation que celle du psychotique. N'hésitez pas à nous adresser dès à présent votre projet de communication même s'il n'en est qu'au niveau de l'ébauche, voire à le travailler avec nous dans l'un des groupes rédactionnels qui se mettent en place dans l'aire géographique de Psy-Cause.

Jean-Paul BOSSUAT

Thierry LAVERGNE



PSY - CAUSE III

RUBRIQUES

OPINION

L'art et le lien social

Grégory VIDON
Plasticien ⁽¹⁾
Caumont sur Durance

Je vous remercie de communiquer aux lecteurs de Psy-Cause, ces propos en réponse à l'article publié dans votre revue, intitulé « Atelier Marie LAURENCIN », sur la question de l'Art et du lien social.

On nous dit que l'Art crée le lien social, mais vouloir faire de l'Art un acte social, c'est nier son essence même, son inutilité, ce qui justement l'oppose au social.

C'est au paléolithique supérieur, avec les fresques préhistoriques, empreintes rupestres données et provisoires de l'état de conscience, découlant de l'opposition sexualité/travail (1), que l'on attribue la naissance de l'Art ; première manifestation de l'acte créateur mais aussi du conflit psychique : le passage de l'Homo Faber (l'homme qui fabrique, qui travaille) à l'Homo Ludens (l'homme qui joue), l'inutilité au social, à qui l'on peut attribuer le concept d'érotisme et d'Art (2).

Art comme jeu, hasard, sans contraintes, acte transcendantal de l'homme préhistorique, flammes dansantes de lampes à graisse. La grotte comme reconduction du sexe féminin (3), où l'homme s'immisce à la recherche de la naissance de la conscience, où il tapisse la réalité qui l'entoure, les animaux, les scènes de chasse ; personnages ithyphalliques-magiques, vulves, verges, et portraits : individuer la réalité, influencer la conscience ou comme le geste simple du vouloir organicifier l'être, le vécu et la pensée en un amas enchevêtré de signes, figures, concepts-marques pré-linguistiques, signes abstraits, empreintes anthropomorphiques (mains négatives) qui se superposent pour un « tout », une conscience totale!

- L'artiste créateur serait le conservateur d'impressions originelles qui résistent à l'évolution, laquelle est aussi une forme de limitation restrictive et qui recourent encore à une sorte de répétition. Ce que l'on appelle « le talent Artistique » ou le pouvoir créateur serait la transposition, dans l'oeuvre, de cette contrainte, dans une seconde réalité nouvellement tracée. Et c'est dans la mesure où chacun a en fin de compte des racines dans cette couche profonde, qu'il serait touché par l'oeuvre du créateur, qu'il aurait le sentiment de prendre une part active à l'effet qu'elle produit. -(4)

- L'acte de création est une tentative renouvelée qui mène à redonner un sens autre aux conflits inconscients. -(5)

Un Art dangereux et mystérieux, appropriation d'un site, d'un espace de réalité, extérieur à l'habitation, s'inscrivant dans une réalité du en-dehors de la vie quotidienne, ni décoratives, ni « ornementatives ».

⁽¹⁾ Grégory VIDON, 111 rue d'Avignon, 84510 Caumont sur Durance

L'Art fait peur ! Il échappe du pourquoi il a été fait, échappe à cette réalité du travail, de l'utile, mais pourtant participe des individus de cette société, du « particulier ».

LACAN : « ... FREUD formule que, si une création du désir, pure au niveau du peintre, prend valeur commerciale - gratification qu'on peut tout de même qualifier de secondaire - c'est que son effet à quelque chose de profitable pour la société, pour ce qui, de la société, tombe sous son coup. Restons encore dans la vague pour dire que l'oeuvre, ça les apaise, les gens, ça les reconforte, en leur montrant qu'il peut y en avoir quelques-uns qui vivent de l'exploitation de leur désir. Mais pour que ça les satisfasse tellement, il faut bien qu'il y ait aussi cette autre incidence, que leur désir, à eux, de contempler y trouve quelque apaisement. Ça leur élève l'âme, comme on dit, c'est-à-dire ça les incite, eux au renoncement. »(6)

C'est parce qu'il renonce à faire qu'il se l'approprie. Il l'achète, le commande, le vend, l'enseigne et l'expose. L'Art n'est plus ce qui doit être fait mais ce qui doit être vendu, acheté, construit, et par là participe à des critères esthétiques (7), cum sensualis (sentiments partagés) et donc non plus l'Art-activité du besoin aboutissant ou consistant à la création d'oeuvres (8) mais comme Teknhé, Technique, artifice, ensemble de connaissances nécessaire à maîtriser une pratique donnée, une discipline.

Il prend alors sa dimension sociale parce qu'il est généré par une société pour cette même société, une ingestion d'oeuvres dispersées qui établissent règles et lois. Perspective, harmonie des couleurs, esthétisme ne sont que les reflets de ce que l'on pourrait appeler, l'ART UTILE : La Culture.(9)

L'acte créateur devient la conséquence de l'acte social. Faire de l'Art un acte social, c'est faire du commun, soumis à des lois, des règles définies par cette société. La culture devient le moteur de l'acte créateur : on fait de l'Art pour la culture, la culture nous fait faire de l'Art, le serpent se mord la queue, faire de l'Art pour l'Art(10), monstrueuse mise en Abyme.

CIORAN : « Tous ces poèmes où il n'est question que du poème, toute une poésie qui n'a d'autre matière quelle même! Que dirait-on d'une prière dont l'objet serait la religion. »(11)

Faire de la culture, c'est faire du social. Ce n'est plus l'acte existentiel qui prime, mais faire l'acte du et pour le social. La culture, c'est la répression de l'Art : c'est ce qui l'imprime dans le social, le rend utile.

On ne peut nier que le social, l'autre, les autres ne participent pas du processus, ils sont le « réel », ce qui est autour mais c'est dans sa déformation culturelle qu'il s'adresse à l'autre, un Art où l'artiste s'exclut de ce même processus, il devient spectateur d'une oeuvre sociale. L'Art n'est pas destiné à l'autre, c'est l'autre qui se destine à l'oeuvre d'Art, il ne communique pas, on communique autour de lui.

L'Art c'est se mettre devant, en face, avoir à distance(12), confronter la réalité de l'oeuvre à soi-même, le passage du virtuel au réel, son inscription dans le tangible ; PSYCHE, miroir préconscient, prothèse, ce qui nous permet d'individuer, quelque chose là où notre oeil ne nous permet pas de voir : Acte de résistance.(13)

NOTES : (1) voir « Férotisme » de Georges BATAILLE.

(2) voir « LASCAUX ou la naissance de l'Art » de Georges BATAILLE.

(3) voir « Inquiétante étrangeté et autres essais » de Sigmund FREUD.

(4) voir « Lettre ouverte à FREUD » de Lou ANDREAS-SALOME.

(5) voir « Nouvelle revue de Psychanalyse I », l'oeuvre lue de V. N. SMIRNOFF.

(6) voir « Le séminaire livre XI » de Jacques LACAN.

(7) Aesthesis : du Grec, Sentiment commun.

(8) Oeuvre : Ce qui est fait par quelqu'un et subsiste après l'action. (Def. dico).

(9) Cultura : Soins, Entretien. - Cultus : instruit, distingué, éducation.

(10) voir « Du spirituel dans l'Art et dans la peinture en particulier » de W. KANDINSKY.

(11) voir « De l'inconvénient d'être né » de CIORAN.

(12) voir « L'oeil et l'esprit » de M. MERLEAU-PONTY. (13) Gilles DELEUZE.

La rubrique « Opinion », a pour but d'être un lieu de débat sur des thèmes de réflexion.

BREVES

Didier BOURGEOIS
Praticien Hospitalier⁽¹⁾
Secteur Avignon centre/ Isle sur Sorgue
(84 G 05)

La mélatonine: une molécule d'avenir.

On soupçonnait déjà des effets bénéfiques à la mélatonine, cette hormone sécrétée par l'épiphyse et dont on s'est aperçu que le taux de sécrétion diminuait régulièrement avec l'âge. Tour à tour pressentie comme antioxydant, antiradicaux libres donc susceptible de diminuer les effets de l'âge voire de prévenir certains cancers, la mélatonine, qui pas considérée comme un médicament, est actuellement consommée à grande échelle aux USA pourtant réputés pour la sévérité de leur *Food and Drug Administration* et vendue dans les *drugstores*.

On découvre actuellement son effet bénéfique dans certains troubles du sommeil, les insomnies avec retard de phase et les effets du *jet lag*.

Dans les centres du sommeil on traite déjà certains patients porteurs de retard de phase à l'endormissement par "lux thérapie" qui permet une meilleure synchronisation. Ces sujets sont souvent des travailleurs postés déséquilibrés par leurs rythmes de travail nocturnes. Rappelons d'autre part l'intérêt de la photothérapie dans les dépressions saisonnières.

La mélatonine sera peut-être l'Aspirine du XXI^{ème} siècle! Cependant, il ne faut pas se précipiter, les produits disponibles sur le marché sont, aux USA, des extraits naturels d'épiphyse de bovin d'importation! et en Europe, rode toujours le spectre de l'Encéphalite bovine spongiforme. Il existe deux formes de mélatonine, le produit n'ayant pas d'AMM en France: capsules et gélules, ces dernières étant à base de collagène animal.

La recherche travaille car le marché est prometteur, d'une part sur la piste évidente des hormones synthétiques, donc pures et exemptes du risque infectieux, et d'autre part sur le terrain des agonistes de la mélatonine qui permettraient d'utiliser au mieux notre sécrétion naturelle de la précieuse hormone.

Les Tamagochis sont arrivés, Qu'en penser?

Directement importés du Japon, nous sont arrivés récemment les *Tamagochis*, ces animaux virtuels ovoïdes qui persécutent leurs parents adoptifs (ciblés entre huit et quinze ans) comme des bébés tyranniques. Programmés pour vivre sur quinze jours après éclosion, évolutifs et différenciés dans leur apparence, ils demandent, jour et nuit à un rythme aléatoire, des soins (toilette, nourriture, sommeil), de l'attention (il faut quotidiennement jouer un certain temps avec eux sinon ils tombent malades et meurent) et du dressage (des fessées pour les éduquer).

Les enfants arrivent très rapidement à les animer et à projeter sur eux une foule de sentiments humanoïdes: on assiste déjà au Japon à des "funérailles collectives de *Tamagochis*" tandis que dans certaines cours de récréations le jeu sadique à la mode consiste à faire "crever" le plus vite possible son *Tamagochi* en le privant de soins et en le corréant de manière inadaptée!

Le bruit des *Tamagochis* en colère ou criant famine a déjà perturbé maintes salles de classe et certains directeurs d'établissements scolaires ont du les interdire.

Il ne faut pas sous-estimer le phénomène car les ingénieurs informaticiens nippons ont su exploiter là les carences affectives de notre fin de siècle et l'immersion naturelle dans un paramonde virtuel, de toute une génération.

⁽¹⁾ Secteur 5, Centre Hospitalier 84143 Montfavet Cedex, Tél 04.09.03.91.69.

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

Avril 1997 : Criquet, le toxicomane de banlieue

Le numéro 8 de la publication « Aspects médico-légaux en pratique psychiatrique », éditée par le laboratoire Pharmacia Upjohn / Solvay Pharma, poursuit une très intéressante série sur des cas cliniques posant des problèmes médico-légaux.

Ce numéro expose, sous la signature d'Yves TYRODE, Expert près de la Cour d'Appel de Nîmes et Chef de Service au Centre Hospitalier de Montfavet, le cas de Youssef, connu de ses collègues sous le nom de « Criquet » :

« Criquet déambulait le long des trottoirs de sa cité, silhouette familière avec sa petite taille et son regard en coin. Il était toujours prêt à profiter des nombreuses et variées opportunités de la vie quotidienne de ce quartier que les médias appellent défavorisé. Son « business, euh », comme le dénomment ces petits dealers des quartiers Nord de Marseille, lui permettait de gagner largement, à quatorze ans et demi, de quoi s'habiller à la dernière mode des jeunes de la discothèque où il passait l'essentiel de ses nuits, préparant avec quelques autres acolytes une prochaine « rave party » dont il attendait d'excellents débouchés pour son nouvel arrivage d'ecstasy ».

Un jour son réseau s'évapore, et Criquet l'un des obscurs petits revendeurs, ressentit le manque. Son existence devient une course sans fin pour obtenir les 1 000 F quotidiens nécessaires à sa dose d'héroïne. « Lorsqu'il demanda, avec bravade, au juge d'instruction de permanence qui lui signifiait sa mise en examen pour le meurtre d'un clochard, ce qui avait bien pu « le mettre dedans », le magistrat brandit de son armoire la pièce à conviction sur laquelle avaient été relevées les empreintes : le pilon de bois et de cuir de ce malheureux unijambiste assassiné, que Criquet, « fracassé » et à court d'argent, avait essayé de « fourguer aux puces »!

Il convient dans un premier temps, de repérer la trajectoire existentielle : l'exemple du grand frère qui revend des autoradios volés ; l'absence du père plus intéressé par ses petits « voyages d'affaire » de part et d'autre de la méditerranée, que par sa progéniture ; le cousin qui s'est payé une BMW avec chaîne hi-fi et gère sa clientèle de sa terrasse de café grâce à son téléphone cellulaire

Ensuite, il faut reconstruire le parcours médical : à 8 ans, sur orientation de son instituteur qui ne peut plus supporter ses attitudes de provocation, Criquet est présenté en commission de circonscription d'enseignement préscolaire (CCPE), puis en commission départementale de l'éducation spéciale (CDES), ce qui débouche sur une admission en centre médico-social, en internat de semaine (semi-internat). « Son retour au domicile durant les week-ends, en raison de la disparition progressive, et pratiquement totale, des internats complets (afin de favoriser l'accueil de proximité et l'insertion en milieu familial) était source de problèmes. En effet, le jeune Criquet, du vendredi après-midi au lundi matin et durant les congés scolaires, continuait à vivre dans cette ambiance de quartier qui représentait, pour lui, sa véritable identité scolaire et culturelle ».

⁽¹⁾ Secteur 27, Centre Hospitalier, 84143 Montfavet Cedex Tél 04 90 03 92 76

L'auteur précise tout au long de ce parcours médical, les règles et le fonctionnement des divers dispositifs concernés. Il poursuit son exposé par une revue des aspects médico-légaux de l'usage des substances vénéneuses, et de l'arsenal pénal. Il attire l'attention sur les risques encourus par le prescripteur d'une ordonnance de complaisance qui peut être ainsi puni de 10 ans d'emprisonnement.

La bibliographie rappelle les ouvrages rédigés par l'auteur avec Thierry ALBERNHE : le tome I de « Législation en Santé Mentale » édité par les Laboratoires Duphar et Upjohn (Lyon, 1993), et les 3 tomes de « Psychiatrie légale » (Ellipses, Paris, 1995).

Avignon, Palais des Papes les 3 et 4 avril 1997 : Le PMSI en Psychiatrie⁽¹⁾

Le 3 et 4 avril 1997 se sont déroulées des journées de formation sur le Programme de Médicalisation du Système d'Information en Psychiatrie.

Ce Forum à l'initiative du Centre pour le Développement de l'Informatique Hospitalière Psychiatrique (CEDIHP) et l'Association Des Etablissements gérant des Secteurs de Santé Mentale (ADESM) avait pour objectif principal de dresser un état des lieux des travaux concernant la mise en place du PMSI, et de permettre une réflexion autour de ce thème entre les différents partenaires concernés (médecins / soignants / directeur d'hôpital / tutelles).

A l'inverse des établissements de court séjour (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) où le PMSI est mis en place depuis plusieurs années et permet l'attribution de budgets en fonction de l'activité constatée, les établissements psychiatriques n'étaient pas concernés par cet outil. C'est chose faite depuis le lancement des expérimentations PMSI avec une date de mise en place au 1er juin 1999 pour tous les établissements psychiatriques publics et privés.

Ces journées d'informations ont été l'occasion pour le Directeur des Hôpitaux, Madame BAZY-MALAUURIE, de démontrer aux participants l'intérêt de la mise en place d'un tel outil pour la psychiatrie.

L'avancement des travaux et des expérimentations présentés par Madame RINEAU et Madame BURETTE de la Mission PMSI du Ministère des Affaires Sociales et du Travail a permis aux professions de la santé de comprendre les choix techniques et politiques dans ce projet.

La présentation par les équipes soignantes des expérimentations PMSI en psychiatrie a permis de mieux connaître l'outil PMSI et d'appréhender concrètement les problèmes techniques posés par sa mise en place. Ces expériences ont pour but de tester les outils mis en place dans le cadre du PMSI, ils sont à différencier de ceux qui se mettront en place en routine, une fois fiabilisés et affinés.

Ce Forum a permis également de réfléchir à la place des différents outils de régulation (démarche / qualité / évaluation médico économique / planification) et leur articulation avec le futur PMSI. A ce titre le directeur de l'Agence Régionale de

⁽¹⁾ Compte rendu rédigé par Stéphanie LUQUET, attachée de Direction, Service Information et Organisation, Centre Hospitalier de Montfavet, tél 04.90.03.90.40

l'Hospitalisation, Monsieur DUTREIL Christian, a rappelé la nécessité d'instaurer un PMSI pour la psychiatrie, sans pour autant envisager la disparition des autres outils de régulation. L'objectif étant pour Monsieur DUTREIL, la transparence et la fiabilité des résultats exploités afin que la répartition des moyens se fasse dans la plus grande clarté.

Les médecins responsables de DIM présents au forum PMSI ont dressé le bilan de l'existant sur le recueilli de l'activité médicale dans les établissements et ont mis l'accent sur la nécessité de clarifier des notions jusque là floues (file active / entrées / journées...). Le débat a permis également de constater que certains établissements sont plus réticents que d'autres à la mise en place du PMSI. Cependant la volonté des autorités de tutelle a été clairement rappelée par Madame BAZY- MALAURIE : « *le PMSI en psychiatrie doit se mettre en place le plus rapidement possible* ». Les établissements psychiatriques ayant tout à gagner à disposer d'un outil de répartition qui permettra une redistribution des moyens sur une base équitable entre les établissements de court séjour et les établissements psychiatriques.



Laragne, les 3 et 4 avril 1997 : La psychiatrie dans la cité ; témoignages des différents acteurs ⁽¹⁾

La XI^{ème} session d'enseignement et de formation de Laragne a réuni cette année des participants on ne peut plus éclectiques : des citoyens de la société civile, des professionnels du monde politique, des représentants de l'ordre, des professionnels d'équipes psychiatriques qualifiées, des professionnels du monde médico-social, des journalistes, des sociologues et philosophes, à travers les témoignages desquels la psychiatrie dans la cité en a été le thème abordé.

Cet article se propose d'en faire la synthèse autour de deux pôles de la pensée et de l'action concernant respectivement les bases et les moyens de la psychiatrie dans la cité.

⁽¹⁾ Compte rendu établi par Marie Paule ROCHE, Surveillante, les Lilas II, Secteur 27 des Bouches du Rhône, Centre Hospitalier de Montfavet 84143, Cedex, Tél 04.90.03.92.83.

Les bases du concept

Elles sont d'abord, tout simplement, statistiques avec d'une part une durée moyenne de séjour passée en 5 ans de 60 à 41 jours et d'autre part une organisation sectorielle qui représente 80% de la psychiatrie en France aujourd'hui.

La psychiatrie dans la cité a donc des bases d'ordre structurel dans lesquelles le secteur doit permettre l'accès aux soins pour tous dans les conditions habituelles de continuité de l'offre de soins, d'absence de discrimination dans les soins d'égale qualité pour tous, de complémentarité entre soins, diagnostic, prévention, réadaptation et réinsertion, et enfin le libre choix du malade, de son médecin traitant.

Mais les bases sont également d'ordre politique à travers le secteur qui est une réponse aux besoins actuels de la santé mentale, se concrétisant notamment autour de trois grands axes d'organisation : consultations, soins à domicile et hospitalisation. L'hospitalisation se donne par ailleurs et entre autres un objectif de lutte contre la chronicisation grâce à la promotion d'une hospitalisation de qualité vers un projet de soins par patient, d'une part et d'autre part à l'adaptation de la durée de cette hospitalisation par malade, et enfin à l'affirmation d'une hospitalisation librement consentie.

Ceci nous amène à considérer les bases législatives et juridiques : la loi de 1985, les circulaires de 1990 et 92, mais surtout la loi de 1990 dont l'évaluation faite en 1995 a été rapportée pendant les journées par une représentante de la commission de réforme de la loi de 1990, sous forme de « mise au point d'actualité sur la réforme de 1990 ». Il semble intéressant d'en rapporter quelques éléments, probables prémices d'un statut dans un futur proche, sous forme de propositions éparées :

- orienter vers une loi sanitaire et non répressive,
- retenir deux indications pour les hospitalisations sous contrainte : danger pour autrui, nécessité de soins pour la personne même (consécutivement, suppression du motif d'ordre public),
- statuer pour une fusion des 2 régimes HO et HDT en un seul HCMS (hospitalisation sans consentement du malade),
- soulager les familles en supprimant les « faux tiers »,
- diminuer la lourdeur administrative avec une période d'observation de 70 heures maximum et mise en place d'une articulation dans les notions d'urgence, d'accueil et de transport,
- statuer que la sortie d'essai ne peut être qu'un engagement thérapeutique et suspend l'hospitalisation,
- tendre vers l'ouverture des pavillons, qui sera la règle générale,
- donner la liberté de circulation aux patients à l'intérieur de l'hôpital,
- ne limiter les droits des patients que pour les protéger,
- justifier et contrôler les motifs d'hospitalisation et les restrictions de liberté.

De là découlent les bases sociales du concept, résumées par le Docteur ROELANDT de Lille lorsqu'il dit que « le problème de la souffrance n'appartient pas qu'aux psychiatres mais aussi à la société... Nous devons être dans la cité pour éviter l'enfermement... Il y a une révolution à mener... un monde nouveau est en train d'apparaître, il faut trouver des solutions ».

Les moyens de l'action

Qu'il s'agisse de la psychiatrie des villes ou de la psychiatrie des champs, des mégapoles de Lille et de Paris ou des localités comme Laragne, la psychiatrie dans la cité à travers les différents témoignages, a des moyens identifiables, mais non exhaustifs.

En effet dès que l'on parle de moyens, on passe par les obstacles et les difficultés que nous livrerons en vrac, avant de rapporter les moyens mis en place par les équipes participantes.

Les différents débats ont mis en lumière les difficultés générales de la psychiatrie dans la cité qui sont de tous ordres :

- difficile choix entre responsabilité et liberté eu égard à la loi de 1990,
- ambiguïté de la sectorisation tant que l'essentiel est dans l'hôpital,
- malaise réel à affronter quelqu'un qui ne reconnaît pas qu'il est malade,
- difficulté budgétaire où il faut « jongler » entre faire la psychiatrie d'aujourd'hui et créer celle de demain,
- augmentation de la précarité liée au « durcissement » de la société,
- problématique de maintien dans la communauté, des patients à troubles graves (risque d'isolement, et, ou, de créer des incidents dans la cité),
- difficulté sur le plan technique de différencier les problèmes psychiatriques des problèmes sociaux,
- difficulté enfin, d'accès aux soins en psychiatrie par image interposée d'aliénation, toujours en vigueur, dont une des solutions est l'adoption définitive de la terminologie de santé mentale, de connotation sociale plus positive.

Quelques ébauches de solutions ont été ainsi rapportées qui ont l'avantage de représenter des principes généraux quant aux moyens de la psychiatrie dans la cité.

* organiser une psychiatrie de liaison, des réseaux de soins qui induisent et les médecins généralistes et le secteur social,

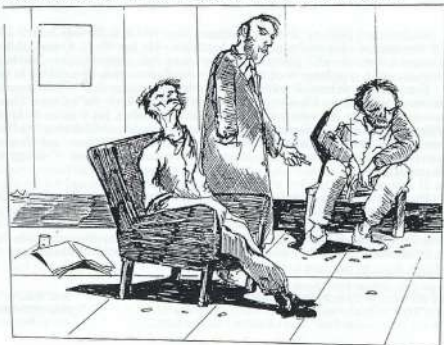
* chercher des partenaires sociaux avec alliance et complémentarité,

* promouvoir et s'intéresser à la prévention, où de façon inattendue mais consensuelle l'accueil serait fondamental,

* éviter les créations de structures inadaptées aux besoins, notamment à filières d'où les patients n'auraient aucune issue,

* pratiquer une politique volontariste de désenfermement (« des hommes, pas de murs, pas de clés »),

* induire l'intégration et pratiquer le dialogue dans un cadre général où la psychiatrie n'est plus une cité dans la cité, mais sera une psychiatrie simplement dans la cité.



A partir de là, les interventions concrètes des acteurs du terrain (équipes du XIV^{ème} arrondissement de Paris, les habitants de Laragne, CMP de Givors et CMP de Gap) nous donnent un aperçu des moyens mis en place.

° Expériences de centre d'accueil en crise, avec redéfinition et recentrage des rôles, réadaptation de la communication aboutissant à des décisions de restructuration et réorganisation : « *ce ne doit pas être aux personnes de s'adapter à l'accueil, mais aux responsables de l'accueil de s'adapter aux personnes* », « *rien n'est jamais acquis, tout doit évoluer* ».

° Les moyens et les résultats d'intégration reposent sur les notions d'ordre économique (enjeux reconnus par les responsables de la cité), d'ordre social (que représente pour chacun de nous le malade mental?), d'ordre philosophique (le malade mental serait-il acceptable tant qu'il est enfermé?), d'ordre relationnel (quelle distance est acceptable pour une communauté?), et on imagine alors la richesse des débats.

° Expériences d'une dynamique du partenariat afin d'inscrire la maladie mentale dans la notion sociale : mise en place d'un conseil local de santé mentale en accord avec la communauté. Des forums, des ateliers, des commissions s'organisent en groupes de travail qui rapportent le fruit de leur réflexion à l'assemblée générale tous les 18 mois.

Ainsi apparaît nettement la complémentarité de la pensée et de l'action de la psychiatrie dans la cité, tenant solidement ses fondements sur les mots clés non moins modernes, d'intégration, de tolérance, de différence et de solidarité.

Au terme de ces journées, que retenir sinon que la psychiatrie dans la cité est une réalité d'aujourd'hui se tournant vers l'avenir, avec des moyens à découvrir, grâce à tous les acteurs ayant un même objectif : « *perpétuer la solidarité* ».

Montperrin, le 5 avril 1997 : Un cas de S. Freud : L'homme-aux-loups. Troisième journée d'étude freudienne ⁽¹⁾

La troisième journée d'étude freudienne s'est tenue le Samedi 5 avril 1997 au C.H.S. Montperrin - Aix-en-Provence sur le thème « **Un cas de S. Freud : L'homme-aux-loups** ». Près de 150 personnes y ont participé : psychiatres, psychologues, psychanalystes et, plus largement, travailleurs du champ social, éducatif ou de santé.

Ces journées de travail initiées et organisées par une équipe⁽²⁾ de membres de l'Association de la Cause Freudienne Aix-Marseille et de l'Ecole de la Cause Freudienne se donnent pour but de revisiter et mieux faire connaître les trésors de la clinique freudienne parfois considérée, à tort, comme trop connue. L'intérêt suscité par l'étude du cas de Sergueï Pankejeff comme l'originalité des communications, ont démontré le contraire. La richesse de cette « *histoire de malade* » continue d'enseigner les psychanalystes.

En ouverture, une brève introduction (Patrick ROUX membre de l'A.C.F. Aix-Marseille) nous remettait en mémoire les repères historiques et chronologiques du cas ainsi que le contexte des avancées théoriques de Freud. La première « *tranche* » de S. Pankejeff se déroule de 1910 à 1914, période marquée par une polémique entre Freud et Jung. Freud verse ici au débat une « *estimation objective du matériel analytique* ».

⁽¹⁾ Compte rendu établi par Rémy Quesne et Patrick Roux (cf infra).

⁽²⁾ Pour Aix : Chantal GARCIN, Francis ORTEGA, Rémy QUESNE, Patrick ROUX. Pour Marseille : Ariane ANAVE-PRELORENZO, Françoise BIASOTTO, Anne-Marie COMTE, Michel LECA, Michelle PRIM. Membres de l'A.C.F. Aix-Marseille. Consultant : Hervé CASTANET, Membre du Directoire de l'E.C.F.

Jean-Pierre DENIS (Membre de l'A.C.F. Aix-Marseille, Pietranera - Corse) se proposait ensuite de reprendre, sous le titre « *une phobie singulière* », la forme de la névrose infantile du point de vue de l'angoisse de castration. Il souligne la différence du mode de traitement phobique entre le Petit Hans et l'Homme-aux-loups. Dans les deux cas, le moi évite le conflit d'ambivalence et stoppe le développement de l'angoisse. Mais chez l'Homme-aux-loups s'agit-il seulement d'un refoulement et d'une substitution ou bien d'autre chose faisant que la notion « *orientée vers la génitalité* » subit une « *dégradation réelle dans le ça* » ?

Dans un second temps J.P. DENIS reprend la lecture du cas avec les repères lacaniens. C'est dans le texte freudien de l'Homme-aux-loups, que Lacan « *attrape* » le concept de forclusion - procès primordial d'exclusion - dont il fera le mécanisme basique de la psychose. Dans l'hallucination du doigt coupé le savoir rejeté du symbolique fait retour dans le réel. Convoquer ces termes structuraux permet de réinterroger le diagnostic. La castration a été rencontrée par ce patient sur le mode imaginaire mais est-elle parvenue à s'établir comme « *loi de symbolisation* » ?

Monique GUILLOT-CHEVALIER (Membre de l'Ecole de la Cause Freudienne et de l'A.C.F. Aix-Marseille) a ensuite abordé le cas de manière longitudinale, sur les plans historique et théorique « *L'Homme-aux-loups : Un fil rouge de la psychanalyse* ». L'Homme-aux-loups permet à Freud de traiter la question du traumatisme : Date-t-il d'une époque reculée ou s'agit-il d'un fantasme ultérieur ayant été rejeté dans le passé ? Le matériel recueilli montrera à Freud qu'Adler - avec sa « *psychologie du moi* » - et Jung - avec sa notion « *d'inertie psychique* » - se trompent. Les conclusions tirées de la cure assurent Freud dans ses positions théoriques, la rupture avec l'un et l'autre aura lieu pendant cette période. Il ira jusqu'à faire appel au témoignage de son patient pour attester de la véracité du rêve dans son conflit avec Otto Rank.

Dans une intervention très documentée M. GUILLOT-CHEVALIER montrera la justesse quasi-prophétique de l'expression de Freud adressée à son patient « *Vous êtes un morceau de psychanalyse !* ». Cet analysant interviewé jusqu'à un âge très avancé sur sa cure, sur Freud, sur la Psychanalyse, a « *permis tout au long de sa vie aux analystes d'avancer dans leur théorisation* ». Aussi bien M. GUILLOT-CHEVALIER examinera la position d'analystes contemporains sur la question de la forclusion : A. Maleval, M. Safouan, M. Strauss...

Pour Dominique MILLER (Paris. Membre du Conseil de l'E.C.F.), la clinique de l'Homme-aux-loups nous donne un exemple précieux d'un moment nécessaire du travail analytique : « *Lorsque le fantasme passe au rêve* ». Elle établira en premier lieu qu'il s'agit bien avec le cauchemar, central dans l'observation, d'un fantasme. En ceci que la vision des sept loups concerne un moment originaire pour le sujet. Dans le fantasme - au contraire du trauma - le sujet consent à quelque chose. Le rêve, troisième terme sera « *introduction du sujet dans la dialectique symbolique* » (Lacan).

Dominique MILLER souligne que la valeur d'effraction traumatique de ce cauchemar tient à sa signification de castration. Ceci met en jeu radicalement, pour le sujet, son être de vivant et sexué.

Qu'est-ce qui fait que ce rêve qui a donné au patient nom et célébrité n'est autre qu'un fantasme fondamental ? Non seulement il est encore présent à sa mémoire 15 ans plus tard mais il a été le déclencheur véritable de sa névrose infantile. Il s'agit selon Dominique MILLER du moment inaugural de « *l'insertion du sujet dans le discours* » avec ses conséquences de perte de sens qu'il subit dans son être. Le loup vient à représenter cette perte d'être sous la modalité d'une lettre, soit *V* dans l'inconscient. Il est cet Autre auquel le sujet attribue un désir malveillant et qui porte en lui la valeur de la castration du sujet. Son être s'équivaut, dans son fantasme, à ce regard posé sur lui qui le pétrifie : *Soa*.

Le passage du fantasme au rêve équivaudra dès lors à « *une opération épistémique* » où le fantasme se fait connaître, grâce justement à cette lettre *V* restée en souffrance.

Le fantasme qui est à la limite du réel passe ici dans le registre symbolique et, par là, devient accessible. Etant lui-même une interprétation, il rend possible l'interprétation. Ce passage est donc un passage analytique obligé.

L'après-midi l'équipe organisatrice avait choisi de projeter le film d'Alfred Hitchcock *« Pas de printemps pour Marnie »*. Une courte introduction de Josée MARTI (Aix-en-Provence. Membre de l'E.C.F. et de l'A.C.F. Aix-Marseille) aiguise l'attention de l'auditoire. L'oreille de l'analyste ne le cédait en rien à l'observation fine du détail et du plan cinématographique.

Elle souligna que d'une certaine manière, le film contenait bien des caractères propres à une perspective freudienne : retour sur l'amnésie infantile, restitution de l'amour et une levée du refoulement s'accompagnant de surcroît d'une sédation des symptômes. Néanmoins, ce travail d'Hitchcock ne traduit pas ce qui se construit dans une cure car, Freud le précise bien, ce qu'il s'agit d'appréhender c'est ce qui vient se répéter dans le transfert. Josée MARTI terminera sur un point important : Si après tout notre belle hystérique Marnie finit par rencontrer quelqu'un, ça ne peut pas être n'importe qui et il s'agira d'un « prédateur » obsessionnel, Marle. Mais surtout cette rencontre se fera sur fond de l'impossible rapport sexuel et c'est sans doute là le génie d'Hitchcock, d'avoir su en faire une approche dans une écriture faite de miroitements d'images.

C'est aussi sur un commentaire du film, qu'Augustin MENARD (Nîmes - Membre de l'E.C.F. et de l'A.C.F. Voie Domitienne) a appuyé la première partie de son propos concernant *« La fin de l'analyse de l'Homme-aux-loups »*. Il distingua l'originalité du discours analytique en tant qu'il se démarque de la furieuse volonté de comprendre et de savoir de Marle, le partenaire de Marnie - une jeune kleptomane aux prises avec la répétition réglée par son fantasme.

Dans sa seconde partie, la perspective envisagée par A. MENARD permettra d'apporter un point de convergence aux approches des différents intervenants. Il nous proposa une étude différentielle sur la terminaison de l'analyse selon Freud et Lacan. Alors que Freud envisage la cure comme pouvant être « avec fin » ou « sans fin », Lacan introduit l'idée de « transfini » et de traversée du fantasme.

Le point nodal pour Freud reste la question de la castration mais avec à son terme, un point de butée, un irréductible : « le roc de la castration ». L'homme maintient sa rébellion contre une position passive envers le père, la femme ne peut se défaire de l'envie du pénis.

Lacan, tout en reconnaissant comme essentiel le fait d'assumer la castration, tirera les choses du côté du fantasme et de la jouissance pour ce qu'il en est de la fin de cure ; l'irréductible est maintenu plutôt du côté de la pulsion. Le sujet doit pouvoir se déprendre de cette contrainte de position d'objet de l'Autre, faire que cet objet de fantasme, objet (a), se détache.

C'est précisément un deuil que l'Homme-aux-loups ne fait pas. La reconstruction de la scène primitive et du supposé traumatisme, la recherche de l'hydre terrifiante tapie dans les profondeurs de l'inconscient n'y suffiront pas ; pas plus que la tentative de précipiter les choses en fixant par avance un terme à la cure que Freud critiquera lui-même.

Si cette chute de l'objet (a) ne se produit pas, il y a maintien d'une jouissance symptomatique mais aussi la relance réitérée de la demande dans une formulation toujours identique. Et l'on sait combien le périple analytique de l'Homme-aux-loups fut long. Il y a un reste inanalysé du transfert, un « arrêt sur transfert » qui fixe un point de jouissance, offrant une modalité de coïncidence de l'objet (a) précisera A. MENARD.

L'équipe en charge de cette journée remercie vivement pour conclure, tous les intervenants.



**La Bréole-Montclar (Alpes de Haute Provence), le 26 avril 1997 :
La maladie d'Alzheimer entre l'inquiétude et l'espoir.**

L'association Action Alzheimer Provence ⁽¹⁾, créée le 21 Février 1997, est constituée de professionnels appartenant au champ de la gériatrie et spécialisés dans la prise en charge de la maladie d'Alzheimer, en institution et en lien avec les réseaux d'assistance et de soins. Basée à Pierrelatte dans la Drôme, elle intervient sur le Sud de ce département, le Vaucluse et les Alpes de Haute Provence.

L'organisation de cette journée dans une salle de congrès située sur un col entre Gap, Barcelonnette et Digne, est l'occasion pour cette toute jeune association, de se faire connaître et de rappeler les enjeux actuels de cette maladie.

Sur le plan social, beaucoup est attendu de la Prestation Spécifique Dépendance, officiellement légale depuis le 1er janvier 1997 et dont les décrets d'application devraient permettre la mise en route dès l'automne. Cette prestation se substitue aux allocations compensatrices de tierce personne, tout en apportant une aide plus importante pour aider au maintien au domicile. L'association Action Alzheimer Provence entend contribuer aux perspectives de prise en charge se dégageant de cette mesure.

Les progrès médicaux attendus portent sur la détection précoce, la génétique et la pharmacologie. L'intérêt des recherches pour accroître les moyens thérapeutiques, est considérable car prometteur de multiples retombées quant à la question de combattre les conséquences du vieillissement : ajouter de la vie aux années sera le premier enjeu du XXI^{ème} siècle. C'est donc entre l'inquiétude et l'espoir, que les divers intervenants ont présenté les avancées les plus récentes.

⁽¹⁾ Association Action Alzheimer Provence : BP18 26701 Pierrelatte Cedex Tél 04.75.98.10.15

Yves CAER et Mocrane ABBAR, psychiatres du Service Psychiatrie A au C.H.U. de Nîmes, ont publié dans le numéro de Mai de la revue « Psychiatrie », le cas clinique d'un patient toxicomane et psychotique.

Parmi la centaine de sujets dépendants aux opiacés ou polytoxicomanes pris en charge dans leur service, ils ont noté la fréquence de troubles relationnels marqués par l'agressivité. L'usage des traitements médicamenteux de substitution, a entraîné des modifications majeures dans les modes de prise en charge de ces patients. Il favorise une relation thérapeutique durable et de bonne qualité, et de ce fait permet d'accéder à la psychopathologie sous jacente souvent masquée par les conduites toxicomaniaques.

C'est le cas de ce patient de 32 ans, héroïnomanes, qui illustre cette évolution : « les effets sédatifs des toxiques et, en particulier, de l'héroïne, ont favorisé le masquage de la symptomatologie psychotique productive (automatisme mental, hallucinations, délire persécutif) aggravant l'aspect déficitaire du tableau clinique (...) Les vols avec violence répondraient à un but utilitaire mais aussi en réaction au vécu délirant ».

Le traitement de substitution a mis en évidence la psychose sous jacente, et la mise en route d'une chimiothérapie antipsychotique, ont permis une évolution favorable. En conclusion, les auteurs insistent sur la nécessité d'une évaluation clinique précise, chez un toxicomane violent.

**Edouard Toulouse, Marseille, le 7 mai 1997 :
Situations cliniques et prises en charge institutionnelles**

L'Association Méditerranéenne de Psychothérapie Institutionnelle (AMPI) a été fondée il y a 11 ans par Dimitri KARAVOKYROS, Auguste OLIVE, Jacques TOSQUELLES, Antoine VIADER, Psychiatres des Hôpitaux. Elle a été depuis rejointe par Hélène MOREAU et Michel GOUJON. L'AMPI rassemble donc des équipes de 3 établissements hospitaliers : Edouard Toulouse, Laragne et Valvert.

Ce 7 mai, le théâtre du Centre Hospitalier Edouard Toulouse, accueille sur son estrade Hélène CHAIGNEAU, Psychiatre à Paris, pour des études de cas présentées par des équipes des psychiatres de l'AMPI. La discussion a porté sur des situations bloquées, figées dans un statut quo, et a permis d'orienter les soignants vers de nouvelles pistes institutionnelles. La centaine de participants a émis le souhait d'une nouvelle journée de travail de ce type, d'où la programmation d'une seconde rencontre en Septembre avec Hélène CHAIGNEAU.

Coordonnées de l'AMPI pour de plus amples informations : CMP, 69 Boulevard Delessert, 13010 Marseille, Tél 04 91 79 33 33.



Marseille, le 22 mai 1997 :
Psychiatrie, exclusion, souffrance psychique, détresse sociale ⁽¹⁾

L'AFRET (Association de Formation au Centre Hospitalier d'Edouard Toulouse) a organisé le 22 mai 1997 une journée exposés-débats sur ce thème.

« Une mission interministérielle est en cours actuellement sur cette question. La psychiatrie est concernée par toute souffrance psychique. Elle se trouve sollicitée à intervenir dans le champ social. Quel peut être son rôle face à la réalité d'une détresse sociale douloureuse et destructrice pour les individus? Le contexte actuel de grande précarité dite « exclusion » sociale, provoque chez les individus qui en sont victimes une souffrance psychique qui n'a pas à être assimilée à une pathologie mentale. Au delà de ce risque de psychiatrisation, la psychiatrie a toujours eu affaire à une exclusion de soi propre à la structure psychique de l'être humain, allant jusqu'à l'aliénation de la folie et sa mise à l'écart social.

Dans le contexte actuel, nous sommes dans la situation inverse, c'est d'abord une « exclusion sociale » qui, par son poids de réel, aggrave l'aliénation de structure propre à chaque être humain. Cette inversion n'amène-t-elle pas à poser différemment la fonction de l'écoute? Celle-ci en constituant un lieu d'adresse, restaure éventuellement une appartenance au champ de la parole qui offre déjà à celui qui en fait la demande, une domiciliation symbolique. Si cette écoute reste toujours à proposer, le poids réel de l'invalidation sociale ne risque-t-il pas de rendre cette offre limitée et dérisoire? Cette fonction d'écoute aurait-elle alors à se proposer sur le terrain social? Comment les acteurs du champ social peuvent-ils quant à eux contribuer à la reconstitution d'un tissu social sous d'autres formes que celles centrées par l'emploi en voie de disparition?

Si la psychiatrie ne peut être l'instrument de la bonne conscience des responsables politiques, n'a-t-elle pas à participer activement à une réflexion dont la tâche est de repenser les problèmes actuels? N'a-t-elle pas à le faire sans s'exclure de son champ spécifique, sans perdre ses outils, sans objectiver un nouveau « malade de l'exclusion » favorisant encore une ségrégation? Si elle ne peut éponger les conséquences sociales des phénomènes économiques, ni répondre au malheur social sans tomber dans le piège d'une nouvelle charité, elle est partie prenante d'une entreprise qui concerne toutes les responsabilités en jeu dans le champ politique et social ».

Après cette introduction prononcée par la présidente de l'AFRET, Marie José PAHIN, ont suivi des exposés de divers intervenants concernés sur ce thème. Le point fort fut la **table ronde de l'après midi réunissant autour du Docteur MINARD qui a présenté la mission interministérielle « Psychiatrie et grande exclusion »**, des intervenants du champ psychiatrique travaillant dans les secteurs du Centre Hospitalier Edouard Toulouse et des responsables de structures d'accueil du champ social.

Un tour de table a permis à chacune des structures représentées d'exposer leur rôle dans la lutte contre l'exclusion et pour l'insertion. Sont intervenus :

- Madame Bernardette ROCHER, Directrice de l'Amicale du Nid qui s'occupe plus particulièrement de la réinsertion de femmes prostituées.
- Monsieur Christian BENARD, Directeur du foyer Jeanne Pannier.
- Monsieur VITTI, Directeur de l'« Accueil de jour Marceau ».

Ensuite le Docteur MORCELLET (Psychiatrie Adulte Edouard Toulouse) a expliqué le travail de liaison et d'adaptation effectué par un centre médico-psychologique pour mieux répondre aux demandes de soins émanant de personnes en situation de difficulté d'insertion. Monsieur JACOB, cadre infirmier supérieur (Edouard Toulouse) a parlé des

⁽¹⁾ Compte rendu rédigé par Marie-José PAHIN, Présidente de l'AFRET, Psychologue au Centre Hospitalier Edouard Toulouse, Psychanalyste. Tél 04.91.96.98.83 le mercredi matin.

conditions d'accueil et du risque d'exclusion des patients hospitalisés en psychiatrie. Un débat s'est installé entre les participants et a permis de poser les problèmes concrets et de manifester le besoin et le souhait du partenariat autour des personnes en souffrance.

Les questions relatives à la double prise en compte des besoins sociaux et des besoins de soins psychiques, ont pu étre posées grâce à l'intervention des participants de la salle.

Ainsi la proposition de préparation d'une 2^{ème} journée en fin d'année par 3 ateliers thématiques interdisciplinaires a suscité un vif intérêt et s'est concrétisée par une réunion de travail préalable qui a eu lieu le 25 juin.

Cette journée a donc permis la constitution de **divers ateliers préparatoires à la deuxième journée de l'AFRET « Psychiatrie et exclusion ».**

Atelier N°1 : Clinique du lieu social. Comment peut-on le construire ou le reconstruire? Place de la famille, de l'environnement non familial, des travailleurs sociaux et intervenants de la psychiatrie dans cette construction.

Comité de pilotage : - Madame le Docteur CASTANO

- Madame Sylvie FALK, Assistante Social Edouard Toulouse
- Madame GIMENEZ, Psychologue, Armée du Salut.

Atelier N°2 : Pouvons-nous penser la psychiatrie autrement? Peut-on faire de la psychiatrie sans le dire ou sans le savoir? Vers une nouvelle méthodologie d'action auprès des usagers des secteurs psychiatrique et social pour sortir de la tentation humanitaire.

Comité de pilotage : - Monsieur le Docteur MORCELET

- Monsieur JACOB, Cadre Supérieur Edouard Toulouse
- Madame Marie-Laure EMO, Infirmière Foyer Honorat

Atelier N°3 : Exclusion et aliénation. L'homme animal malade du langage et voué au lien social à travers un univers de discours.

Comité de pilotage : - Monsieur le Docteur VIADER

- Monsieur ROGNONI, Cadre Infirmier Edouard Toulouse
- Madame YVARS, Amicale du Nid.

Atelier N°4 en projet : Enfance et exclusion.

En conclusion de cette journée, les débats ont été fructueux et animés. Ils inaugurent un climat d'échanges nouveaux entre les structures extérieures concernées par l'exclusion et le centre hospitalier.

Avignon, Palais des Papes, les 23 et 24 mai 1997 :

Toxicomanie : histoire, rupture, mutations

Pour ses 18^{èmes} journées nationales, l'Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie (ANIT) a choisi le cadre du centre des congrès du palais des papes, pour ses travaux et l'accueil de quelques 700 participants. Laurent DECOUSTE, directeur de l'AVAPT préside le comité d'organisation local de ce colloque.

L'ANIT en effet est constituée de personnes physiques et de personnes morales. Dans la région PACA, Laurent DECOUSTE (dirigeant de la seule association Vauclusienne agréée pour un travail de consultation en toxicomanie), et Pierre PRUAL (dirigeant de SOS Drogue International à Marseille), siègent au conseil d'administration

de l'ANIT. Le président de l'ANIT est Gérard TONNELET, directeur de l'Espace du Possible à Lille, structure constituée d'un lieu résidentiel de post cure pour mineurs (il n'y en a que deux en France), d'une boutique lieu d'accueil et d'une équipe de prévention.

Ces journées sont l'occasion d'une rencontre et d'un échange d'expériences présentées par divers intervenants originaires de toutes les régions. Parmi ceux-ci, retenons :

* Christian LEPRETRE, directeur de l'association Le Mail 80 qui articule dans la Somme, un centre d'accueil Méthadone et une post cure,

* Alain MOREL, directeur médical du Trait d'Union 92, psychiatre, qui anime un ensemble comprenant accueil, Méthadone, postcure et un appartement thérapeutique,

* Alain DUFOUR, psychologue intervenant à Jet 94 qui est un intersecteur de toxicomanie chargé du sevrage, du suivi et d'un appartement de transition, mais n'assurant pas la post cure,

* Michel HAUTEFEUILLE, psychiatre, médecin chef dans le Val d'Oise à Choisy sous Montmorency, d'un intersecteur de toxicomanie couplé à une association, appelé Centre imagine,

* François GRASSINI, directeur de Béarn Toxicomanie 64, à Pau, centre associatif assurant des sevrages en ambulatoire ou à l'hôpital, la prévention et un suivi, et disposant d'un important centre de documentation,

* Farid MALAMARA, praticien hospitalier à l'Espace Baudelaire, lieu hospitalier pour toxicomanes avec lits de sevrage et de soins à l'intérieur de l'hôpital Saint Antoine à Paris,

* Claude VEDELHE, psychiatre chef de service responsable de l'intersecteur de toxicomanie de Rennes (l'Envol 35), le plus ancien créé en France, avec des lits de sevrage et de post cure en milieu hospitalier,

* Jean Michel DELILE, psychiatre directeur de l'association CEID 33 à Bordeaux qui articule les missions d'accueil, de sevrage, de substitution et de prévention.

Neuf ateliers ont permis de nombreux débats dont il n'est pas possible de retracer toute la richesse en quelques lignes. Notons simplement quelques points forts :

* La place des boutiques dans le dispositif de soins spécialisés pour toxicomane, est elle celle de lieux d'accueil novateurs ou résurgence de pratiques plus anciennes?

* Les Réseaux Ville Hôpital « fleurissent » et participent à l'amélioration de l'offre de soins. Amener des médecins libéraux, des pharmaciens d'officine, des hospitaliers, des intervenants en toxicomanie à travailler ensemble, c'est accepter l'autre dans sa différence. Pourtant il existe des dérapages tels que le subutex « traitement idéal » et hors cadre de la loi de 70, qui sont des effets pervers sur lesquels il convient de réfléchir ensemble.

* Une certaine jeunesse qui se cherche, peut avoir recours à des produits toxicomanogènes légaux qui interpellent les professionnels au niveau des repères.

* Le nombre de femmes toxicomanes en âge de procréer augmente. Les maternités, les médecins, les centres de soins spécialisés en toxicomanies sont de plus en plus souvent confrontés aux problèmes des bébés et des enfants de mères toxicomanes.

* La prévention concerne bien sûr les jeunes, mais aussi les adultes qui sont leurs interlocuteurs directs au quotidien : les parents ou les enseignants, par exemple...

* Faut-il de nouveau légiférer pour une autre loi? Le débat porte sur la place de la répression et celle du soin. Les mesures d'obligation de soins visent à une première rencontre avec une aide thérapeutique. N'aurait-on pas une meilleure prise en charge si l'on abandonne la répression? La réponse est loin d'être simple et la législation idéale risque de ne pas être pour demain.

Coordonnées de l'ANIT : 8 rue de l'Haye, 69230 Saint Genis Laval - Tél 04 78 56 46 00.

Le théâtre du Moulin à Paroles accueille une centaine de participants autour de l'écriture et de son approche avec un regard ou une écoute psychanalytique : « l'écriture est-elle promesse d'une inscription? ». Simone MOLINA, psychanalyste et présidente de l'association organisatrice Point de Capiton (Tél 04.90.20.05.96), introduit cette journée :

« *L'origine étymologique du mot « écriture » (XI^{ème} siècle) renvoie à la matérialité originelle de la plupart des écritures gravées sur pierre ou incisées. Le mot se rapporte au geste lui-même qui consiste à tracer des caractères. Vers 1250, il signifie « inscrire d'une manière durable ». Quant au mot « inscrire », il n'apparaît qu'au XIII^{ème} siècle avec un sens précis de « noter des noms sur un registre », plus particulièrement en terme juridique. En géométrie, il signifie au XVIII^{ème} siècle : « tracer une figure à l'intérieur d'une autre figure ». On voit là combien l'inscription renvoie au premier chef à la nomination, et à la transmission. D'où notre question : Quel est le statut de l'écriture au regard de l'inscription d'un sujet dans le langage? ».*

Pour Simone MOLINA, les théories courantes de l'écriture partent d'un double postulat. D'une part le langage est un système comme un autre : la communication peut se faire par gestes, par l'usage des tambours, par exemple. D'autre part l'écriture n'est pas en principe liée au langage : certaines inscriptions comme les idéogrammes ne correspondent pas à des phonèmes ; les « quipus » qui sont des noeuds utilisés par les Incas, non plus.

L'approche psychanalytique conteste ces théories qui ne font de l'écriture qu'une représentation visuelle et durable du langage. L'important est que l'écriture est écriture d'une parole. Les paroles sont donc à lire, tout autant que les écrits sont à entendre. Au delà des sens multiples d'un texte, il s'agit aussi d'interroger la logique qui préside à la production de ce texte : « *car le langage est sens et non sens tout à la fois* ». Le rêve lui-même, selon les termes de Freud, est cette écriture qui vient d'ailleurs et qui se décrypte comme un rébus.



Joëlle FATTICIONI, psychologue dans le Vaucluse, évoque l'écriture de sable des indiens Navaïos. Cette écriture éphémère est constituée de traces apprises et répétées maintes fois au cours d'innombrables générations. Toute l'essence d'une nation se transmet à l'aide de la trace de sable, suffisante car promesse de transmission d'une identité.

Trois animatrices de l'atelier « Papier de Soi », (Secteur 6, Centre Hospitalier de Montfavet), Régine TETREL, médecin repensable et deux infirmières, proposent une sorte de jeu de rôles dans lequel à partir de brouillons raturés, s'écrit un repas. Qu'en est-il de l'avant-texte (le brouillon) par rapport au texte clos de l'oeuvre qui est donnée à lire? Cela pose la question du respect de l'intime qui, dans l'oeuvre, n'est pas donné à voir : « *Ces réflexions s'appliquent-elles aux textes écrits dans notre atelier « Papier de Soi », par des écrivains en expression de souffrance?* », s'interrogent les animatrices.

Marie-France METRAS est une ancienne alcoolique qui s'est livrée à l'écriture et a publié des livres. Elle témoigne de son parcours dans un atelier d'écriture par lequel elle a trouvé une thérapie lui permettant d'échapper à sa conduite addictive.

Vincent MAZERAN, psychanalyste à Montpellier, et André BOLSINGER, psychanalyste à Grenoble, évoquent l'écriture de l'Inconscient. Cette écriture peut s'inscrire dans le corps : *« D'un corps à corps initial avec la mort psychique, la langue originaire garde des traces incorporées. Dès lors, chaque deuil, chaque peur, court le risque de s'y frayer un rappel mortifère, à moins que la stratégie du moindre mal ne vienne établir la maladie, l'acte répétitif, la fuite en avant, comme mesure de sauvegarde paradoxale ».*

Mais de la trace, il est possible d'aller à la lettre. Ainsi le mot d'esprit se présente comme une petite histoire et peut être le prototype de toute forme d'écriture narrative.

De la trace à la lettre, tel est le fil d'Ariane qui des indiens Navajos aux ratés de l'inconscient, a guidé la réflexion sur cette journée organisée par l'association Point de Capiten qui prévoit une suite fin 1997 ou début 1998.



Juin 1997 : L'alcool, alibis et solitudes

Deux psychiatres du Centre Hospitalier de Montperrin, Jean MORENON, Praticien Hospitalier à l'Intersecteur d'Alcoologie et Jean RAINAUT, ancien Médecin Chef fondateur de l'Intersecteur d'Alcoologie, avec la collaboration de Martine MORENON, psychologue, dans un ouvrage paru aux Editions Seli Arslan, font le point sur trois dimensions de l'alcool : histoire culturelle des boissons alcoolisées, connaissances biologiques, histoire naturelle de la dérive alcoolique.

La découverte des boissons alcoolisées se perd dans la nuit des temps : elles étaient déjà connues parmi les premières sociétés ayant vécu d'agriculture et d'élevage, au néolithique. *« Elles sont aussitôt entrées dans l'économie de production, la bière ayant sans doute précédé le vin ».*

L'Egypte antique nous fournit un modèle riche d'enseignements : *« Il saute aux yeux que la production et la commercialisation du vin et de la bière ont eu dans ce pays une réelle importance économique. L'intérêt réside tout particulièrement dans un contexte géo-climatique où l'hygiène des eaux de boisson a constitué, et constitue toujours, un problème majeur. Dans les rites funéraires, le pain et la bière étaient les aliments dont le défunt souhaitait disposer pour son voyage dans l'au delà ».* Les particularités du milieu naturel de l'Egypte et de la Mésopotamie mettent en lumière le problème lié à l'insalubrité des eaux, facteur peut être essentiel au développement des boissons fermentées. C'est à ce facteur que les auteurs rattachent l'origine de l'expression des buveurs : *« A votre santé ».*

L'épopée de Gilgamesh, héros mythique Sumérien, retrace l'intérêt d'un autre effet positif de l'absorption de l'alcool, au cours de l'humanisation d'un homme sauvage qui devient compagnon du héros. Une courtisane éveille d'abord son instinct sexuel et le satisfait. *« Puis elle lui apprend l'usage des boissons fermentées : « Il but de la bière, il en but sept fois, son esprit se délia, il s'exclama à haute voix. Son corps fut rempli de bien être et son visage s'illumina ».* Il advint alors que les bêtes sauvages ne le reconnaissent plus pour l'un des leurs ».

A propos de cette action euphorisante, les auteurs retiennent une certaine opposition entre l'action de petites doses qui sont simplement euphorisantes, et l'effet de doses plus élevées. « Une absorption modérée est propre à faciliter les relations interhumaines et à favoriser l'adhésion au groupe, sinon à l'action collective. L'audace et l'activité générales sont augmentées. Une absorption plus importante peut mettre l'individu en opposition avec le groupe et les contraintes qu'il impose ».

Pour résumer l'effet psychotrope de l'alcool, on dit, en langage psychanalytique que le sur-moi est soluble dans l'alcool. « Des slogans comme : « C'est l'enfer », « ... Et puis flûte! » invitent, sans ambiguïté, à partager la liberté dionysiaque que le sens commun se plait parfois à envier à l'ivrogne ».



Une des qualités premières que l'on puisse imputer à l'alcool se situe dans l'oralité, la recherche d'un lien affectif pré-adulte. « Le geste amical du partage indique de façon presque naturelle que la boisson proposée n'offense pas la santé et flatte un ressenti intime, aussi chaleureux qu'il est archaïque ».

Mais au bout de l'alcoolisme, il y a la solitude (c'est aussi le dernier chapitre du livre). « Comme dans la plupart des mariages librement consentis, la rencontre commence bien. Mais le mariage finit souvent par tourner mal parce que l'un des partenaires s'avère plus fort l'autre : l'alcool a, alors, pris le dessus ». Si dans un premier temps il est possible de tirer avantage des propriétés psychotropes de l'alcool, ensuite prédominent les effets toxiques. La bulle que l'on s'est constituée débouche à terme sur l'isolement face à la dépendance, à tel point qu'un rôle essentiel du thérapeute sera de réintroduire le sujet dans le langage, dans la parole.

Coordonnées de l'ouvrage : Jean Morenon, Jean Rainaut, « l'alcool, alibis et solitudes », Editions Seli Arlsan, 14 rue du Repos, 75020 Paris, 1997 (224 p).



Marseille, le 14 juin 1997 : La structure psychotique hors déclenchement

Jean-Claude MALEVAL est l'invité de l'association « La Question Freudienne », pour traiter de la structure psychotique chez des êtres humains non décompensés, pour lesquels il existe une compensation de la défaillance du nouage Réel-Symbolique - Imaginaire, propre à la psychose.

Il y a un dysfonctionnement dans le Réel, avec une non extraction de l'objet (a), et de fait une carence de la fonction de cet objet qui est de limiter la jouissance de l'Autre. Ce processus identificatoire à un objet inventé par le sujet non psychotique, est sensé permettre une maîtrise de la jouissance de la mère : « se faire ce qu'il croit être ce qui fera que sa mère l'aime, absolument ». C'est ce qu'on appelle la construction par le sujet, du fantasme fondamental, qui lui donne une direction personnelle, et qui est dans la psychose, défaillante. Le psychotique a donc une grande difficulté à parer à la jouissance de l'Autre. Le « pousse à la femme » est par exemple pour lui une tentative plus asexuelle qu'homosexuelle, d'une identification à l'objet de la jouissance de l'Autre.

Il existe également un trouble de la dimension imaginaire, une faille au niveau de l'image de soi, qui impose au psychotique une lutte pour soutenir une identité précaire, de l'ordre de l'imposture à une fonction sociale, d'un attrait pour les sectes, la vie monacale ou militaire, tout ce qui étaye une suppléance du père. Il existe par ce biais un certain nombre d'êtres humains qui parviennent à parer au déclenchement de leur psychose.

C'est effectivement à la fonction paternelle, que le psychotique fait appel dans le délire, lorsque la psychose se déclenche, du fait d'un défaut au niveau symbolique. Mais en deçà, il peut trouver une compensation, une suppléance, qui le fait tenir. A tel point que le diagnostic de structure psychotique chez quelqu'un qui n'est pas décompensé, n'est pas aisé. Certains cliniciens vont jusqu'à contester la structure psychotique, surtout hors déclenchement...

Juin 1997 : Troubles du sommeil en milieu carcéral

« En prison, l'esprit n'est pas au repos et l'on pourrait même estimer que la limitation forcée des mouvements qui est le contenu de la sanction pénale, décuple l'exaltation intellectuelle, affective et émotionnelle des détenus ». Les troubles du sommeil sont fréquents dans ce contexte et ont fait l'objet d'une étude publiée dans l'Encéphale (1997, XXIII, 180-3) en juin de cette année, par Didier BOURGEOIS, Praticien Hospitalier au Centre Hospitalier de Montfavet, qui a exercé de nombreuses années à la Maison d'Arrêt d'Avignon.

« La fiole est la réponse institutionnelle classique trouvant rapidement ses limites en raison de l'horaire précoce imposé pour sa délivrance (avant 18h du fait du règlement intérieur des établissements pénitentiaires). Les détenus, obligés de la boire aussitôt, en raison des risques de stockage et de trafics, somnolent de 19h à 22h puis se retrouvent insomniaques (1) jusqu'à l'ouverture des cellules. Une réponse thérapeutique élégante pourrait être la mise au point d'hypnotiques à effet volontairement retardé grâce à une forme galénique appropriée ».

Espérons que cette suggestion rencontrera un écho au niveau de l'industrie pharmaceutique, faute de pouvoir modifier le cadre exigeant et rigide du milieu carcéral.

République Tchèque du 22 au 28 juin 1997 : Jumelage entre Montfavet et Opava

Faisant suite à deux années d'échanges réguliers et sur l'initiative du Centre Hospitalier Psychiatrique d'Opava (Moravie du Nord), une délégation du Centre Hospitalier de Montfavet effectue un séjour d'une semaine en Moravie pour étudier l'organisation des soins psychiatriques ainsi que diverses approches thérapeutiques, et signe une convention de jumelage entre les Centres Hospitaliers d'Opava et de Montfavet.

- Composition de la délégation de Montfavet et du comité d'accueil d'Opava :

Montfavet

Renée LAMANA, directrice adjointe
Jean-Paul BOSSUAT, médecin chef
Roger ROUSSEL, surveillant chef
Guy WAGNER, surveillant
Claire MOURIER, infirmière

Opava

Amos GRACA, directeur adjoint
Dagmar KRUPICKOVA, infirmière générale
Irena STROSSOVA, ancien médecin chef
Pavel HLAVINKA, médecin chef
Petr TARABA, psychiatre
Ivan GALUSZKA, psychologue

- Points forts de la rencontre avec le dispositif morave de soins :

Certains aspects du soin psychiatrique ont attiré tout particulièrement l'attention de la délégation Montfavétaine.

1) A l'hôpital d'Opava :

- une vie institutionnelle de qualité dans les pavillons,
- des soins infirmiers de haut niveau,
- le psychodrame de psychotiques animé par Pavel HLAVINKA,
- la rencontre avec Irena STROSSOVA, inventeur du psychomélodrame,
- le service d'hydrothérapie avec de vigoureux massages appliqués par un virtuose,
- l'unité de traitement des joueurs pathologiques.



Opava, le service d'hydrothérapie

2) A l'Hôpital de Jour d'Ostrava, en Moravie du Nord :

- il s'agit d'un Hôpital de Jour privé, l'extra-hospitalier ne relevant pas du service public. Les techniques de soins sont de référence Nord-Américaine, en particulier cognitive ; et le plateau technique offre des activités nombreuses et variées.

3) A l'Hôpital Psychiatrique de Kromériz, en Moravie du Sud :

- le système informatique, avec informatisation généralisée du dossier médical,
- le phallopléthismographe, appareil inventé par les Tchèques et destiné à mesurer l'érection, en sexologie.

A l'issue du séjour, 2 psychiatres se sont joints à la délégation pour le voyage retour à Montfavet, afin de découvrir divers aspects des soins dans notre région. (Il s'agit du médecin directeur de l'Hôpital de Jour d'Ostrava, et d'un psychiatre d'Opava).

En conclusion, le Centre Hospitalier d'Opava présente au niveau de ses références de travail, de nombreuses parentés avec le Centre Hospitalier de Montfavet, de par son orientation privilégiant une approche humaniste institutionnelle des patients. Ce choix thérapeutique, pas plus en République Tchèque que dans notre pays, va de soi. Le jumelage entre Opava et Montfavet prend là tout son sens.

La délégation Montfavétaine a bénéficié dans tous les lieux de soins visités, d'un accueil très chaleureux et c'est avec d'autant plus d'émotion qu'elle a récemment pris connaissance des inondations catastrophiques qui ont sinistré en Juillet toute la Moravie. La revue Psy-Cause se joint aux membres de la délégation pour adresser à nos Amis Tchèques, tous nos encouragements et toute notre sympathie.



Centre Hospitalier d'Opava : un pavillon

Avignon, Temple Saint Martial, le 19 juillet 1997 : Qu'est ce qu'un étranger ?

L'effervescence du festival à Avignon, comme chaque été, est l'occasion pour l'association Point de Capiton, animée par Simone MOLINA (voir plus haut page 131), de traiter d'une question de société ouverte au questionnement d'une population cosmopolite.

Association engagée, Point de Capiton organise une table ronde sur le thème de l'étranger : « *Qu'est ce qu'un étranger? Celui qui te fait croire que tu es chez toi* » écrivait le poète Edmond Jabès, dans son recueil « le livre du dialogue ». Cette question nous confronte à une autre, celle de l'exclusion : exclusion sociale qui s'inscrit dans les discours et les textes produits par certains services sociaux et administratifs ; exclusion des fous qui sous couvert d'intégration dans la cité, exclut l'idée même qu'il existe une souffrance psychique non réductible au seul traitement social de la pathologie ; exclusion de l'autre, « c'est à dire du plus proche, semblable et différent à la fois, exclusion que nous assènent ou nous distillent les discours de haine de l'extrême droite ».

Parmi les invités à la table ronde : un philosophe Irakien, un sociologue, des indiens Mapouche du Chili, un comédien africain de « Théâtre sans frontière », des psychiatres, psychanalystes. A noter, de notre région, René PANDELON, médecin chef de secteur et psychanalyste au Centre Hospitalier de Montfavet ; Eveline MIQUEL-GARCIA, psychiatre ayant travaillé plusieurs années au Mali où elle a contribué à mettre en place des structures de soins ; un membre de l'Association « Alerte Orange »...

UN PASSIONNANT SITE PSYCHIATRIQUE INTERNET FRANCOPHONE
<<http://Psydoc-fr.broca.inserm.fr>>

Pour internautes fanatiques et néosurfeurs gourmands, signalons ce site riche, dépendant de l'INSERM, qui peut maintenant apporter aux professionnels intéressés une somme évolutive d'informations et de services, en particulier :

- Des adresses d'autres sites psychiatriques francophones et anglophones (liens), ce qui permet en particulier d'accéder facilement aux banques de données québécoises (le site de l'*Institut Philippe Pinel* démontre les potentialités de cet outil de soins) et aux principaux centres universitaires américains anglophones dans le domaine de la psychiatrie.

Les *book-lovers* accros du DSM IV et de la pharmacologie peuvent désormais pénétrer dans ces bibliothèques virtuelles et y commander des livres récents, *hot books*. Ceci, bien sûr, s'effectue contre remboursement en US \$ et il reste toujours hasardeux de balancer son numéro de carte bleu internationale sur le net. Gare aux pirates.

- Les adresses de sites d'hôpitaux psychiatriques : Montperrin et Ville-Evrard sont précurseurs en la matière.

- Les annonces de congrès et colloques : vous pourrez, en temps réel, faire annoncer vos prochaines manifestations sur le net!

- Une base de publications psychiatriques françaises.

- Des comptes-rendus de colloques internationaux.

- Un accès aux conférences de consensus.

- Des forums divers (formation médicale continue, autisme, actualité...) coordonnés par le Docteur J.M. THURIN et une équipe rédactionnelle :
<jmthurin@pratique.fr>

- La présentation des principales publications psychiatriques francophones à travers leurs comités de rédaction, leurs lignes éditoriales ainsi que des conseils pratiques pour la publication d'articles dans ces revues.

- Les coordonnées des principales sociétés savantes psychiatriques françaises.

Il existe bien d'autres potentialités dans ce site à découvrir.

SOCIÉTÉ

AU MENU DES REFORMES : L'ASSIETTE ANGLAISE ?

Jean-Michel GAGLIONE
Praticien Hospitalier
Secteur Bollène, Vaison, Valréas⁽¹⁾
(84 G 07)

Le gouvernement actuel semble avoir l'intention de reprendre à son compte un aspect supplémentaire du plan Juppé. Il s'agit de l'incitation à consulter un généraliste avant de s'adresser à un spécialiste. Cette mesure, qui n'aurait pas dans un premier temps un caractère obligatoire et s'appliquerait à l'ensemble du territoire, nous incite à observer la situation outre-manche où le rôle du généraliste (**General Practitioner**) a été ainsi réévalué.

Au Royaume-Uni, les médecins de famille, les GP, sont au centre du système de santé (National Health Service), ils en commandent l'accès et filtrent la demande de soins spécialisés des hôpitaux.

Leur rémunération est complexe et liée à leur activité. Elle comprend :

- la capitation de base (environ 6 000£) et les capitations individuelles (d'une vingtaine de £) pour chaque nouvelle inscription sur leur liste (jusqu'à 3 000 personnes), ce qui les incite à retenir, donc à satisfaire leurs clients.
- des forfaits pour leur formation (env. 4 000 £) ou pour une installation en zone défavorisée.
- des paiements à l'acte pour des services que le NHS désire promouvoir (visites de nuit, petite chirurgie, vaccinations, etc...).
- enfin, les honoraires de leurs clients privés (non inscrits sur la liste) qui ne sont pas pris en charge par le NHS.

Au total, les GP anglais travaillent moins que leurs collègues français, gagnent un tiers de plus et prescrivent modérément sur une liste de produits recommandés.

Depuis 1991, le GP se voit attribuer un pouvoir de gestion supplémentaire avec l'introduction de mécanismes de marché dans le service public de santé. Des relations hiérarchiques font place à des relations contractuelles : des fonctions d'« acheteur » et de « fournisseur » apparaissent.

Les GP (ainsi que les districts) deviennent « *acheteurs de soins* » et les hôpitaux deviennent « *fournisseurs* », les premiers négociant avec les seconds les soins hospitaliers courants, qu'ils choisissent et payent.

Les GP (et les districts) reçoivent de la région une « *capitation* » (selon l'âge, le sexe, la morbidité) limitée qu'ils gèrent à leur gré. Les cabinets dégageant une marge peuvent la réinvestir pour leur équipement.

⁽¹⁾ Secteur 7, Centre Hospitalier 84143 Montfavet Tél 04.90.03.91.97

Ces réformes introduisent la concurrence entre hôpitaux publics et privés suivant le principe - *l'argent suit le patient* -. Nombre d'institutions ont dû s'adapter à la demande ou fermer (sans que cela ne résulte d'une décision politique ou administrative).

Au Royaume-Uni cette réforme a renforcé le pouvoir (et le revenu) du médecin de famille au dépend du spécialiste. Du point de vue du patient, elle marque un coup d'arrêt au « nomadisme médical » mais en même temps elle interdit le libre accès au spécialiste et limite le libre-choix du généraliste. Sauf à la contourner en payant les soins de ses deniers voire par l'intermédiaire d'une assurance privée (ce qui introduit une inégalité des citoyens à l'accès aux soins).

Bien des aspects de ce modèle anglais semblent avoir inspiré la réforme française qui, insensible aux changements de gouvernement, poursuit son chemin inexorablement. La revalorisation du rôle et du pouvoir du médecin généraliste en est une des prochaines étapes. Celle-ci se fera au dépend du statut du spécialiste et de la liberté du patient. Un menu pas vraiment engageant, que les français voudront bien avaler?



DANS L'ASSIETTE ANGLAISE
IL Y A AUSSI DES CORNICKONS

Huguette FERRE
Praticien Hospitalier ⁽¹⁾
Secteur Avignon centre, Isle/Sorgue
(84 G 05)

LE CINQUIEME ELEMENT

Réalisateur Luc BESSON - France - Sortie le 7 mai 1997

Avec Bruce Willis (chauffeur de taxi), Mila Jovovich (le 5^{ème} élément), Gary Oldman , Ian Holm (le prêtre).

Musique : Eric Serra
Costumes : Jean Paul Gaultier

Dernier film de Luc Besson, présenté hors compétition au festival de Cannes (sortie le 7 mai 1997), n'y a reçu qu'un accueil frileux. Pourtant avec ces 6 millions d'entrées, le 5^{ème} élément est vraiment un succès populaire.

Depuis le « Grand Bleu », film culte des années 80, Besson est une star dans le monde entier sauf aux Etats-Unis. Il n'y est pas un inconnu depuis Nikita (90), (un remake a été réalisé) et Léon (94). Ces deux films lui permettent de franchir les continents, et d'obtenir tout de même une certaine reconnaissance. Le cinéma français a bonne réputation outre Atlantique, mais il est perçu comme un cinéma intellectuel et intimiste. Depuis quelques années des réalisateurs français tels que Annaud, Beineix, Besson veulent montrer que le cinéma français peut réaliser des films d'actions populaires. C'est en tout cas le défi de Besson avec ce film.

L'idée du scénario de science fiction est ancienne pour Besson, une première trame avait été écrite par lui à l'âge de 16 ans à Coulommiers. C'est grâce à l'engagement enthousiaste de la star Bruce Willis que le film a pu être mené à son terme plus rapidement.

L'histoire se passe dans des décors du XXIII^{ème} siècle ; l'action se situe à New York avec ses buildings, des engins volants, et des extra terrestres en tout genre. Un chauffeur de taxi un peu blasé et très sexy en blond (Bruce Willis) tombe par hasard sur une créature féminine parfaite, le Cinquième Élément (Mila Jovovich). Il est aux prises avec Gary Oldman (le flic pervers de Léon) plus malveillant que jamais entouré de redoutables mercenaires, les mangelores. Il va malgré lui aider à sauver le monde du « Mal Suprême ».

Les amoureux de Besson retrouveront l'ambiance propre à ses films, ambiance faite du décalage avec le réel, la présence d'un personnage féminin à la fois fragile et fort (Nikita, la petite fille de Léon), les images soulignées par la musique d'Eric Serra (la poursuite du taxi sur une musique rat est inoubliable).

Les personnages qu'il met en scène sont attachants par leur complexité, par leur fragilité, par les failles qu'ils dévoilent dans leur personnalité.

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

On peut repérer certaines références cinématographiques notamment à « Blade Runner » de Ridley Scott, l'agilité du Cinquième Élément nous semble être dans la continuité du film de Ridley Scott.

Le point fragile du film serait plutôt du côté du scénario. Les idées ne sont pas véritablement abouties et approfondies. Cependant on apprécie ici l'idée originale du film, à savoir le Messie est une femme.

A aller voir absolument.



Bruce Willis



Gary Oldman devant les mangalores

Pour mémoire - Filmographie :

- Le dernier combat (83) primé à AVORIAZ
- Subway (85) avec Adjani et Lambert
- Le Grand Bleu (88) : ouverture de Cannes en 88, 9 millions d'entrées en France, film culte des années 80.
- Nikita (90)
- Léon (94)
- Le Cinquième élément (97).

LA VERITE SI JE MENS

De Thomas GILOU - France (1997)

Avec Richard Anconina (Eddie), Amira Casar (Sandra Benzakem), Vincent Elbaz (Dov Mimran), Elie Kakou (Rafi « Stylmod », Richard Bohringer (Victor Benzakem), José Garcia (Serge Benamou), Gilbert Melki...

Scénario Michel Munz et Gérard Bitton

Photo Jean-Jacques Bouhon

Musique Gérard Presgurvic

Production Aïssa Djabri, Farid Lahouassa et Manuel Munz

Distribution AFMD

Durée 1h 40

Comédie satyrique de Thomas Gilou.

L'histoire :

Edouard-Eddie-Vuibert (Richard Anconina) n'a plus de travail, il « zone » dans le Sentier, où désespéré il joue sur le coin d'un trottoir son dernier billet. Après un échauffourée avec les joueurs, il est « tiré d'affaires » par Victor Benzakem (Richard Bohringer) celui-ci intervenant car le croyant juif. Le quiproquo s'installe, Eddie est intégré dans la communauté, il tombe amoureux de Sandra fille de Victor. Pour la séduire il monte son affaire...

Gilou spécialiste des minorités, après « Black-micmac » et « Rafi », peint la communauté juive du Sentier.

Cette comédie satyrique est un régal par la justesse des personnages, les situations comiques créées par le quiproquo, idée de base du scénario. Le film est admirablement servi par de jeunes interprètes plus ou moins connus pour leur drôlerie. Parmi eux, nous citerons :

- le plus connu, le comique Marseillais Elie Kakou. Une scène très drôle où Rafi (Elie Kakou) interroge Eddie (Anconina) sur l'origine de son nom, renvoie à son fameux sketch « vous êtes juifs ».

- Le présentateur loufoque de Canal + Bruno Solo,

- José Garcia,

- Vincent Elbaz (Dov Mimram) interprète le copain qui a tout compris, il guide Anconina dans la communauté. Anconina est comme toujours parfait dans le rôle du personnage un peu maladroit, un pur à côté du « gey » qui se fait passer pour juif.

Le charme du film tient à la verve des personnages bavards, joyeux, bons enfants, à leur accent, à leurs préoccupations affairistes. C'est la peinture d'une communauté qui se veut ouverte car le film se termine par un « Happy End » c'est-à-dire un mariage mixte. Grincheux s'abstenir.



LE SAINT

De Philip Noyce

Avec Val Kilmer (le Saint), Elizabeth Shue (Emma Russel, la physicienne).

Sortie nationale, le 18 juin 1997.

Après Batman, Val Kilmer se coule une nouvelle fois dans la peau d'un super héros en faisant renaître le personnage mythique du Saint.

Il faut croire que ces temps ci le cinéma américain a décidé d'adapter les séries cultes des années 60. Après les « Incorruptibles » avec Kevin Costner, « Mission Impossible » avec Tom Cruise, Val Kilmer va essayer de relever le défi. Il faut dire que les producteurs ne prennent pas de risques, le film fera des entrées.

La nostalgie marche bien, Roger Moore en gentleman très « british » était irrésistible dans le rôle du Saint. Malheureusement le film n'est pas à la hauteur de la série malgré le dépoussiérage du scénario.

Les méchants sont des Russes interlopes, sans scrupules avec à leur tête Teriak manipulateur des foules ; leur but est de renverser le pouvoir. Simon Templar est présenté comme un personnage complexe, un mystificateur audacieux et énigmatique, doublé d'un impitoyable justicier. Les flash-backs sur l'enfance du héros en forme d'interprétations sauvages manquent de finesse pour expliquer cette personnalité hors normes. Le héros sans attache pris au piège de l'amour par une scientifique Emma Russel interprétée par Elizabeth Shue donne une note romantique au film.

Les teen-agers apprécieront certainement les différents déguisements du Saint, surtout celui avec masque rappelant Spiderman.

Plutôt décevant dans l'ensemble.

PSY- CAUSE INFO

POUR ADRESSER UN ARTICLE :

. Si vous êtes dans le Vaucluse, le Gard, la Drôme, entre Alpilles et Duranco, 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, 19617 Aix en Provence Cedex 1, Téléphone 04.42.16.16.71.

COURRIER DES LECTEURS :

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.

La dépression, une histoire privée, une affaire publique

5 juin 1998 - C.H. Montperrin
organisée par la revue Psy-Cause
Association loi de 1901 Psy-Cause Sud
organisme agréé sous le N° 93840166884

Nom :

Prénom :

Fonction :

Adresse Professionnelle et téléphone :

Coût de la Formation : 380 F, repas de midi compris

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 à, 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 Cedex 1
(☎ 04.42.16.16.71)

BULLETIN D'ABONNEMENT

Nom, prénom

Adresse professionnelle

S'abonne pour un an à la revue « Psy-Cause », à partir du N° ... (N°1,2,4,5,6 épuisés).

Joint un chèque de 130F à l'ordre de l'association « Psy-Cause », à l'adresse suivante : Secrétariat du Secteur 27, Centre Hospitalier, 84143 Montfavet Cedex.

*"Ce sourire nous a tellement manqué.
Aujourd'hui, ce sont les mots..."*



S Y S T È M E N E R V E U X C E N T R A L



Laboratoires Synthélabo

COMPOSITION : SOLIAN 50 mg : amisulpride 50 mg - Excipient q.s.p. un comprimé. SOLIAN 200 mg Comprimés : amisulpride 200 mg - Excipient q.s.p. un comprimé. SOLIAN 200 mg/4 ml Solution injectable : amisulpride 200 mg - Excipient q.s.p. une ampoule de 4 ml. **PROPRIÉTÉS :** Neuroleptique caractérisé par sa rapidité d'action et son action sur les symptômes psychotiques productifs et délirants. **INDICATIONS :** Traitement des psychoses. **Effets indésirables :** schizophrénies paranoïques et productives, psychoses délirantes aiguës. **Effets déliratoires des schizophrénies, des évolutions psychotiques récurrentes, des états d'inhibition avec ralentissement.** **CONTER-INDICATIONS :** Des accidents hypersensibles graves ont été signalés chez les porteurs de phénothiazine avec des médicaments anti-dopaminergiques dont certains benzodiazépines. Il est donc prudent de l'absence de preuve ce produit chez les porteurs, connus ou suspects, de phénothiazine. **MISE EN GARDE :** Surveiller le traitement en cas d'hypertension, surtout si le produit est utilisé à forte dose ; cette hypertension peut être l'un des éléments du syndrome malin des neuroleptiques. **PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :** - Déconseiller l'absorption d'alcool pendant le traitement. - Réviser la posologie et prescrire des soins appropriés chez l'insuffisant rénal grave. - Renforcer la surveillance chez les épileptiques. - Prudence chez le sujet âgé et le parkinsonien. - Grossesse : Il est recommandé de ne pas utiliser ce médicament au cours du premier trimestre de la grossesse. **VIGILANCE ET CONDUITE :** Risque de somnolence. **INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES :** Association déconseillée : Lévodopa (longtemps rétrograde de la lévodopa et des neuroleptiques). Associations à prendre en compte : éventuelle potentialisation des hypotenseurs, des anti-hypertenseurs et des dépressifs du système

nerveux central (à l'exception des tranquillisants, anxiolytiques, analgésiques). **EFFETS INDÉSIRABLES :** Sédation ou somnolence (à fortes doses), dyskinésies paroxysmales sporadiques, crises oculogires, tremblements à un antipsychotique anticholinergique, syndrome extrapyramidal habituellement associé aux antipsychotiques anticholinergiques, dyskinésies tardives qui peuvent être observées comme avec tous les neuroleptiques au cours de cures prolongées. **Hyponatémie modérée (à fortes doses) - Insomnie, fatigue, anorexie, gâchisme, syndrome de l'hyperparathyroïdisme, prise de poids.** **POSOLOGIE :** Traitement des syndromes psychotiques productifs : 600 à 1200 mg par jour (2 à 4 comprimés à 200 mg, CT) : 17 à 34 F à 34,99 F, se commencer par une administration intramusculaire pendant quelques jours (ampoules à 200 mg) à la dose de 400 mg par jour, les comprimés prenant le relais. Traitement des états délirants et états d'inhibition : 50 à 250 mg par jour, soit 1 à 5 comprimés à 50 mg. **Cour du traitement journalier :** 2,31 F à 11,55 F. **SURDOSAGE :** Syndrome parkinsonien grave, coma. Traitement symptomatique en milieu spécialisé. **PRÉSENTATIONS :** - Boîte de 30 comprimés à 50 mg : A.M.M. 322 445 2. - Boîte de 30 comprimés à 200 mg : A.M.M. 334 385 8. - Boîte de 6 ampoules injectables à 200 mg/4 ml : A.M.M. 332 208 1. **LISTE I, PRIX :** Comprimés à 50 mg : 49,30 F. - Boîte, 30 : 50 à 65 % - agréé Collect. Comprimés à 200 mg : 179,00 F. - Boîte, 30 : 50 à 65 % - agréé Collect. Solution injectable à 200 mg/4 ml - Révisé à l'usage hospitalier - agréé Collect. Pour information complète, consulter le dictionnaire Vidal. Laboratoires Synthélabo : 22, Avenue de la Gare - 92350 LE RESSAULT-ROBINSON. Direction et Information médicale : 23-25, Avenue du Parc Solaire - 92360 MEUDON-VA-FORET - Tél. 01.47.26.16.00.



BENZAMIDE ANTIPSYCHOTIQUE

SOLIAN®

AMISULPRIDE

OBJECTIF : RÉINSERTION