

Directeur de la publication et de la rédaction : G. Massé
Rédacteur en chef : F. Caroli
Collaborateurs : Ch. Paradas, S. Rampa, S. Tribolet
Rédaction : Hôpital Sainte-Anne,
1 rue Cabanis - 75014 Paris
Tél. 01 45 65 83 09 - Fax 01 45 65 87 40
Abonnements : 54 bd La Tour Maubourg - 75007 Paris
Tél. 01 45 50 23 08 - Fax 01 45 55 60 80
Commission paritaire n° 70088

Supplément à NERVURE
Journal de Psychiatrie
n° 2 - Tome XII - Mars 1999

(ne peut être vendu séparément)
Pour les mentions légales relatives au
présent supplément consulter l'édi-
tion de Nervure.

Joëlle Skriabine

Romain Gary, Emile Ajar, ou la quête de l'exception

LIVRES

La fatigue d'être soi

Alain Ehrenberg

Éditions Odile Jacob

S'appuyant sur une revue de la littérature psychiatrique française à partir de 1930-1940, sur un sondage dans les travaux anglo-américains, la revue du praticien, deux magazines féminins et un hebdomadaire, l'enquête d'Ehrenberg établit des relations entre trois niveaux : débats internes à la psychiatrie, type d'expertise que celle-ci fournit à la médecine générale, manière dont le grand public a été « initié à une grammaire de la vie intérieure ».

De façon assez convaincante, l'auteur montre que nos contemporains se structurent moins autour du conflit, de l'interdit et de la culpabilité que du projet, de la motivation et de l'initiative. Dès lors, « l'individu est confronté à une pathologie de l'insuffisance plus qu'à une maladie de la faute, à l'univers du dysfonctionnement plus qu'à celui de la loi : le déprimé est un homme en panne ». D'où le brouillage des rapports entre le permis et le défendu, le possible et l'impossible et, plus grave, l'éclipse du sujet. Il n'y aurait plus de différence bien nette entre se soigner et se droguer puisque, grâce, en particulier, aux nouveaux antidépresseurs, on peut de façon illimitée « usiner son intérieur mental pour être mieux que soi ». Tout devenant théoriquement possible, « le drogué est aujourd'hui la figure symbolique d'un anti-sujet ». Cette « déconflictualisation » du psychique explique le retour actuel de Janet au détriment de Freud et invite les psychanalystes à adapter le cadre classique de la cure. En effet, comme le remarque J.L. Donnet, directeur du Centre Jean Favreau, émerge actuellement une « néo-traumatologie dans laquelle la référence répétitive, lancinante, à une réalité factuelle confère à la symptomatologie un caractère de névrose actuelle, voire même de névrose de guerre économique ».

M. Goutal

Adolescence et psychopathologie

Daniel Marcelli, Alain Braconnier
Masson

Ce classique propose une approche complète, nosologique, clinique, thérapeutique et socio-économique des problèmes psychopathologiques propres de l'adolescence. Sa cinquième édition actualisée comprend de nouvelles sections (états anxieux, dépendance, utilisation de psychotropes...) et une refonte de la partie thérapeutique.

LE NERF DE L'INTRIGUE

Romain Gary, alias Emile Ajar -anagramme de raja élimé-, romancier au génie littéraire consacré par la remise du prix Goncourt et ce, par deux fois, interroge le désir de ses héros jusqu'à plus soif. En effet soit le héros n'a d'autre choix que de se retirer d'une situation devenue trop embarrassante ou trop angoissante, soit il choisit en ultime recours de s'en remettre à un autre à ses risques et périls. Dans les deux cas, son désir n'arrive plus à se dialectiser.

A la différence de ses romans où le héros cède quelque chose de son désir à un autre personnage en en calculant les effets et le devenir, dans les nouvelles du recueil *Gloires à nos illustres pionniers* le héros reste fasciné par un autre auquel il s'en remet entièrement. Bien plus qu'un « quelque chose » de son désir, il lui livre le ressort qui l'anime, le scénario fantasmagique dont il se soutient. D'un côté, il y a comme une attente des effets de son désir sur autrui avec la poursuite d'un colloque singulier entre eux deux, de l'autre il y a comme une pétrification du héros mort au désir et au plaisir de la dialectique avec cet Autre devenu silencieux.

Quand Romain Gary commente les récits de son recueil de nouvelles, il reconnaît s'être mépris sur ses intentions. Il croyait se livrer au plaisir de conter des histoires, de distraire le lecteur agréablement. Mais en fait il renoue, dit-il, avec ses démons familiaux qui l'empêchent de partir en vacances.

QUELS DÉMONS ?

Le héros que R. Gary met en scène dans ses romans est à la recherche non pas tant de ce qui cause son désir, que de ce qui lui permet de poursuivre son chemin avec, il faut bien le dire, un enthousiasme aiguë d'un trait d'angoisse. Il n'est pas dans l'en-deçà de ce qui le motive, mais dans le mouvement pulsionnel qui le sous-tend. Paradoxalement ce n'est que dans ces nouvelles que le héros reste fasciné par un scénario qui l'engage dans une impasse, et sur lequel il n'a plus la maîtrise. Alors qu'un autre personnage surgit providentiellement pour le supplanter dans *Le faux*, s'y substituer dans *Décadence*, ou le protéger dans *Le Luth*, dans *Un humaniste*, le héros nous livre l'obscurité de la jouissance qui le mortifie et le scénario fantasmagique qui l'y conduit.

L'humaniste Herr Karl est ce fabricant de jouets munichois qui craint, étant juif, la montée du nazisme dans l'Allemagne hitlérienne d'avant-guerre. Avec lui vit un couple de braves munichois qui s'occupent de lui depuis quinze ans. La femme sert d'économiste et de cuisinière, l'homme Herr Schutz est

chauffeur, jardinier et gardien de la maison. D'une amitié née d'un goût commun pour les livres dont certains sont prêtés par Herr Karl à Herr Schutz, vient tout d'un coup à l'esprit d'Herr Karl l'idée qu'il pourrait être aidé par ce couple, disparaître du champ social en s'aménageant dans sa propre maison une cache confortable où il resterait enfermé jusqu'à la chute du régime hitlérien. Il choisit en quelque sorte de s'aliéner Herr Schutz auquel il vend fictivement sa fabrique de



la main de ses fidèles amis, et avec la satisfaction d'avoir vu juste. »⁽¹⁾

A son insu, Herr Karl est devenu au pied de la lettre ce jouet qu'il a su si bien fabriquer et vendre aux autres, et dont il a transmis la clef du secret à son élève. Herr Karl meurt au fond d'avoir renoncé à être un fabricant de jouets dès qu'il consent à devenir un jouet pour l'Autre. Cet Autre, en l'occurrence Herr Schutz, existe en s'appropriant, comme d'un leurre, des effets de signifié des signifiants de son maître, seuls signes de reconnaissance pour Herr Karl d'un ami. L'Autre n'existe que quand il y a un sujet pour lui donner consistance, Herr Karl déshabité de l'Autre, Herr Schutz ne peut en être ni le contenant et encore moins le support du contenu.

ROMAIN GARY ET LE DÉSIR

R. Gary s'est, toute sa vie, questionné sur le désir de l'autre, en l'occurrence sur celui de sa mère qu'il pense avoir soutenu puissamment. Il a en tout cas réalisé les projets qu'elle faisait pour lui : qu'il soit ambassadeur de France, chevalier de la légion d'honneur, grand auteur dramatique, et qu'il s'habille à Londres.

« Avec l'amour maternel, la vie vous fait à l'aube une promesse qu'elle ne tient jamais », écrit-il, et plus loin : « Je ne dis pas qu'il faille empêcher leur mère d'aimer leur petit. Je dis simplement qu'il vaut mieux que les mères aient encore quelqu'un d'autre à aimer. Si ma mère avait eu un amant, je n'aurais pas passé ma vie à mourir de soif auprès de chaque fontaine. Malheureusement pour moi, je me connais en vrais diamants. »⁽²⁾

Cet hommage à sa mère, romancé à deux reprises dans *La promesse de l'aube* sous le pseudonyme de Romain Gary, et dans *La vie devant soi* sous celui d'Emile Ajar, insiste sur un point. Dans *La promesse de l'aube*, à titre posthume, sa mère lui fait adresser régulièrement par une amie suisse 250 lettres qu'elle avait écrites à la clinique Saint Antoine avant de mourir - elle voulait prévenir l'effet de laissés tomber que sa mort pouvait susciter chez son fils engagé au front. Dans *La vie devant soi*, le petit garçon accompagne les derniers moments d'une dame âgée juive qui choisit de mourir chez elle. Ces deux écrits sur le thème romancé de la mort d'une mère, sur sa mère morte dans *La promesse de l'aube* trois ans et demi avant qu'il ne l'apprenne à la Libération, et sur une mère de substitution, dans *La vie devant soi*, qu'un petit garçon aide jusqu'à son dernier souffle et auprès de laquelle il reste alors qu'elle est déjà morte, sont étonnants, comme si une position subjective différente de la mère ou de son substitut allait déterminer pour l'en-

jouets et sa maison afin d'éviter leur saisie par le régime en place. Déçu par le déchaînement durable des haines des hommes qu'il suit à la radio et dans les journaux, qui vont a contrario de toutes ses convictions humanistes dont il aimait débattre avec Herr Schutz (protection en français), Herr Karl supprime de son univers tous les échos du monde extérieur.

A aucun moment Herr Schutz n'essaiera d'en détourner son maître qui perdra à son tour le goût de le questionner là-dessus. Voici comment R. Gary termine son récit : « La fabrique de jouets marche admirablement ; en 1950, Herr Schutz a pu l'agrandir et doubler le chiffre des ventes ; il s'occupe avec compétence de l'affaire. Chaque matin, Frau Schutz descend un bouquet de fleurs fraîches qu'elle place au chevet de Herr Karl. Elle lui arrange ses oreillers, l'aide à changer de position et le nourrit à la cuillère, car il n'a plus la force de s'alimenter lui-même. Il peut à peine ne parler, à présent ; mais parfois ses yeux s'emplissent de larmes, son regard reconnaissant se pose sur les visages des braves gens qui ont su si bien soutenir la confiance qu'il avait placée en eux et en l'humanité en général ; on sent qu'il mourra heureux, en tenant dans chacune de ses mains,

LIVRES

Manuel de thérapie comportementale et cognitive

Bertrand Samuel-Lajeunesse, Christine Mirabel-Sarron, Luis Vera, Firoureh Mehran et coll.

Dunod

Cette synthèse centrée sur les pratiques thérapeutiques en thérapies comportementales et cognitives décrit et analyse les principaux troubles psychiatriques et détaille les diverses modalités de prise en charge. Un premier volet récapitulatif les bases théoriques et fait le point sur les techniques d'évaluation. Le corps du livre envisage les domaines d'application et présente les approches spécifiques en évoquant, également, l'approche psychothérapeutique intégrative et certains champs non cliniques (pédagogie, gestion du stress).

Evelyne Kestemberg

Liliane Abensour

PUF

La collection « *Psychanalystes d'aujourd'hui* » a consacré son dernier ouvrage à Evelyne Kestemberg dont les travaux, toujours d'actualité, continuent à apporter une aide certaine à la compréhension et aux soins des dysfonctionnements psychiques.

Ce livre nous permet de suivre en même temps que sa vie, son parcours de recherche toujours innovante en clinique psychanalytique. Née à Constantinople, elle fait ensuite ses études à Paris, avant de partir au Mexique où elle fait la rencontre de Jean Kestemberg qui devient un de ses partenaires de recherche. Sa collaboration avec R. Angerlagues, D. Anzieu, R. Diatkine, S. Decobert, A. Freud, S. Lebovici ou H. Segal... enrichissent ses théorisations et ses élaborations cliniques. Ses études sur les psychoses, l'adolescence, l'anorexie mentale assimilée à une « psychose froide » l'amènent à proposer un nouvel abord thérapeutique : le psychodrame psychanalytique individuel. Les études métapsychologiques décrivent, notamment, les concepts d'auto-érotisme, de masochisme et d'homosexualité primaire. Humaine et rigoureuse, E. Kestemberg avait la volonté tenace de transmettre en militant activement au sein de la Fédération Européenne de Psychanalyse, de la Société Psychanalytique de Paris et du Centre de psychothérapie et de psychanalyse du XIII^e. Elle a aussi dirigé la *Revue Française de Psychanalyse*. Ce livre vivant et complet est très bien illustré par une bibliographie exhaustive et le recueil des textes essentiels qui nous donneraient envie de lire ou relire les intégraux d'Evelyne Kestemberg.

M. Mazodier

Le budget de l'hôpital

Pascal Forcioli

Préface de Edouard Couty

Masson

Cet ouvrage permet de comprendre les mécanismes essentiels de fonctionnement des hôpitaux avec plusieurs niveaux de lecture. Un premier niveau aborde la gestion hospitalière : la double réforme de 1991 et 1996, le budget hospitalier, la réforme de déconcentration de la gestion de 1996. Un deuxième niveau apporte des approfondissements sur l'évolution de la gestion hospitalière, la campagne et le suivi budgétaires. Les chapitres suivants donnent les éléments de compréhension nécessaires à la gestion d'un établissement. Pour faciliter cette triple lecture, quelques thèmes apparaissent de manière redondante mais avec des degrés de précision différents.

fant la suite de sa vie et en changer radicalement le cours.

Il se dégage de ces deux romans une étrange émotion, mêlant grandeur d'âme, dignité poussée à l'extrême, regret de ce don absolu de soi - de cette mère pour son fils, de ce fils pour sa mère, et de ce petit garçon pour cette dame.

**EVOQUONS DÈS À PRÉSENT
UNE SÉRIE DE DÉTERMINATIONS
SIGNIFIANTES**

Peu de temps avant la parution de *La promesse de l'aube*, R. Gary rencontre Jean Seberg, de vingt ans sa cadette et dont le nom consonne avec sea berg (mer mont en français), nom de l'hôtel-pension niçois dont la mère de R. Gary fut gérante jusqu'à la fin de sa vie. Jean Seberg, l'actrice ne peut ni supporter les rôles que R. Gary (brûle ! en russe), metteur en scène de certains de ses romans, lui fait jouer, ni se soutenir d'être sa femme et la mère de son fils, elle divorce.

Un an après la mort de Jean Seberg, Romain Gary se suicide. Et c'est alors que le monde littéraire apprend l'année suivante, en 1981, qu'Emile Ajar, anagramme de Raja élimé, est le pseudonyme de Romain Gary et non pas de son neveu comme il l'a si âprement défendu. Il a écrit principalement sous ce pseudonyme après le suicide de Jean Seberg.⁽³⁾ Revenons-en au récit de la nouvelle *Un Humaniste* et au scénario fantasmagique de Romain Gary.

Il n'est pas sans rappeler point par point ce que fait Romain Gary quand il crée ce romancier fictif d'Emile Ajar auquel il donne corps et vie en la personne de son neveu Paul Pavlowitch. Romain Gary met en scène son fantasme fondamental en la personne de ce romancier et il lui prête vie et un avenir littéraire. Il fabrique de toutes pièces un pantin, ce n'est pas Pinocchio mais cela y ressemble. Mais décidément aucune bonne fée n'intervient pour prêter longue vie au fabriquant de jouets et à son pantin.

Si le désir de Roman Kacew - son patronyme - est dès l'aube de sa vie soutenu par le désir de sa mère qui le met au monde, Jean Seberg, sa compagne, ne peut jouer son œuvre écrite sous le pseudonyme de Romain Gary, et plus tard Paul Pavlowitch ne sait prêter vie au romancier fictif Emile Ajar, un autre pseudonyme de Roman Kacew qui va se suicider.

**QU'EST CE QUI PEUT
S'ÉCRIRE DU SYMPTÔME DE
ROMAN KACEW ?**

Roman Kacew né en Russie de père inconnu, en tout cas sa mère Nina Kacew s'est toujours refusée à lui en parler, Roman Kacew donc se crée une série de pseudonymes dont les deux plus connus sont : Romain Gary et Emile Ajar. Ils écrivent chacun une œuvre littéraire au style littéraire fort différent, qui sera couronnée à deux reprises par le prix Goncourt : *La promesse de l'aube* pour Romain Gary, *La vie devant soi* pour Emile Ajar. Ces deux œuvres questionnent, me semble-t-il, le désir de l'Autre et les conséquences quand un sujet s'en saisit. Un Nom, un pseudonyme, s'inscrit ainsi dans le monde, ici littéraire, par l'attribution d'un prix littéraire, et pas des moindres, le Goncourt.

Un auteur ne peut se présenter par deux fois au prix Goncourt, de ce fait à moins de réussir parfaitement à préserver son anonymat en vivant par procuration comme Herr Karl grâce à Herr Schutz dans *L'humaniste*, il ne peut s'en sortir qu'en sortant de la scène. En tout cas, Paul Pavlowitch n'est pas pour Romain Gary ce que sont Herr Schutz et sa femme pour Herr Karl.

Tombeau de Romain Gary

Nancy Houston

Babel

Actes Sud qui avait publié ce court texte en 1995, le réédite dans sa collection de poche. Il s'agit d'un portrait entre « *le mythe personnel* » de l'auteur et ce que ses livres laissent entrevoir à son insu, l'aller et retour est constant.

Une incapacité de dévoilement s'accompagne d'un bonheur de célébration : étonnant tête-à-tête entre deux écrivains.

Romain Gary a traversé le siècle en nomade, en apatride, sans se soumettre aux écoles littéraires, sans céder aux modes, déjouant les classifications, mettant en actes sa liberté de romancier. Insaisissable fidèle et rebelle au dessein que sa mère avait formé pour lui, il s'acharna à consumer sa vie de fils, d'amant, de mari et de créateur jusqu'à renaître de ses cendres et s'inventer autre. De l'entrée en scène de l'écrivain Romain Gary jusqu'à l'apothéose d'Emile Ajar, c'est tout à la fois l'artiste et l'homme multiple que Nancy Huston dévoile dans un face à face (avec l'auteur, avec ses œuvres) et un tutoiement d'une lucidité presque douloureuse.

**QU'EN COMPRENDRE ET QU'EN
CONCLURE ?**

Il semble que Roman Kacew ait interrogé, jusqu'à plus soif, dans ses romans :

- son inscription dans le désir de sa mère et dans le désir de l'Autre,

- l'amour de sa mère en place d'agalma,

- la quête d'un nom de renom qui échoue néanmoins comme garantie auprès de l'Autre, - la place de la position de l'exception dans le champ de l'Autre,

- et à un degré de plus de formalisation théorique, le signifiant du manque dans l'Autre. C'est précisément ce qu'il a repéré de la position féminine dans le champ de l'Autre, celle de sa mère dans son amour pour lui, qui lui reste sinon énigmatique en tout cas problématique. Cette place de la position d'exception dans le champ de l'Autre, qu'il tente en vain de garantir par un nom, un pseudonyme qui va faire série avec d'autres moins connus, Roman Kacew la dialectise dans ses

romans. Il la fait en tout cas reconnaître par l'obtention, pour deux de ses romans traitant de l'amour d'une mère, d'un prix, littéraire, le prix Goncourt, autre nom qui ne fera série qu'à lui être décerné deux fois, et qui le consacre dans le monde littéraire sous deux pseudonymes : Romain Gary et Emile Ajar. Que cherchait-il dans cette quête d'un nom ? sinon à faire consister l'Autre dans son inconsistency, sa question ? En tout cas c'est quand il choisit de quitter la scène qu'il met un terme à s'a quête... d'un Autre d'exception.

Lacan écrit dans *Télévision*, p. 64 : « *La vérité est femme déjà de n'être pas toute, pas toute à se dire en tout cas* ». Roman Kacew a soutenu d'une position féminine l'amour de sa mère, voire son fantasme. D'où l'intense émotion qui se dégage de deux de ses romans, deux Prix Goncourt, qui en traitent. Je citerai à nouveau Lacan qui p. 63 dans *Télévision* pose la problématique d'une femme « *C'est d'où une femme, -puisque de plus qu'une on ne peut parler - une femme ne rencontre un homme que dans la psychose, comme je dis. Ainsi, l'universel de ce qu'elles désirent est la folie : toutes les femmes sont folles, qu'on dit. C'est même pourquoi elles ne sont pas folles-du-tout, arrangeantes plutôt : au point qu'il y a pas de limites aux concessions que chacune fait pour un homme : de son corps, de son âme, de ses biens... Elle se prête plutôt à la perversion que je tiens pour celle de L'homme. Ce qui la conduit à la mascarade qu'on sait, et qui n'est pas le mensonge que des ingrats, de coller à L'homme, lui imputent. Plutôt l'à tout hasard de se préparer pour que le fantasme de L'homme trouve son heure de vérité* ». Roman Kacew a fait la femme pour une femme..., sa mère. ■

Bibliographie

(1) Gary Romain, *Gloires à nos illustres pionniers*, Gallimard, Paris, 1962.

(2) Gary Romain, *La promesse de l'aube*, p. 35, p. 50, Gallimard, Paris, 1960.

Gary Romain (AJAR Emile), *La vie devant soi*, Folio, Paris, 1990.

(3) Catonne Jean-Marie, *Romain Gary/ Emile Ajar*, Belfond, Paris, 1990.

Lacan Jacques, *Télévision*, Seuil, Paris, 1974.

Lacan Jacques, *Le Séminaire livre XX, Encore*, Seuil, Paris, 1975 :

III La fonction de l'écrit

VII Une lettre d'amour

**BOURSE DE FORMATION MÉDICALE CONTINUE EN
EPILEPTOLOGIE**

Le Laboratoire Glaxo Wellcome en partenariat avec la Ligue Française Contre l'Epilepsie a attribué, pour la première année, une bourse de 90 000 Frs destinée à aider à l'élaboration d'un programme de Formation Médicale Continue en Epileptologie.

Créée en 1998, cette bourse a été remise le 9 novembre dernier, à l'occasion des journées de la Ligue Française contre l'épilepsie au Dr Juliana Patkai (Hôpital Robert Debré-Paris) et au Dr Anne de Saint Martin (Strasbourg). Elle va permettre la réalisation d'une vidéo didactique à l'intention des médecins (pédiatres, neurologues, médecins généralistes) ou du personnel paramédical spécialisé (hôpitaux, institutions...) concernés par l'épilepsie et les mouvements anormaux de l'enfant. Ce film sera accompagné par des grilles d'évaluation sous la forme de QCM.

Cette année, le jury était composé de : le président, Dr Paul Favel (Mercuriol), les membres, Dr Jean-Michel Chabot (Paris), Pr Jean-Louis Gastaut (Marseille), Pr Jean Perret (Grenoble), Dr Pierre Thomas (Nice), Pr Hervé Vespignani (Nancy), Dr Frédéric Gentin (Glaxo Wellcome).

La Bourse de Formation Médicale Continue en Epileptologie sera reconduite en 1999. Elle est ouverte aux médecins généralistes ou spécialistes ou aux associations de FMC de médecins. Le projet doit s'inscrire dans un programme de FMC en Epileptologie et doit préciser l'intention générale, les objectifs, les méthodes de mesure des effets de la formation, l'organisation pédagogique, les ressources humaines, scientifiques et pédagogiques.

Les dossiers sont à demander à : Laboratoire Glaxo Wellcome, Secrétariat Affaires Scientifiques, 100 route de Versailles, 78163 Marly-le-Roi cedex, et à retourner à la même adresse avant le 30 avril 1999. ■

P. C.

Le Viagra ou la peur de l'insuffisance

Devant l'engouement pour le Viagra tant aux Etats-Unis qu'en Europe et cela malgré des effets secondaires graves, il me semble intéressant d'aborder le sujet des craintes et des fantasmes liés à l'acte sexuel.

Il existe un point important, bien connu des psychiatres, à savoir que le vagin est souvent fantasmé comme un gouffre. Ce fantasme chez les hommes déclenche une inquiétude fréquente : leur sexe est-il suffisant devant ce gouffre ? Pourtant anatomiquement nos corps sont faits pour s'adapter l'un à l'autre, mais il existe une grande ignorance de l'anatomie, en particulier du sexe caché de la femme.

La dimension réelle du vagin (en dehors de la distension due à l'accouchement) n'est connue que des gynécologues. Ne serait-il pas rassurant de donner cette information à tous les jeunes ? Une dimension c'est un début, une fin et une représentation dans l'es-

pace. De plus, comme il existe des tailles de pénis différentes, il existe aussi des tailles de vagin différentes avec et surtout des parois très souples et adaptables aux différentes tailles du pénis. Il y a une image qui me paraît intéressante au niveau de l'adaptabilité : on trouve des gants extensibles qui vont aussi bien à des doigts de 5 cm qu'à des doigts de 10 cm. Comme pour beaucoup d'organes corporels, l'anatomie doit être descriptive mais également fonctionnelle.

Lorsque l'on parle de reproduction à un enfant, ne serait-il pas important de dire que le vagin est un « petit tunnel » très élastique qui reprend sa forme après la distension et dont les parois se touchent. Si cette précision anatomique n'est pas donnée lors des premières questions, la notion de gouffre peut s'imprimer très tôt.

Le mot « pénétration » est-il vraiment adapté à nos rapports sexuels ? Lorsque l'on se réfère au dictionnaire, on retrouve des exemples impliquant un partenaire très actif face à un élément inerte : pénétrer une maison, un avion pénètre l'air, une balle pénètre la peau... Avec toujours cette notion de profondeur inconnue donc inquiétante : une pluie pénétrante donc transperçante.

Ne pourrait-on pas utiliser le mot « assembler » : assembler les morceaux d'un puzzle, assembler les deux parties d'une prise de courant ; dans lequel on retrouve le mot « ensemble », et dont la définition est : « s'unir pour former un tout », en l'occurrence de ce tout que nous formons peut naître un autre tout : un enfant.

Le plaisir du clitoris est peu expliqué aux adolescentes. Ne pourrait-il pas être rassurant lors des premières relations de savoir qu'une femme peut avoir des orgasmes indépendants du vagin ?

Les fantasmes sur la sexualité existeront toujours et sans doute sont-ils nécessaires, mais il est dommage qu'ils soient fondés sur une méconnaissance de l'anatomie. Au Moyen Age, le corps humain méconnu était source de nombreuses croyances erronées. Si nos corps sont faits pour s'assembler et

se compléter, ils le font avec des rôles différents : le sexe masculin avec sa fermeté transitoire et le sexe féminin avec sa souplesse et son adaptabilité. Dans la reproduction les rôles sont également différents, l'un fécondant et l'autre portant. Peut-on transposer ces différences anatomiques et physiologiques sur une dominance de nos caractères mutuels, toujours dans un esprit de complémentarité ? Cette question reste à débattre. Néanmoins, il est étonnant d'entendre souvent parler de la grande adaptabilité des femmes aux différentes tâches, et de la façon directe et droite qu'on souvent le petits garçons à résoudre leurs problèmes.

Enfin, les hommes ne confondent-ils pas force musculaire où la compétition inter masculine est en jeu, avec virilité qui est une notion liée à la femme ? Chez les animaux hermaphrodites, les mots masculin, féminin, virilité et féminité n'ont pas de sens. Ces mots ne prennent leur valeur que s'il y a une différence sexuelle.

La virilité n'est probablement pas en relation avec la dimension du sexe possédé, elle est sans doute plus liée à la compréhension que l'on a un sexe visible doué de fermeté qui s'adapte à un sexe caché doué de souplesse. La féminité n'est pas uniquement l'acceptation de ne pas avoir de pénis, mais sans doute plus la compréhension d'avoir un sexe caché doué de souplesse qui s'adapte à un sexe visible doué de fermeté.

Cette compréhension de nos rôles réciproques bouscule la notion freudienne de castration, mais si les adultes expliquent assez tôt aux enfants la complémentarité anatomique de nos corps en leur disant que l'homme et la femme sont comme les deux morceaux d'un puzzle et que pour former un tout la pièce concave et la pièce convexe ont la même importance, que pour avoir de la lumière c'est l'assemblage des deux qui est importante, et si on leur explique l'adaptabilité et le rôle mutuel de nos sexes, la notion de castration deviendra peut-être une étape à franchir dans la compréhension et la différence des sexes et la peur de l'insuffisance pourrait être grandement réduite. ■

Brigitte Defives-Bourrienne*

*Angéologue, 61 rue Gabriel Péri, 78210 St Cyr l'Ecole

Les chemins de la vie

Les laboratoires Serono mettent à la disposition des praticiens un cédérom d'information sur la stérilité et les techniques d'aide médicale à la procréation (PMA). Avec l'explosion des techniques innovantes dans le domaine de la PMA, les couples concernés ne comprennent pas toujours les mécanismes physiologiques impliqués, les lésions ou les anomalies à l'origine de leur infertilité, et des termes médicaux souvent réduits à des initiales : ICSI, FSH, IAD.

Ce cédérom répond aux questions que des couples engagés dans cette démarche peuvent se poser, des plus élémentaires aux plus pointues, avec des illustrations par schémas, photos ou séquences filmées. Il est également disponible aux futurs parents par le biais de l'association Pauline & Adrien. ■

Rens : Laboratoires Serono France, L'Arche du Parc, 738 rue Yves Kermen, 92658 Boulogne cedex. Tél.: 01 47 61 13 13.

LIVRES

L'imaginaire du souterrain

Textes réunis par Aurélie Gaillard
Cahiers CRLH 1997 n°11*

Duel de structure comme de fonction, le souterrain développe un imaginaire ambigu : principe mâle et femelle à la fois (trouée et cavité, matrice féconde et violence destructrice), il est surtout le lieu de l'indétermination, de toute confusion, des sexes, des ordres, des mondes, des plans, du sol et du sous-sol. Mais la thématique régressive est prélude à une renaissance initiatique : c'est à partir de la table rase du chaos que l'édifice peut s'élever. Le souterrain devient alors le lieu de toute fécondation et de toute fondation. Il n'est que la part d'ombre, très douloureuse, parfois même terrifiante. Ce onzième cahier du CRLH explore ces dimensions, à travers quinze études, en des aires géographiques variées : Grèce, Italie et Afrique romaines, Europe, Russie, Asie, Argentine, Amérique du Nord, Australie. La cohérence thématique du souterrain est telle, articulée notamment autour de l'ambivalence vie/mort, que la plupart des études se font écho et tissent une trame commune ou du moins complémentaire. L'organisation proposée est celle d'un parcours qui tente de suivre le cheminement souterrain : de l'entrée à la matrice, en passant par le renversement régressif. Plutôt qu'une typologie des lieux souterrains (ce que plusieurs études du recueil entreprennent), une topographie et une topique d'un lieu sont présentées à l'imaginaire particulièrement persistant.

* Publications du Centre de Recherches Littéraires et Historiques, Faculté des Lettres et des Sciences Humaines - Université de La Réunion - Diffusé par L'Harmattan

Le rectum est-il une tombe ?

Leo Bersani

Traduit de l'américain par Guy Le Gaufey

Cahiers de l'Unebvue, E.P.E.L.

Cet essai au titre provoquant se tient à la croisée de multiples chemins : d'abord l'horrible tranchée taillée par le sida dans les milieux homosexuels, et les réactions de rejet social qui s'ensuivent. Puis le questionnement aigu sur la nature de l'identité sexuelle - bastion présumé imprenable de la « normalité » - que les toutes nouvelles revendications des groupes gay et lesbien portaient alors en pleine lumière. Enfin, dans ce même début des années quatre-vingt, lors de ses nombreux séjours dans les Universités américaines, Michel Foucault avançait son *Histoire de la sexualité* (sans trop faire mystère de la sienne), offrant ainsi à cette agitation sociale et sexuelle complexe quelques-unes de ses coordonnées historiques et philosophiques.

En faisant se heurter toutes ces dimensions hétérogènes dans un style vif, à l'occasion percutant, Leo Bersani, professeur de littérature française à Berkeley, lié aux mouvements activistes gay américains, a publié dès 1987, dans la revue *October*, cet essai d'emblée retentissant, aujourd'hui un classique dans les *Gay and Lesbian Studies*. Tout en critiquant de près les outrances verbales et idéologiques de certains militants gays et lesbiens, il en vient - via Freud et Bataille, entre autres - à interroger la jouissance supposée dans l'acte sodomitique : le rectum serait-il la tombe de ce phallus priapique que vénère le style macho ?

Collection Psychismes

Panorama de la vie groupale inconsciente

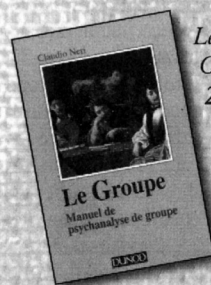
Paru en 1975, traduit en plusieurs langues et vendu à des milliers d'exemplaires, ce livre est le plus important jamais écrit sur la réalité psychique des groupes humains. Son intérêt tient à la notion d'imaginaire groupal qui est mise en avant.

Pour sa troisième édition, le livre a été enrichi d'un avant-propos de René Kaës et d'un chapitre sur le "Moi-Peau groupal".

Le Groupe et l'inconscient - 3^e édition
D. Anzieu - 288 pages - 170 F



Le Groupe et le sujet du groupe
R. Kaës
352 pages - 173 F



Le Groupe
C. Neri
224 pages - 162 F



Le savoir-faire psy

LIVRES

**L'intelligence d'un enfant
Méthode et techniques
d'évaluation**Rosine Debray et coll.
Dunod

L'examen intellectuel et psychologique de l'enfant est l'objet d'un intérêt croissant. Abord clinique riche et complexe, il nécessite une excellente connaissance des épreuves et des techniques utilisées, ainsi que la maîtrise des méthodes d'évaluation du fonctionnement mental de l'enfant. Interroger les modèles théoriques et la clinique de l'intelligence, les confronter à la démarche d'analyse et d'interprétation des résultats à l'examen psychologique, c'est à cet exercice que se sont attachés les auteurs de cet ouvrage. Les lecteurs trouveront d'abord l'analyse des données du bilan psychologique d'un garçon de dix ans, bon élève et qualifié intelligent. Quatre cliniciens ont analysé une partie différente du bilan composé des épreuves WISC-R, NEMI, Figure de Rey, K.ABC, EPL et dessins. La seconde partie traite des apports théoriques des spécialistes qui ont travaillé, dans des approches contrastées, sur la notion de l'intelligence et de ses différents aspects.

Analyse freudiennePrintemps-Automne 1998, n°16-17,
nouvelle série

Le concept usuel d'« éthique » ignore l'inconscient. *Analyse freudienne* propose de cerner, grâce à la psychanalyse, une « éthique de la déliaison ». La déliaison introduit, en effet, une rupture de continuité, et implique donc un acte ; mais à l'élever au rang de concept, on ne saurait le résumer à une simple rupture de lien. Au même titre que la ponctuation, et aussi que la fiction au sens symbolique du terme, la déliaison, en son acte, marque une discontinuité dans un enchaînement rationnel ou logique du discours. La déliaison concerne l'inconscient : elle se repère dans le jeu de l'*Einfall*, du désir, de la pulsion de mort ou de la limite à toute complétude existentielle ou relationnelle. Elle concerne aussi le social en tant qu'il n'est pas réductible au collectif... L'éthique de la psychanalyse, en tant qu'éthique de la déliaison, va se référer au registre du Réel, au titre de catégorie lacanienne, distincte de la réalité aussi bien que de l'imaginaire : pratique du Réel comme ce qui échappe au sujet, au-delà de l'image et de la lettre...

**Fantasme originaire, fantasme
des origines, origines du
fantasme**J. Laplanche et J.B. Pontalis
Hachette Littératures

Réédition bien venue d'un classique devenu introuvable des auteurs du *vocabulaire de la psychanalyse* qui, dans leur introduction, rappellent l'origine de ce petit texte : écrit dans l'urgence, en 1964, au moment de leur rupture avec Lacan, pour marquer leur distance par rapport à « son » école, tout en opérant, à leur manière, un retour à Freud et à la richesse de son thesaurus. Sont ainsi ramenés à la lumière des concepts freudiens à l'époque parfaitement oubliés (l'étayage, le fantasme originaire) ou trop banalisés, comme l'auto-érotisme ou la séduction. Est réexplorée la question enfantine des origines, au fondement du « sexuel » de la psychanalyse et de l'humain.

M. Goutal

L'hospitalisation mère-bébé

Michel Dugnat a coordonné le dernier numéro de Spirale consacré à l'hospitalisation mère-bébé. Les textes rassemblés n'ont pas vocation à épuiser le débat sur l'importance du soutien à la mise en place des premiers liens ni la question de la pertinence de la séparation quand ces liens sont menacés, mais ils témoignent de pratiques de soins novatrices qui prennent en compte les difficultés relationnelles père-mère-bébé. Dans la multiplicité des modalités de soins aux bébés, l'hospitalisation mère-enfant, ou hospitalisation conjointe, occupe une place particulière. Faut-il rappeler que dans nombre de services de pédiatrie d'hôpitaux français, il est difficile pour un enfant de bénéficier de la présence de sa mère ? Que de nombreux services de néonatalogie ne disposent pas d'une unité kangourou ? Qu'il est difficile pour une mère présentant des troubles psychiques du post-partum de ne pas être séparée de son bébé ?*

Nous présentons l'introduction de Michel Dugnat qui montre tout l'intérêt de ce numéro.

Si, dans le champ de la médecine, la *périnatalité* désigne la période qui va de la vingt-huitième semaine de vie intra-utérine au septième jour de vie postnatale, la *périnatalité* psychique recouvre actuellement la période comprise entre le projet d'enfant chez les parents et la deuxième année de la vie du nourrisson.

Entendu dans une autre acception le terme de *périnatalité* désigne, désormais, le *champ* qui rassemble l'ensemble des acteurs : soignants du corps du bébé ou de la mère, soignants du psychisme du bébé et/ou de la mère, interlocuteurs du père, qui font le choix d'être attentifs au monde relationnel et représentationnel de la triade père-mère-bébé.

On en est donc venu à désigner, par le même terme, à la fois une période de la vie et un mouvement de transformation et de création de nouvelles pratiques de soins. Ce dernier concerne les maternités soucieuses de sécurité globale à la fois physique et psychique, les services de pédiatrie et de néonatalogie attentifs à ne pas séparer plus qu'il n'est nécessaire la mère et son enfant, les services médico-sociaux de protection maternelle et infantile ayant évolué vers la prise en compte des difficultés relationnelles, les équipes de psychiatrie de l'enfant ou de l'adulte conscientes des enjeux et l'ensemble des professionnels amenés à se mobiliser pour favoriser l'établissement des liens précoces entre les parents et leur bébé.

Ce vaste domaine de la périnatalité est par essence pluridisciplinaire. Une grande variété de professions y participent : sages-femmes, assistantes sociales et travailleurs sociaux, puéricultrices, psychomotriciens, pédiatres, auxquels se mélangent des « psy » de tous poils : psychologue, psychothérapeute, psychiatre, psychanalyste... A cette extrême diversité des professions correspond aussi la multiplication des modes d'intervention thérapeutiques la nécessité pour chacun des acteurs d'être à la fois confiant dans sa technicité propre et attentif aux représentations des autres professionnels qui interviennent dans cette perspective globale d'entendre les difficultés rencontrées par les parents. De surcroît, dans ce moment où moins qu'à tout autre on peut envisager isolément l'un des membres de la famille et où la prise en charge implique au moins le père, la mère, le bébé, il est devenu évident qu'il y a lieu de penser aussi dans une dimension transgénération-

nelle. Dans ce contexte, la nécessité de construire, si ce n'est une culture commune, du moins un langage commun entre les différents intervenants se fait sentir de façon de plus en plus urgente. Urgence qui, d'une certaine façon, fait écho (du fait de la relative brièveté de cette période) à la nécessité d'interventions qui épousent le rythme de ce moment très particulier de la naissance, naissance d'un bébé et « naissance » d'une mère, voire d'un père.

Dans la grande multiplicité des modalités de soins possibles dans ce secteur de la toute petite enfance - la consultation thérapeutique, les interventions familiales systémiques, les soins à domicile, le travail de guidance... -, l'hospitalisation mère-enfant ou hospitalisation conjointe occupe une place particulière. Elle est généralement évoquée quand la gravité de la situation perçue par les divers intervenants fait soulever le problème de l'éventuelle séparation de la mère et de son bébé. Perspective douloureuse pour chacun du fait des représentations sociales de la maternité et plus particulièrement dans certaines équipes (comme celles d'obstétrique)...

Faut-il rappeler que, jusqu'à une période récente en tout cas, il était tout à fait difficile - et il est encore difficile à ce jour - pour une femme présentant des troubles psychiques du post-partum de ne pas être séparée de son bébé ? Que, dans nombre d'hôpitaux français et de services de pédiatrie de ces hôpitaux, il est difficile pour un enfant hospitalisé de bénéficier de la présence de sa mère ? Que de nombreux services de néonatalogie ne disposent pas encore d'une unité kangourou ou plus exactement d'une unité mère-kangourou ? Les textes ici rassemblés n'ont pas vocation à épuiser le débat sur l'importance du soutien que peuvent apporter les soignants à la mise en place des liens, ni la question de la pertinence de la séparation quand ces liens sont menacés, mais à témoigner de pratiques relativement nouvelles. Si celles-ci se font jour actuellement, elles peinent souvent à s'étendre.

La maternité

Evelyne Petroff, obstétricienne, surprise des difficultés suscitées par la proposition d'hospitalisation d'une femme enceinte, soutient qu'hospitaliser une femme enceinte n'est pas toujours équivalent à hospitaliser ensemble

une mère et son bébé. Attentive au repérage d'un éventuel dysfonctionnement de la relation « mère-fœtus » (peut-être ne peut-on pas encore dire « mère-enfant »), elle montre comment l'annonce d'une hospitalisation peut être vécue comme un drame, surtout si cette hospitalisation est justifiée par une importante préoccupation pour la santé de la mère et de l'enfant à venir (menace d'accouchement prématuré, hypertension artérielle maternelle). Des sentiments de dévalorisation, de culpabilité, sont à l'œuvre et viennent augmenter l'anxiété et réveiller bien des échos dans l'histoire personnelle de la patiente ou dans son histoire transgénérationnelle. Mais une hospitalisation, entre cet enfant à venir et cette mère, est aussi porteuse de réassurance possible, de métabolisation d'une partie des questions réveillées par la grossesse. Et elle nous montre comment, en quelques entretiens de préparation à la naissance spécifiques aux femmes hospitalisées pendant la grossesse, il est possible d'accueillir et parfois d'apaiser des mouvements psychiques intenses qui traversent ces mères.

D'Argentine, Alicia Oiberman, psychologue, nous parle de la « *Résidence des mères* », qui, créée à l'initiative des néonatalogues et des psychologues d'une grosse maternité de Buenos-Aires, permet aux mères de rester auprès de leurs bébés hospitalisés en néonatalogie.

France Michel, sage-femme, rappelle qu'à la maternité, après la naissance du bébé, le fait que la mère soit hospitalisée au sens administratif mais non son enfant (sauf exception) n'empêche pas qu'ils soient ensemble à l'hôpital. Et que l'hospitalisation n'est pas forcément un obstacle à un respect de l'organisation de la relation entre mère et nouveau-né, voire à un soutien en cas de difficulté. Ceci suppose de la part de l'ensemble de l'équipe de la maternité un engagement à travailler en commun qui dépasse de trop fréquents clivages entre les soignants de la mère et les soignants du bébé. La capacité de présence de l'ensemble des soignants à travers une observation attentive, un accompagnement prudent, une limitation du nombre de personnes en contact avec une dyade, en sont une première dimension. La deuxième dimension est celle des réunions d'équipe auxquelles participe le psychologue, qui permettent la circulation et la réflexion sur les transmissions ainsi que la réflexion sur les prises en charge les plus difficiles. Enfin, cette maternité reste attentive à son entourage, c'est-à-dire aux autres acteurs institutionnels intervenant auprès des mères et de leurs nourrissons, par des réunions régulières. Y sont associés les sages-femmes libérales, les médecins et les puéricultrices de PMI, ce qui évite le clivage entre l'hôpital et la réalité extra-hospitalière. Françoise Moléna à beaucoup insisté sur l'extraordinaire fécondité des interventions en maternité, et France Michel nous montre dans quel contexte ces interventions peuvent reposer non pas sur l'intervention directe du « psy », mais bien sur un travail des soignants de première ligne, qui ne vont faire appel aux « psy » que dans certains cas.

**Annuaire des associations
de santé**

La quatrième édition (1999) de l'Annuaire des associations de santé recense 4 000 associations œuvrant pour le soutien aux patients, à leurs familles, pour l'information et l'éducation en santé et 8 000 adresses (430 pages, 290 francs). Pour se le procurer : B. Tricot Consultants, BP 33, 34150 Gignac. Tél. : 04 67 57 20 22. Fax : 04 67 57 21 41.

LA 30^{ème} édition du Séminaire de psychiatrie biologique

Une séance solennelle s'est tenue au Centre Hospitalier Sainte Anne le 11 mars dernier sur le thème : *Horizon 2 000 : bilan et perspective*. Modérée par D. Ginestet y participaient H. Cuche, A. Gérard, F. Raffaitin, H. Lôo, J.P. Olié, L. Colonna ET J.C. Scotto.

Les séminaires d'enseignement et de formation médicale continue de l'hôpital Sainte Anne ont été créés en 1981 en partenariat avec les universités de Paris-Cochin, Clermont-Ferrand et Rouen. Ils font chaque année l'objet d'une publication diffusée par les laboratoires Rhône-Poulenc Rorer.

Chaque session traite d'un thème d'actualité en psychiatrie biologique (dernièrement *Les maladies dépressives, Les dépendances*).

La 30^{ème} session traitera, cette année, des *Actualités et perspectives de la psychiatrie biologique* sur le plan de la thérapeutique et de la recherche.

Le numéro spécial consacré à cette manifestation paraîtra début 2 000.

Après la naissance

Mais il arrive que la naissance prématurée d'un nouveau-né ou la présence d'une pathologie congénitale vienne troubler ces moments précieux de la naissance, avec la déception et le sentiment d'échec qui sont liés à la culpabilité que peuvent ressentir les mères ou les pères. Nombre de nouveau-nés réclament, quand il n'y va pas de leur vie, une surveillance spécialisée qui ne sera pas assurée en maternité ; trop souvent encore, le transfert dans le service de néonatalogie ou de pédiatrie signifie un éloignement radical de la mère du fait de la distance de la maternité. Les unités mère-enfant dites « kangourou » qui existent en France depuis une dizaine d'années répondent à cette préoccupation. Michèle Vial, pédiatre de maternité, présente les avantages d'un fonctionnement dans lequel, malgré la prématurité, ces nourrissons qui ont besoin de soins pédiatriques mais non de réanimation peuvent être soignés en présence de leur mère pour ce qui concerne les soins somatiques, et par leur mère pour ce qui concerne les soins de maternité. Elle détaille l'importance du maintien du contact psychique, de la sécurité qu'y trouve la mère, de la découverte par elle des difficultés mais aussi des forces de son enfant. Elle ne cache pas les difficultés que rencontrent les soignants dans cet effort particulier qui exclut une attitude rigide et qui nécessite une inventivité permanente de la part de toute l'équipe. A la lire, on voit bien à quel point cette intervention, ce modèle d'hospitalisation commune est précieuse pour éviter une séparation inutile, toujours lourde de conséquences dans les premiers jours de la vie. Florence Gayrin, Stéphanie Pérez et Evelyne Espagnet, puéricultrices en néonatalogie, montrent bien à partir de leur expérience libournaise que, au-delà de cette réalisation pionnière, l'esprit de respect des compétences du bébé et des savoir-faire qui en constituent le fondement peut s'étendre à de nombreux autres lieux.

Mais, grâce à Catherine Isserlis, nous pouvons aussi découvrir comment ce même rapprochement entre sages-femmes et puéricultrices, pédiatres et obstétriciens, au profit des familles et des bébés (au-delà de la présence souhaitable le plus souvent, d'une mère auprès de son enfant dans tout service de pé-

diatrie) permet, dans certains cas de souffrance psychique maternelle, d'utiliser le cadre structurant de l'hospitalisation en pédiatrie pour soigner la mère et pour favoriser la mise en place de la première relation. Bien sûr, l'accueil d'une mère ou de parents présentant des troubles psychologiques avérés dans un service de pédiatrie ne se réalise pas sans un certain nombre de préalables : adhésion de l'équipe, disponibilité des soignants de l'équipe somatique, connaissances par les intervenants « psys » du service ; bien sûr il existe de nombreux risques de part et d'autre, liés à des malentendus ou à des contradictions que les troubles de la mère viennent aiguïser... Mais, dans nombre de situations, cette hospitalisation conjointe en service de pédiatrie permet d'évaluer la situation, d'approfondir la connaissance de la mère et du bébé, de faire le point sur leurs difficultés respectives, d'accompagner et de soigner la mère dans le respect des besoins du bébé. Ce dispositif peut être proposé à des bébés nés « trop prématurément », à des mères excessivement anxieuses, à des patientes sans antécédent psychiatrique qui présentent un épisode psychotique qui les rend, dans un premier temps, inaptes à l'accueil de leur enfant. Certes, d'autres troubles chez la mère montrent bien les limites de ce mode d'hospitalisation conjointe, limites sur lesquelles Nicole Guédeney a insisté : pathologie trop ancienne, conduites de rupture trop inscrites, déni des difficultés trop intense. Malgré la nécessité d'efforts importants de compréhension mutuelle entre l'équipe pédopsychiatrique et celle de pédiatrie, il apparaît que ce dispositif, facile pour les familles du fait de l'absence de « marquage » par la folie, très adapté au bébé, et très proche des intervenants de protection maternelle et infantile, font de l'hospitalisation conjointe en pédiatrie un outil précieux encore insuffisamment utilisé.

Cela amène à découvrir *l'hospitalisation conjointe en psychiatrie*. Thérapeutique pour la mère généralement, préventive pour le bébé potentiellement, elle permet la prise en charge d'une psychose puerpérale, des états dépressifs les plus graves et d'autres difficultés liées à des carences dans l'enfance de la mère. Elle se pratique à temps plein dans un certain nombre d'unités, comme celle que présente Patrick Chardeau, et se décline aussi en hospitalisation de jour avec ses limites, mais aussi avec sa plus grande facilité et son moindre coût, comme le montre Annick Chauvin.

L'hospitalisation

Responsable d'une unité bâtie à cet effet à Birmingham en 1992, I.F. Brockington défend l'idée qu'en Angleterre il faudrait tripler le nombre de lits d'hospitalisation conjointe à temps plein : il en reste moins de cent trente et son expérience lui fait préconiser un nombre souhaitable de cinq cents. Il en existe une quarantaine en France... pour une population assez voisine.

Le soin, dans ces unités d'hospitalisation

**Guide de l'aide
psychologique de l'enfant
De la naissance à l'adolescence**
Michel David et Jocelyne Jérémie
Editions Odile Jacob

Consulter un pédopsychiatre ou un psychologue n'est pas une démarche facile car le milieu de la santé mentale est complexe et mal connu du grand public. Ce guide a pour but de faciliter l'accès aux soins et les procédures diagnostiques et thérapeutiques.

mère-bébé (UHMB), repose sur une observation attentive par une équipe expérimentée des interactions entre la mère et le bébé, voire la mère, le père et le bébé. Ainsi que l'expose Bernard Durand, cette observation, essentielle pour l'organisation des interventions, se heurte à des difficultés particulières liées à la diffraction du transfert et du contre-transfert entre une équipe et une dyade. Une évaluation rigoureuse des compétences maternelles, une attention à différents niveaux de l'interaction, une rigueur dans l'analyse des mouvements psychiques entre l'équipe et la triade ou la dyade supposent un cadre institutionnel précis. Dans un autre registre, l'utilisation régulière d'une grille permet à l'équipe infirmière (mieux que la vidéo) d'élaborer et de conserver une trace de l'évolution des interactions. Ce travail d'observation n'est pas une fin en soi mais la base d'un travail de réflexion sur l'étayage de la mère qui constitue le cœur du quotidien. Des entretiens réguliers proposés dans une perspective psychothérapeutique viennent en contrepoint permettre la reprise par la mère de son travail psychique de maternalité.

Ces hospitalisations psychiatriques conjointes ne sont pas sans poser moult questions ; questions de ceux qui rappellent, à juste titre, le poids de l'hospitalisation en psychiatrie (fut-ce dans un service de pédopsychiatrie d'un hôpital général équipé d'un département mère-enfant), ses limites, les dangers que cette hospitalisation de la mère et de l'enfant fait courir au couple déjà fragilisé par l'effondrement maternel, l'insuffisante réflexion des indications sur le plan clinique, et enfin, dans un registre bien différent, la question de leur coût. Ces questions sont d'ailleurs abordées régulièrement dans le cadre des journées biennuelles de l'hospitalisation conjointe. Nine Glangeaud, psychologue chercheur, expose comment des recherches épidémiologiques - certaines rétrospectives et donc sujettes partiellement à caution, d'autres prospectives - peuvent aider à répondre à certaines de ces questions que se posent à la fois les cliniciens (attentifs, dans la singularité de chaque histoire, à la façon la plus favorable de soutenir la mère, son bébé et le père), mais aussi, de plus en plus, les « financeurs », inquiets du coût et de l'efficacité de interventions précoces. Le dispositif de recherche clinique rassemblant plusieurs équipes qu'elle appelle de ses vœux doit permettre à moyen terme d'enrichir la réflexion. Il a déjà été possible, rappelle-t-elle, d'objectiver l'impact de la dépression maternelle du post-partum sur les capacités d'adaptation sociale et scolaire de l'enfant. Il apparaît ainsi que les différentes modalités et que l'intervention très spécialisée que représente l'hospitalisation conjointe en psychiatrie sont deux modalités précieuses pour le soin dans le champ de la santé mentale du nourrisson. De telles recherches permettront de confirmer dans un registre différent ce que les cliniciens savent déjà d'expérience.

Souhaitons que le développement du travail en réseau de la périnatalité se fasse en permettant, dans toute la France et non plus dans quelques régions, que les mères ne soient pas séparées de leur bébé quand c'est inutile. L'établissement des liens sûrs qui permettent ensuite la découverte du vaste monde leur en sera facilité. Il arrive - heureusement dans de rares cas - que ceci passe par l'hospitalisation conjointe. ■

Michel Dugnat**

*L'hospitalisation mère-bébé, Spirale n°10/1999, Edition Erès, 11 rue des Alouettes, 31520 Ramonville. Tél. : 05 61 75 15 76. Fax : 05 61 73 52 89.

** Praticien hospitalier, pédopsychiatre, Unité mère-bébé CH Montfavet et Accueil périnatalité CMP rue des Hugolins, ZAC des Carmes, 13002 Marseille. Tél. et fax : 04 91 47 32 87.

LIVRES

Psychothérapie des victimes

Sous la direction de Gérard Lopez et Aurore Sabouraud Seguin
Dunod

La multiplication des catastrophes et la complexité de leurs conséquences tant somatiques que psychologiques a abouti ces dernières années à la création d'un diplôme de victimologie, mettant ainsi l'accent sur la nécessité d'une prise en charge spécialisée et multifocale des victimes. C'est ce travail de réseau des acteurs de santé mais aussi le véritable parcours du combattant des victimes, leur isolement, leur souffrance parfois aggravée par la maladresse voire le déni des intervenants médicaux, sociaux ou judiciaires que relate ce livre.

Après un bref rappel des bases théoriques du psychotraumatisme utilisant les modèles biologiques, analytiques et cliniques sont progressivement dégagées les notions des stress ; stress adaptatif auquel nous sommes tous quotidiennement exposés, mais également stress traumatique, aigu ou chronique, dépassant nos facultés d'adaptation et aboutissant au Syndrome de stress post-traumatique, PTSD des anglo-saxons. Les stratégies thérapeutiques développées par les auteurs ne se veulent nullement exhaustives, elles veulent bien au contraire de la nécessaire complémentarité des approches. Certaines sont désormais classiques, elles utilisent les outils pharmacologiques, analytiques, cognitivo-comportementaux, d'autres en sont les compléments logiques, c'est le cas de la thérapie familiale de l'hypnose ou de la Gestalt-thérapie, d'autres sont plus expérimentales, comme l'EMDR. Enfin un chapitre est réservé à des techniques non psychothérapeutiques en elles-mêmes mais s'intégrant dans le champ de la victimologie clinique. Il s'agit des debriefing, des groupes de paroles et de façon plus générale de l'accompagnement social et judiciaire permettant l'orientation des victimes dans les réseaux de soins et leur réintégration progressive dans le champ social. A travers la prise de conscience qu'il suscite chez les acteurs sociaux, médicaux et judiciaires, c'est en faveur d'une véritable politique de dévictimation que milite ce livre.

Françoise Le Coz

Les politiques sociales catégorielles

Fondements, portée et limites
Coordonné par Philippe Méhaut et Philippe Mossé
L'Harmattan

Cet ouvrage en deux tomes constitue les actes des XVIII^{ème} Journées de l'Association d'Economie Sociale qui se sont déroulées à Marseille. Il rassemble 55 contributions organisées autour des champs de l'économie sociale : revenu, protection sociale, éducation, emploi, ville et logement... et répond à de multiples questions concernant la pertinence des politiques sociales catégorielles : quels sont les fondements théoriques des politiques sociales ciblées ? Sous quelles conditions ces politiques sociales s'articulent-elles avec la politique économique ? Quels sont les critères qui guident ou devraient éclairer le choix des domaines d'intervention de ces politiques (sphères, niveaux, catégories de bénéficiaires ...) ?

LIVRES

Psychopathologie de l'anorexie mentale

Bernard Brusset
Collection *Psychismes*
Dunod

Vingt ans après son premier livre sur le sujet (« *L'assiette et le miroir* », Privat), Bernard Brusset propose un remarquable ouvrage qui satisfait une double contrainte : celle, d'une part, de présenter une synthèse de l'évolution du concept d'anorexie mentale avec les considérations les plus actuelles concernant la clinique, les intrications somatiques et les modes évolutifs de la maladie. D'autre part, l'auteur offre une contribution, riche de ses années de pratique, à une approche psychanalytique de ce trouble des comportements alimentaires. Toutes les considérations psychanalytiques sont rendues vivantes par la narration du suivi de trois patientes, chacune illustrant une problématique singulière s'exprimant par cette même symptomatologie d'anorexie. Le cas de Delphine renvoie directement à une problématique de l'image corporelle, celui de Laura à une défaillance des régulations narcissiques. Enfin, la troisième partie de l'ouvrage, conclu par le cas de Sonia, propose une approche passionnante du rapport de l'anorexie à l'addiction. Un chapitre consacré aux stratégies thérapeutiques regroupe des notions abordées tout au long de l'ouvrage, en insistant sur la nécessité d'une approche très individuelle de ces patientes aux problématiques diverses, et en mettant en garde contre des pratiques psychothérapeutiques trop directes et des attitudes contre-transférentielles violentes si souvent engendrées par la patiente anorexique. La dimension humaniste d'un tel ouvrage ne prend que plus de valeur quand elle émane d'un auteur dont la notoriété n'est plus à faire.

Bruno Harle

Jeune chercheur Souffrance identitaire et désarroi social

Isabelle Pourmir
L'Harmattan

La précarité de l'emploi touche les jeunes chercheurs qui sont en majorité ce qu'on appelle des chercheurs hors statut (CHS)... L'auteur qui a été chercheur en situation précaire pendant sept ans pendant la période 1984/94 dans plusieurs laboratoires (Inserm, CNRS et universitaires) y a observé fréquemment des phénomènes de souffrance et d'échec au travail touchant préférentiellement des chercheurs hors statut. Dépression verbalisée ou non, irruption d'une maladie somatique, rechute d'une maladie qu'on pensait guérie, échec professionnel, échec familial, sont les multiples manières adoptées pour s'accommoder de ce qui fait leur quotidien.

La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé

Haut comité de santé publique
Editions de l'ENSP

Ce rapport, rendu public fin 1998, analyse les processus de précarisation qui se sont développés récemment et tente d'apprécier leur impact sur les déterminants de santé. Il s'interroge également sur les nouvelles modalités de prise en charge que ce phénomène implique désormais et conclut par des recommandations.

Psychanalyse et culture

Dans les études psychanalytiques, la place de la phase anale pose problème car les frustrations survenues à cette période semblent insuffisantes pour marquer et expliquer le caractère anal. Dans nos régions subsahariennes, où l'apprentissage de la propreté n'est pas frustrante, quelles sont ses incidences sur le développement de la personnalité ? La prédilection pour les poires anales de nos mères tendaient déjà à gommer la limite entre la phase orale et la phase anale. Il ne s'agit pas ici du chevauchement des diverses phases, mais plutôt de l'importance même de la phase anale et de son rôle.

En nous intéressant à la phase phallique et au complexe d'oedipe, nous avons noté des comportements particuliers en Afrique subsaharienne, empêchant, ou tout au moins, rendant difficile, l'accessibilité à l'oedipe classique positif. Comportement que nous résumons par cette phrase : « *Fais-moi un enfant, je vais t'épouser* ». Phrase qui illustre bien un discours de sourds entre l'homme et la femme camerounais. En effet, le nouvel homme camerounais ne pouvant combler la femme vit un comportement compulsif de séduction devant la femme qui revendique, de son côté, le phallus remis par la nature aux hommes mais dont ils ne savent plus se servir.

L'angoisse de mort, la peur d'être tué, de n'avoir aucun recours en soi devant l'autre qui ne peut que nous faire mal sous-tend toutes les actions de la vie quotidienne en Afrique subsaharienne. Cette angoisse semble plus majorée que l'angoisse de mourir de faim. Nous avons donc associé, angoisse de mort, incomplétude et la notion de temps. Le temps d'être.

La phase phallique

C'est un moment décisif dans l'évolution de la personnalité de l'enfant qui découvre la différence anatomique des sexes. C'est également la phase la plus active, car l'enfant a acquis une indépendance physique et neurologique permettant une réponse élaborée : il marche et il parle. Qu'induit cette différence ? Qu'entraîne-t-elle ? Qu'est-ce qu'être un homme, une femme, une mère, un père, un enfant ? Pourquoi dois-je vivre, pourquoi suis-je là ? Qui suis-je ? L'enfant se retournera vers ses parents pour avoir une réponse. Pour l'enfant, la phase phallique représente le moment privilégié pour saisir les desseins de ses parents, et de sa mère en particulier, et d'y répondre. Les desseins se laissent entrevoir dans le regard de la mère, dans sa façon à elle de percevoir le monde, de le vivre. Ces desseins que l'enfant perçoit un peu plus clairement, il les a pressentis depuis la naissance, et même avant sa naissance, dans le degré d'adéquation des soins que la mère lui prodigue. Le moment oedipien va cristalliser ces questionnements ressentis et pressentis depuis sa conception. Une reviviscence des mêmes questions surgit à l'adolescence, avec son cortège de bouleversements hormonaux et parce que l'enfant doit faire un choix décisif et se lancer dans la vie en tant qu'homme ou femme. Ces questions se posent une dernière fois vers la ménopause, alors que les enfants ne sont plus là pour nous combler.

Dans le système traditionnel africain, l'homme détenait le phallus et le pénis. La femme se soumettait. Après la colonisation et l'apport du modèle occidental, les hommes ont migré en ville, seuls, parce que chefs de famille, ils se devaient de prouver leur puissance. Transposés dans un système nouveau qui leur

était étranger, ils sont devenus faillibles aux yeux des femmes. Ils avaient le pénis, mais n'avaient plus le phallus. Ils ne pouvaient plus combler le manque de la femme.

Mais l'homme peut-il ou bien a-t-il pu combler une seule fois la femme ?

NON. Parce que l'homme sera toujours faillible ; parce que l'homme est différent de la femme ne serait-ce que physiquement et surtout parce que l'homme normal n'est normal que parce que différent de l'autre. Et parce que différent de l'autre, il ne peut satisfaire l'autre dans sa relation avec lui. Toute relation se créera autour d'un manque. Manque qui fait que l'on choisisse un autre comme réponse à ce manque. Ce manque sous-tend toutes nos actions et nos relations.

L. Israel relevait que « *nous sommes tous des hystériques* ». Oui, nous sommes tous motivés par ce manque. Et chaque enfant qui naît ne peut que s'engouffrer dans ce manque qui par essence, ne pourra jamais être comblé. Tout enfant qui naît, toute création de l'homme, tout vie, a pour but de répondre à ce manque. Et tant que création réactionnelle à ce manque, toute vie tend à supprimer la tension première qui lui a donné naissance. L'enfant naît pour répondre au dessein de sa mère et partant il vit pour faire taire ce dessein, ce désir maternel « *paradoxal* », en s'efforçant de cesser d'y répondre. Les soins maternels tendent à amener l'enfant à répondre le plus possible au manque de la mère. Ce manque peut être plus ou moins élaboré, plus ou moins sain, plus ou moins confusionnant ou, pis encore, plus ou moins nié.

L. Israel, dans *L'hystérique, le sexe et le médecin*, définit la réponse hystérique comme une réponse à un manque élaboré : la réponse au « *mensonge fondamental* » dans la relation du couple parental. Les symptômes hystériques dénoncent ce que nous voulons taire parce que nous sommes tous des hystériques. Ils dénoncent notre manque de liberté. L'inauthentique relation amoureuse de nos parents et enfin l'intérêt dans l'amour et dans la dévotion des parents pour leurs enfants. Les soins prodigués par la mère, vont permettre l'élaboration d'un être capable de satisfaire la mère. Mais seul un enfant suffisamment élaboré aura assez de ressources pour trouver des moyens pour arrêter de répondre à la mère. Dès la naissance, l'enfant met en place des mécanismes de défense pour évoluer vers un état qui lui permettra de se soustraire à ce manque maternel, au désir d'y répondre. Mais, malheureusement, plus le manque de la mère est moins élaboré, plus les mécanismes de l'enfant sont inadaptes et inopérants dans la vie de tous les jours. Plus le désir est assez élaboré, plus l'enfant a les possibilités dans une prise en charge adéquate de comprendre le dessein de sa mère et d'essayer d'arrêter d'y répondre.

L'enfant doit supprimer la pression qui le pousse à répondre aux desseins maternels. Pour cela, d'une part, il peut mettre à nu les liens et les mécanismes qui le lient à la mère et le pressent de lui répondre. Cette entreprise n'est possible que s'il est assez individualisé ou aidé. D'autre part, il peut idéaliser les desseins maternels, rendant la pression agréable et/ou en neutralisant la sensation désagréable. En effet, les sollicitations normales d'une mère permettent une intégration du moi puis une individuation progressive et harmonieuse.

L'enfant doit donc mettre en place des mécanismes de défense dans le but de réduire le fossé entre la sollicitation normale de la mère et les sollicitations entretenues par le manque chez cette dernière. Ces mécanismes

lui permettront, ainsi, d'avoir une mère parfaite. Sans aucune aide extérieure, c'est ce choix que l'enfant va arrêter.

Une individuation réussie permet, d'un côté, de comprendre pourquoi nous sommes démunis devant les sollicitations maternelles, et de l'autre, de reconnaître ces sollicitations maternelles comme extérieures et légitimes. La prise en charge ouvre la voie aux mécanismes qui nous empêchent de reconnaître les sollicitations maternelles comme nous étant extérieures mais légitimes, en mettant le doigt sur l'identification projective dans nos relations.

La maladie mentale survient au moment où, devant l'épreuve de réalité, les mécanismes de défense ne peuvent plus refouler les desseins maternels par des mécanismes élaborés par l'enfant pour idéaliser ces derniers. La maladie physique survient au moment où, devant l'épreuve de réalité, les instincts de conservation (le corps physique) refusent ou ne peuvent plus évoluer dans ce système de duperie parce que les instincts sexuels (le désir maternel) mettent en danger tout l'édifice.

A propos des pulsions

Ce que nous venons de dire, nous amène à considérer deux forces contraires, agissant dans le moi. Une force qui le contraint, qui le modèle à satisfaire la mère pour combler son manque, et l'autre qui tend à supprimer le désir insatiable de la mère. Ces deux forces ont besoin du moi pour agir. La force ayant pour but la suppression de l'action du désir maternel a besoin d'un moi assez individualisé. L'autre force n'est pas influencée par le degré du développement du moi, mais plutôt par le degré d'élaboration du manque chez la mère.

Le souhait de la mère est que l'enfant puisse la satisfaire. Pour que cela puisse se faire, l'enfant doit se sentir « *obligé* » de répondre

EPIDEMIOLOGIE DES CONDUITES SUICIDAIRES

Le Groupe Français d'Epidémiologie Psychiatrique organise deux séminaires de formation au cours de l'année 1999.

• *Séminaire d'initiation à l'épidémiologie psychiatrique*, à Lyon, du 26 au 28 mai 1999. Cette formation permettra d'acquérir les bases méthodologiques de la démarche épidémiologique à partir d'études sur les conduites suicidaires.

• *Séminaire d'approfondissement*, à Lyon, du 2 au 4 juin 1999. Il permettra de travailler les problèmes de méthodologie et d'instrumentation à partir de deux projets d'étude proposés par des participants. Les participants au Séminaire (parmi lesquels les promoteurs des deux projets retenus) auront toute possibilité, au cours du Séminaire, de soumettre les questions et les problèmes relatifs à leur propre projet de recherche s'ils en ont.

Les propositions d'étude servant de matériel de base au Séminaire sont à adresser, dès maintenant, au secrétariat du G.F.E.P., sous la forme d'un résumé d'une page indiquant l'objectif, la ou les hypothèse(s), la population étudiée et la méthodologie.

Les auteurs des projets retenus sont, bien entendu, dispensés des frais d'inscription.

Ces séminaires sont ouverts aux psychiatres, aux assistants et aux internes D.E.S. en fin de cursus. ■

* Renseignements : G.F.E.P., CH Saint Jean de Dieu, 290 route de Vienne, 69373 Lyon Cedex 08. Tél. : 04 78 09 78 91. Fax : 04 78 09 79 16.

à ce désir. Par ses soins, la mère va induire des identifications primaires en réponse directe à la satisfaction des besoins de l'enfant, puis des identifications secondaires au comportement de la mère vis à vis de son entourage immédiat. Ces identifications lient donc l'enfant à sa mère. Dans sa volonté à supprimer le besoin de satisfaire le désir insatiable de la mère, le moi, par « *diverses voies, aboutira à des résultats intermédiaires plus ou moins satisfaisants* ».

Une distinction classique existe entre pulsions sexuelles, pulsions du moi, pulsions instinctives, instincts de vie, instincts de mort. En nous fondant sur les deux forces contraires agissant dans le moi, nous pensons que la mère, en s'efforçant de satisfaire les pulsions instinctives du moi, va créer des pulsions sexuelles. Ce sont elles qui poussent le moi vers son autre, individualisé ou pas, à la base de nos identifications maternelles. Les pulsions du moi se répartiront entre les pulsions sexuelles et les pulsions de conservation. Ces dernières ont pour mission de conduire le moi vers un développement optimum qui lui permettra de comprendre les identifications qui l'emprisonnent, et partant, de se défaire de ses identifications. Et de mourir à la mère. L'instinct de mort est la tendance à tuer la mère en nous. Elle est paradoxalement synonyme de l'instinct de conservation, qui lui permettra d'arriver à ses fins lorsque le moi est assez individualisé. Ce qui est classiquement dénommé instinct de mort n'est que des moments où les pulsions sexuelles entravent fortement l'instinct de conservation. En effet, les pulsions sexuelles ne vont pas toujours à l'encontre de l'instinct de conservation. Les contradictions entre ces deux pulsions se révèlent moins fortement durant la phase orale en général, un peu plus en phase anale et plus encore en phase phallique.

Lorsque les pulsions sexuelles s'opposent fortement à l'instinct de conservation, c'est la formation du compromis qui peut être le symptôme et/ou d'autres formations réactionnelles. La tendance à la répétition s'explique par le désir du moi à assujettir les pulsions sexuelles par les instincts de conservation. Nous pourrions ainsi définir le ça comme contenant le manque originel et insatiable de la mère, le besoin de satisfaire ce manque mais aussi le besoin de supprimer la tension qui nous pousse à satisfaire ce besoin. L'idéal du moi repose sur les identifications maternelles en rapport à ce manque insatiable originel.

Le Surmoi de l'enfant intègre comment la mère utilise l'autre, le conjoint, la famille, la société, les lois pour réduire son manque. L'Idéal du moi dit : tu ne seras jamais ça. Le Surmoi dit : fais au moins ceci pour me satisfaire.

A la lumière de ce qui vient d'être dit, nous pouvons conclure que le moi de l'enfant se construit à la phase orale, se délimite ou se différencie de la mère à la phase anale puis se trouve une raison de vivre, son âme, à la phase phallique. Ce cycle se répète : durant l'enfance, on se construit ; durant l'adolescence, on se délimite et on se différencie des parents ; et durant l'andropause ou la ménopause, on vit sa vie.

Tout au long de l'évolution, la phase orale doit survenir avant la phase anale, puis enfin la phase phallique. Mais les problèmes surviennent lorsque la phase anale (ou la phase phallique) survient alors que dans la phase orale, le moi n'a pas encore terminé son intégration et son développement. Le comportement anal sera rigide car il se doit de contenir et de limiter un édifice qui a encore tendance à s'étaler et à diffuser. Le sadisme et le masochisme ne sont qu'une exagération d'un phénomène normal survenu alors que le moi est déjà suffisamment évolué pour s'individualiser de la mère.

Le leurre de la sexualisation

Ainsi, la phase phallique et le moment oedipien n'ont pas pour but la sexualisation de l'enfant, mais permettent la consécration des pulsions sexuelles issues du désir maternel. En effet, être un homme par rapport à une femme, c'est encore ne pas être ou bien chercher à être. Chercher à se positionner par rapport à l'autre n'est qu'une forme de limite du processus d'intégration du moi. Cette limitation s'est nouée à la phase orale. S'il survient des problèmes durant la phase orale, la sexualisation ne peut qu'être hypertrophiée, caricaturée parce que défense contre la dispersion du moi.

La phase phallique par la différence anatomique des sexes invite à une individuation complète. « *Je suis* » et « *je suis différent d'un autre qui est en l'occurrence d'un sexe opposé* ». Parce que différent de l'autre, je peux le découvrir et vivre à côté de lui et avec lui. Parce qu'il est différent de moi, je ne me sens pas « *bouffé* » par lui. Et je me sens entier à côté de lui. C'est dans ma capacité de relation avec l'autre que j'apprécie mon intégrité. Avec les pulsions sexuelles on devient un homme qui est lié à sa mère ou à son père et non un homme qui pourra se lier à une autre femme. Les individus sexués peuvent se rencontrer et se « *multiplier* » ; les « *non individus* » sexués vont se rencontrer pour fusionner et se dupliquer.

Lorsque le désir maternel n'est pas assez élaboré, on aboutit à une sexualité de complémentarité. Plus ce désir s'annule, plus on aboutit à une sexualisation indépendante et mature. « *Je suis moi* ». Nous constatons que la phase phallique nous fait accéder à la sublimation. « *Je suis moi qui peut rencontrer l'autre en toute liberté, qui peut vivre des rencontres authentiques et nouvelles* ».

La phase phallique nous permet de récupérer notre sexe. L'homme et la femme ne sont pas complémentaires, ils sont individuellement différents. La différence anatomique des sexes nous permet de comprendre que nous pouvons accéder à l'altérité sans confusion. Cette différence est là, non pour la fusion mais pour faire naître l'altérité.

Et la sublimation

« *La sublimation survient lorsque le but de la pulsion est annulé* ». Mais alors, si la pulsion elle-même est annulée, son but aussi est automatiquement annulé.

Dès que le besoin de répondre au désir de la mère s'estompe, l'action reste seule sous le primat de l'instinct de conservation. L'action devient intemporelle, universelle, normale, son but étant désormais non de soulager, mais d'être. C'est une action sans superlatif, en harmonie avec le moi, les autres et les choses.

Cette action n'est pas création nouvelle, mais découverte de la création. Pas dans le but d'améliorer la création mais dans le but de comprendre la création pour qu'elle ne soit pas entravée dans son évolution. Nous sommes destinés à la sublimation. Nous y tendons puisque nos pulsions sexuelles (qui sont les pulsions du moi au service du désir maternel) doivent disparaître pour laisser place aux pulsions de conservation qui permettent l'expression du moi, son évolution, son épanouissement dans la sublimation.

L'espace analytique est un espace qui reconnaît les difficultés des uns et des autres pour lutter contre le désir de la mère. Il doit donc contenir peu de désir du thérapeute. Il permet certes l'émergence du transfert et sa compréhension, mais surtout il reconnaît la souveraineté des pulsions de conservation sur les pulsions sexuelles. Comme le disait Winnicott, ce n'est pas tellement l'interprétation parlée qui est le point de mire mais

plutôt la capacité d'être bienveillant devant la création de l'autre de ses pulsions de conservation, être saisi par sa création, s'émerveiller par cette création, la comprendre, la relancer, l'encourager dans son évolution.

Nous nous émerveillons devant l'autre, aussi, parce que nous savons qu'il n'est pas dangereux pour nous, et que ses tentatives d'être sont dans le but de moins souffrir et d'être en paix.

La phase orale est la plus importante dans l'évolution de l'enfant. Les autres phases sont moins importantes et ne donneront leur coloration à l'évolution que si cette première s'est mal déroulée. Ces colorations sont donc des révélateurs multiples des différentes difficultés inhérentes à la phase orale.

La sublimation n'est pas un mécanisme de défense, c'est un mode d'être et de produire dans l'espace transitionnel.

Conclusion

Nous allons retenir de cet élaboration dix points principaux :

1. La mère la plus normale du monde porte un manque que l'enfant, à cause des identifications maternelles obligatoirement mises en place, qu'elle se sent obligée de combler.
2. Les pulsions sexuelles sont à la solde de ce manque à combler et sont ressenties comme étrangères, réactionnelles et donc à effacer par le moi.
3. Les pulsions de conservation sont premières. Elles vont veiller à ce que les pulsions sexuelles ne puissent pas entraver leur emprise et leur évolution dans le moi.
4. Les mécanismes de défense mis en place par le moi de l'enfant ont pour but de nier le manque maternel en idéalisant les soins et les identifications.
5. Il existe deux types de pulsions de mort (arrêt des activités du moi visibles de l'extérieur) : les uns sont motivés par le désir de « la mort à la mère » ou bien la rébellion à ce manque maternel (maladies physiques ou psychiques ou comportement à risque), les autres surviennent après l'aboutissement à la vie sublimée, mort physique en général à la vieillesse.
6. Il existe deux types d'instinct de vie (activités visibles du moi de l'extérieur) : manifestations de vie dans la tentative d'idéalisation de la mère, manifestations de vie après « la mort à la mère », mais manifestations de vie non compulsives et non temporelles.
7. La tendance à tuer la mère en nous explique une sorte d'instinct de mort qui est la compulsion à la répétition des situations traumatisantes.
8. Les pulsions de conservations sont celles qui autorisent la sublimation ou la vie créative.
9. La sublimation apparaît pour être et non en rapport au manque maternel. Une découverte sublimée n'est pas une création nouvelle pour améliorer des moments de vie par l'extérieur ; mais redécouverte pour mieux appréhender notre fonctionnement interne.
10. La phase phallique dans la différence anatomique des sexes nous confirme notre altérité totale possible. ■

Berthe Lolo*

* Pédopsychiatre, hôpital Laquintinie, Douala, (Cameroun)

Bibliographie

1. L. Israel, *L'hystérique le sexe et le médecin*, Masson, 1994
2. F. Dolto et G. Séverin, *Les évangiles et la foi au risque de la psychanalyse*, Gallimard, 1996
3. M.C. et E. Ortigues, *Comment se décide une psychothérapie d'enfant ?* Denoël, 1986
4. Winnicott, *Jeu et réalité*, Gallimard, 1971

LIVRES

Psychothérapie transculturelle des enfants de migrants

Marie Rose Moro

Dunod

Ce livre traite des situations cliniques nouvelles rencontrées par les professionnels avec les familles migrantes et leurs enfants. Il démontre la nécessité d'adapter les techniques de soins psychothérapeutiques et psychiatriques et d'assouplir les théories. De là est née l'ethnopsychiatrie de l'enfant dont cet ouvrage constitue une introduction. L'auteur propose un discours clinique pragmatique sur le parcours de l'enfant de migrants en situation de détresse et de vulnérabilité psychique. Il décrit avec précision la théorie, les techniques et les résultats de la consultation ethnopsychanalytique. Il montre comment tenir compte conjointement des données anthropologiques pour décoder le cadre et le contenant du désordre, et des concepts psychanalytiques pour comprendre et intervenir sur la subjectivité. Enfin, cinq histoires de vie détaillées d'enfants et d'adolescents de familles « en exil » permettent de concrétiser la technique de soins.

Actualité de Georges Canguilhem

Le Normal et le pathologique

François Bing, Jean-François Braunstein, François Dagognet, Georges Lantéri-Laura, Pierre Lascoums, Pierre Macherey, René Major, Henri Péquignot, Elisabeth Roudinesco (avec une interview inédite de Georges Canguilhem)
Les empêchements de tourner en rond

Cet ouvrage reprend les communications que la Société Internationale de l'Histoire de la Psychiatrie et de la Psychanalyse (SIHPP) avait consacrées au 50ème anniversaire du livre de Canguilhem, *Le Normal et le pathologique* qui constitue son œuvre maîtresse : réflexions sur la vie et la mort ; valorisation du statut de l'erreur et de la rationalité dans l'histoire des sciences ; insistance sur les notions de continuité et de rupture, de norme ou d'anomalie ; mise à jour, dans le champ de la médecine, des relations entre expérimentation et conceptualisation.

Médecine et nazisme Considérations actuelles

Thierry Feral, Henri Brunswic, Anne Henry, préface Anne Viard
L'Harmattan

L'opinion couramment émise à propos des médecins du troisième Reich est qu'ils étaient fous. C'est là une manière commode de se délester de l'effort de compréhension de l'émergence de l'extrême dans l'Histoire, d'éviter de se demander si ces médecins n'ont pas plutôt incarné le paroxysme d'un bio-pouvoir hantant de longue date l'espace social, et dont la réactivation programmée pourrait bien un jour être d'actualité dans notre monde en mal d'identité et de valeurs.

Contribuer à prendre conscience qu'une politique médicale relève, elle aussi, d'exigences démocratiques et éthiques dont tout citoyen est partie prenante, et qu'à cet égard, toute dérobade, toute passivité peuvent être fatales, tel est l'objectif des auteurs de ces considérations actuelles sur médecine et nazisme.

LIVRES

**Ornicar
Revue du champ Freudien 49**
Ed. Agalma le Seuil

Ce nouveau numéro d'Ornicar intitulé : « Vos paroles m'ont frappé... » reprenant ainsi le titre de l'article liminaire de François Regnault, porte bien son nom car il pose quelques bornes de difficultés faisant jour au sein du mouvement psychanalytique et de l'école Freudienne. De nombreux intervenants présentent leurs réflexions dans le contexte de la crise de cette école et de l'Association Mondiale de Psychanalyse. Il s'agit en fait de textes présentés en lecture publique à Paris le 21 juin 1998. L'un des auteurs, Serge Cottet, évoque cette image « d'un Mai 68 à l'envers, avec la multiplicité de revendications insatiables mêlées à l'incohérence agressive. » Pourquoi l'envers ? « Parce qu'il y a manque d'idéal révolutionnaire ». Comme il le remarque, l'École semble ne pouvoir faire exception au déterminisme universel auquel les foules freudiennes sont assujetties. Se forment alors des clans, des chefferies, des coteries... « Le style obsessionnel de l'IPA et son plus-de-jour bureaucratique n'existent pas moins dans l'École et ne tempèrent pas les excès des pouvoirs. C'est l'alliance d'Antigone avec Courteline. » La séduction du commandement renvoie à cette phrase de Nietzsche : « l'Etat comme produit des anarchistes ». Le ton de ce numéro est bien donné, le groupe est impossible mais désirs-le !

S. Tribolet

**Psychothérapie de la
relaxation**
Un abord psychosomatiqueSylvie Cady
Dunod

Dans son livre, l'auteur nous initie à une nouvelle approche des pathologies psychosomatiques par le biais d'une relaxation sans induction, permettant de se situer, d'emblée, à l'articulation de la psyché et du soma. Ce concept de relaxation psychosomatique s'appuie sur le postulat selon lequel le phénomène psychosomatique essentiel est la relation, relation permettant de sortir des situations conflictuelles bloquées ou « impasses ». Le travail de relaxation mettant en œuvre la dynamique transférentielle permet la réactualisation des conflits et la libération de l'imaginaire par les rêves et équivalents des rêves tels que fantasmes, croyances, délires ou hallucinations. Dans le cas de maladies psychosomatiques, cette approche thérapeutique s'appuie sur le principe de corrélation entre imaginaire et somatisation, pour permettre le déplacement de la pathologie du corps réel au corps imaginaire, élément de transition préalable au processus de guérison.

Les situations de stress favorisent l'émergence de pathologies psychosomatiques par les blocages relationnels qu'elles engendrent ; l'auteur nous montre au moyen de cas cliniques comment le travail de relaxation va permettre la libération de l'imaginaire et une élaboration différente de la situation conflictuelle permettant d'échapper à « l'impasse » et aux troubles organiques qui en découlent.

L'approche originale des pathologies psychosomatiques proposée dans cet ouvrage en font un instrument destiné aux professionnels médecins et thérapeutes, soucieux d'apporter à leurs patients l'expérience d'une psychothérapie à médiation corporelle.

F. Le Coz

La valeur thérapeutique du domicile

Les maladies mentales génèrent souvent une « exclusion affective » avec atteinte des liens socio-relationnels. Elles seraient, en deçà de la déstructuration psychique qu'elles entraînent, des pathologies de la liberté, selon Henri Ey. Plus fondamentalement encore, on pourrait même les considérer comme des pathologies de l'humanité en tant qu'elles altèrent l'essence même de l'être humain. L'essence humaine serait-elle simplement la capacité de vivre en société, ce qui donnerait tout son sens au terme d'aliénation, qui dans son acception ancienne signifie le trouble mental qui entraîne l'incapacité à vivre en société ?

Ainsi, la maladie mentale serait proprement déshumanisante, privant un individu de son humanité, c'est-à-dire de son sentiment ultime d'appartenance à la communauté humaine. L'être humain est un être « sociable », selon le mot d'Aristote, c'est-à-dire obligatoirement engagé dans des rapports sociaux qui le structurent à travers un long processus psychique, complexe et fragile : l'individualisation. L'hébergement y acquiert une dimension « humanitaire » en tant que valeur structurante du psychisme. C'est sur ce point que nous voudrions insister à l'aide de plusieurs voies d'abord de cette singularité de l'être humain et surtout à partir du droit du domicile.

Le droit du domicile

Le droit n'est pas une création délibérée. Il se contente, plus ou moins consciemment, de mettre en forme ce qu'il n'a pas créé. Il se doit d'être respectueux de la nature humaine et n'a de valeur et de durée que s'il consacre ce que le fait social exprime. Il est ainsi en quelque sorte imposé par des forces qui fondent l'humanité et est ainsi le reflet de certaines vérités inconscientes. Aussi, une approche de la personne humaine à travers le droit peut-elle être considérée comme pertinente.

Le droit général

Dans le code civil français, le domicile est un moyen d'individualisation qui s'ajoute à celui qui est déjà assuré par le nom. La personne est aussi individualisée par le lieu auquel la loi la rattache. Ce lieu légal, c'est le domicile. A titre subsidiaire, le droit définit aussi les notions de résidence et d'habitation. Lieu essentiel pour qualifier juridiquement une personne, le domicile n'en reste pas moins à l'extrême, une pure fiction. En effet, il ne rend pas forcément compte de la réalité et il n'est pas affecté par les déplacements des personnes.

Le domicile est déterminé par une fiction juridique, à savoir le lieu du « principal établissement ». Il en acquiert un caractère de fixité et de permanence, presque aussi intangible que le nom. En droit français actuel, les intérêts attachés à la détermination du domicile demeurent nombreux. Par exemple, certains actes touchant aux droits de famille, comme le mariage et l'adoption, doivent ou peuvent être accomplis au domicile.

Dans la mesure où le domicile, au sens légal restrictif de lieu du principal établissement, conserve une grande valeur juridique, et partant psychologique, il est essentiel de repérer comment le droit détermine le domicile. En principe, tout individu a la liberté de fixer là où il veut son principal établissement et, par suite, indirectement son domicile. Comme toujours en droit, cette règle

comporte des exceptions significatives, constituant, par opposition au domicile volontaire, des domiciles dits légaux. La loi impose ainsi un domicile, soit à cause de l'état de dépendance où une personne se trouve vis-à-vis d'une autre personne, soit accessoirement en raison de sa profession ou d'un certain mode de vie.

Les domiciles légaux de dépendance montrent bien, à contrario, à quel point le domicile est un élément constitutif de la personnalisation. Les individus ne constituant pas, au sens juridique, des personnes à part entière, ne peuvent choisir librement leur domicile. Celui-ci leur est imposé par la personne vis-à-vis de laquelle ils sont en état de dépendance. Fort heureusement (mais bien tardivement, il est vrai), la loi du 11 juillet 1975 a supprimé l'un de ces domiciles légaux de dépendance, celui de la femme mariée.

Il subsiste trois cas de domicile légal de dépendance : le mineur non émancipé ayant pour domicile celui de ses père et mère ou à défaut celui du parent avec lequel il réside, le majeur en tutelle qui est domicilié chez son tuteur et enfin les employés et domestiques majeurs qui demeurent dans la même maison que leur « maître ». On voit bien, à travers ces exemples, que le domicile n'est pas une simple catégorie juridique, mais bien un attribut fondamental de la personne humaine.

Plus souvent, les individus conservent leur pleine personnalité juridique et ont un domicile volontaire, librement choisi.

Le droit primordial de l'individu de déterminer son domicile consacre ce dernier en tant que preuve de la pleine capacité de la personne agissant librement.

Les caractères du domicile comportent trois principes :

- Toute personne a nécessairement un domicile
- Une personne ne peut avoir qu'un domicile
- Le domicile est inviolable.

Tout individu a, nécessairement, un domicile, puisqu'il a une personnalité dont le domicile est le siège. Toute personne, même n'ayant dans la réalité aucun hébergement, a un domicile légal. Dans ce dernier cas, on admet qu'elle a conservé son domicile d'origine, voire celui qu'elle avait à sa naissance. Le caractère fictif et abstrait du domicile prend ici toute son ampleur. Le droit n' imagine pas un être humain sans domicile, pas plus que sans personnalité.

Une personne ne peut avoir qu'un domicile. C'est le principe de l'unité du domicile. Le domicile, attribut de la personnalité est un, comme cette personnalité même.

Le domicile est inviolable, d'où une réglementation très stricte des perquisitions, des constats, ..., conformes aux principes fondamentaux des droits de l'homme. Le code pénal protège, sous l'incrimination de violation de domicile, tout autant ce dernier que la résidence et l'habitation. Cette protection n'est pas une protection de la propriété privée. Par exemple, le locataire est, en la matière, tout autant protégé que le propriétaire. Il vaut mieux y voir la liberté de se prémunir de la présence et du regard des autres ou la liberté de se constituer un espace privé et réservé. L'aspect psychologique de la notion de domicile est ici mis en avant. Le domicile, tout autant que la personne, est juridiquement inviolable.

Au principe du domicile librement choisi s'oppose une autre incrimination : celle de

l'arrestation, détention ou séquestration arbitraires, privant physiquement la victime de sa liberté d'aller et de venir. Des exceptions à ce principe de liberté sont pourtant prévues et légitimées par la loi ou la coutume. Deux d'entre elles nous interpellent plus particulièrement. Il s'agit des malades, essentiellement les malades mentaux, pouvant être retenus dans des établissements de soins appropriés, et des enfants que les parents ou les personnes investies d'un droit de garde peuvent légitimement retenir chez eux et même détenir à titre de sanction. Ces deux exemples révèlent, encore une fois, des êtres dépourvus de certains attributs de la personnalité juridique et consacrent le domicile en tant qu'élément constitutif de la personnalité juridique.

Les incapables majeurs

Je souhaiterais m'appesantir sur une autre catégorie de personnes, les incapables majeurs, dont on a déjà vu que certains, les majeurs en tutelle, n'ont qu'un domicile indirect : celui de leur tuteur. Paradoxalement, pourrait-on dire, alors que le droit leur dénie la possibilité d'avoir un domicile légal propre, la loi du 03.01.1968 portant réforme du droit des incapables majeurs protège leur logement (terme pris dans son acception concrète). En effet cette loi, inscrite dans le code civil, pose le principe que le malade, quel que soit son régime de protection, doit retrouver un logement s'il a dû le quitter pour se soigner et si cela ne peut être satisfait, la loi contrôle strictement le droit d'en disposer.

Le logement de la personne protégée et les meubles meublants dont il est garni, doivent être conservés à sa disposition aussi longtemps qu'il est possible. S'il ne peut en être ainsi, et avant de pouvoir disposer du logement du majeur protégé, le juge des tutelles

PRIX 1998 DES CONFRONTATIONS PSYCHIATRIQUES

Les prix « Confrontations psychiatriques 1998 » ont été remis aux lauréats le jeudi 21 janvier dernier à Paris.

Ces prix décernés depuis 1969 par le Comité de Rédaction des « Confrontations psychiatriques » en partenariat avec les laboratoires Rhône-Poulenc Rorer récompensent des travaux originaux de psychiatrie présentés par de jeunes auteurs.

Cette année :

• *La vie et l'œuvre de Joseph-Xavier Tissot, dit frère Hilarion, Fondateur d'Hospice d'aliénés dans la première partie du 19^e siècle*, thèse du Docteur Claire Favrot-Meunier (Montrouge) s'est vu décerner le 1^{er} prix d'une valeur de 20 000 Frs.

• *Regards sur la santé mentale des personnes sans domicile fixe*, thèse des Docteurs Isabelle Guesdon-Nicou (Armentières) et Hélène Carpentier-Duq (Armentières) a reçu le 2^e prix d'une valeur de 10 000 Frs.

• *La négation dans la mélancolie à la lumière du syndrome de Cotard*, thèse du Docteur Claire Dejeune-Burgaud (Nantes) a reçu le 3^e prix d'une valeur de 5 000 Frs.

Pour l'année 1999, les candidats doivent adresser leurs textes en cinq exemplaires avant le 1^{er} juillet 1999 à l'adresse suivante : Docteur René Girard, CHS, 93 rue Caponière, 14000 Caen.

Les résultats seront communiqués en décembre à l'ensemble des candidats.

B. L.

**Le 2^e Colloque International de
l'ASSOCIATION PAROLE-BÉGAÏEMENT (APB) aura lieu
les vendredi 7 et samedi 8 mai 1999, à Paris,
sur le thème :**

**« Le bégaiement de l'adulte.
Témoignages, thérapies, insertion sociale »**

Ce colloque est placé sous la présidence d'honneur du Pr. Frederick P. Murray (chaire de pathologie de la parole) de l'Université de New Hampshire (Etats-Unis) où il dirigeait l'ensemble des programmes de traitement du bégaiement ; il est l'auteur de « *L'histoire d'un bègue* ».

Au cours de ces journées, des personnes bègues apporteront leur témoignage, des thérapeutes feront part de leurs travaux, des représentants d'associations anglaise, européenne, mais aussi américaine et internationale livreront leurs expériences.

Ce colloque est ouvert à ceux qui se sentent concernés par le bégaiement et par les difficultés que ce trouble de la parole et de la communication entraîne aux niveaux personnel, professionnel et aussi pour l'insertion sociale.

A.P.B., Bâtiment Pharmacie, Laboratoire de Recherches sur le Langage INSERM, Hôpital de la Salpêtrière, 75013 Paris. Tél. et fax : 01 46 65 36 39. Minitel 3615 BEG. <http://home.worldnet.fr/humezol/parole-begaïement>. E-mail : parolbeg@worldnet.fr.

doit obligatoirement requérir l'avis du médecin-traitant sur la nécessité du maintien pour le malade de l'ancrage matériel de son logement. Ces deux dispositions montrent que le droit reconnaît au logement sa forte valeur affective pour tout un chacun, à fortiori lorsqu'il est fragilisé par la maladie mentale.

La loi semble également faire référence implicitement à la fonction thérapeutique rattachée au logement et aux risques psychologiques induits par sa perte. Comme je l'ai déjà relevé plusieurs fois, le droit semble avoir intégré inconsciemment la dimension structurante du domicile pour l'être humain en protégeant le domicile et en en faisant un déterminant de la personnalité juridique.

Les droits de la personnalité et les droits de l'homme

D'une façon plus globale, le droit positif français reconnaît à l'individu la jouissance et l'exercice de différents droits dont certains sont très liés à la personnalité humaine. Parmi ceux-ci, il y a les droits de l'homme, liés à la seule qualité d'homme (en quelque sorte le minimum que le droit reconnaît à tout être humain) et les droits de la personnalité proprement dits, tendant à la protection de l'individualité. Ces derniers sont cependant difficiles à caractériser, le code civil n'en traitant pas expressément. Enfin, la loi du 17.07.1970 tendant à renforcer la garantie des droits individuels des citoyens a assis la jurisprudence en insérant dans le code civil le nouvel article 9, ainsi libellé : « *chacun a droit au respect de sa vie privée* ».

Les droits de la personnalité ont pu être répartis en deux grandes catégories. D'une part, ceux tendant à la protection de l'individualité physique dont le droit à la liberté physique et surtout ceux protégeant les autres aspects, non physiques, de son individualité. Ainsi, chacun a droit à la protection de sa personnalité civile et notamment de son nom et au respect de sa vie privée. Le droit au respect de la vie privée peut même être considéré comme l'un des droits primordiaux de la personnalité et comporte notamment le droit à l'inviolabilité du domicile. La protection du domicile, à la fois en tant qu'espace privé personnel et en tant qu'élément de la personnalité, est ainsi fortement assurée par le droit qui tend à en faire un véritable droit de l'homme, indissociable de la nature humaine.

La notion de droit de l'homme est éminemment subjective. En France, cette entité est apparue magistralement dans la Déclaration

universelle des droits de l'homme. Mais il ne s'agissait, alors, que d'une simple proclamation de principe, insuffisamment protectrice. Par contre, la création du Conseil de l'Europe a constitué en Europe une avancée décisive dans la garantie des droits de l'homme. Ses statuts datent du 05.05.1949. Dans la foulée, la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, habituellement désignée en France sous le nom de *Convention européenne des droits de l'homme*, a été signée à Rome le 04.11.1950. Celle-ci préserve, notamment, dans son article 9, pêle-mêle le droit au respect de la vie privée et familiale, du domicile et de la correspondance, c'est-à-dire tout ce qui permet de soustraire à la connaissance de l'autre, son comportement intime.

Cet édifice légal renforce l'idée que le logement est un élément intimement lié à la personne humaine. A contrario, la simple appropriation d'un logement aurait une valeur thérapeutique essentielle restituant à l'individu une partie de son humanité et de sa citoyenneté. Le droit du domicile ne serait, en quelque sorte, que l'inscription sociale de la valeur structurante du domicile.

La fonction thérapeutique du domicile à travers les troubles psychiques des « SDF »

L'incidence de la perte du logement sur la santé psychique est maintenant mieux cernée. Pour autant, il est artificiel d'isoler cette perte singulière, tant elle résulte souvent de la succession d'autres pertes : de l'emploi, du conjoint, etc... En outre, ces « causes » sociales sont ici indissociables des « causes » psychologiques, pouvant les induire. Ainsi le problème des « SDF » n'est pas simplement social. Il peut être aussi psychiatrique, tant dans ses causes que dans ses conséquences. C'est sur ce dernier aspect que je voudrais insister à travers la surmorbidity psychique liée à l'absence de logement.

A travers une revue de la littérature, J.P. Vignat⁽²⁾ conclut pertinemment que « *selon les études, la prévalence des troubles mentaux chez les SDF va de 16 à 97 %. Les biais sont multiples...* ». Quoiqu'il en soit de son ampleur, cette surmorbidity psychique est un fait, maintenant bien établi. Les aspects qualitatifs de cette surmorbidity sont autrement plus instructifs. Il peut en être établi un catalogue (sans grand intérêt d'ailleurs) énumérant surtout la psychose, les troubles

anxieux, les troubles de l'humeur et les abus de substances.

A. Mercuel et B. Letout⁽¹⁾ insistent de façon pertinente sur « *certaines expressions psychiques de la souffrance des exclus* » concernant le corps, distinguant ainsi la dépersonnalisation, les pathologies de la dépendance, l'état post-traumatique et la passivité. Si nous voulons bien en exclure les pathologies de la dépendance et la passivité qui semblent plus se situer dans le domaine des conséquences visibles de la souffrance psychique, nous nous retrouvons face à deux états singuliers : la dépersonnalisation et l'état post-traumatique.

Les auteurs précités entendent la dépersonnalisation comme la perte du fait « *... d'être artisan de son univers et par là de son personnage, de sa personnalité, de son identité* » et précisent : « *Plus tard apparaissent des mécanismes défensifs plus frappants : déni, dénégation, négligence, agnosie, ...* ». De tels symptômes renvoient à l'importance donnée par le droit au domicile et à sa vertu de « *personnalisation psychosociale* », que nous avons développée précédemment. Or, il est intéressant de constater que de tels symptômes peuvent entrer dans un cadre plus global ; à savoir celui de la pathologie psychiatrique précoce secondaire à un traumatisme psychique. En effet, les réactions émotionnelles initiales peuvent comporter des troubles confusionnels et en tout cas un état d'hébétéude avec altération partielle de la conscience, etc...

De plus, l'état de stress post-traumatique, en tant que pathologie traumatique séquellaire, présente des similitudes frappantes avec les troubles psychiques des « SDF », surtout dans ses modifications durables possibles de la personnalité. Ainsi la CIM 10 décrit les modifications suivantes de la personnalité dans l'état de stress post-traumatique :

- attitude permanente d'hostilité et de méfiance envers le monde,
- retrait social,
- sentiment constant de vide et/ou de désespoir...
- sentiment durable d'être « sous tension » ou de se sentir menacé sans cause externe qui peut être associé à une tendance à boire de façon excessive ou à prendre des drogues,
- sentiment permanent d'être changé ou d'être différent des autres.

On pourrait inférer de l'ensemble de ces arguments que la perte de domicile constitue un traumatisme psychique authentique et, de ce fait, justifie une prise en charge à la fois précoce et prolongée, à visée préventive.

Conclusion

La perte du domicile est un événement grave pouvant avoir des incidences psychopathologiques marquées. Le droit semble avoir bien saisi (et depuis longtemps) l'importance structurante du domicile pour la personne humaine alors même que la psychiatrie s'est longtemps désintéressée des conséquences psychiques possibles des situations sociales. A contrario, la réappropriation d'un logement serait un acte thérapeutique authentique contribuant à la « réhumanisation » du malade. ■

J. L. Senninger*

* Médecin-chef, 1^o service, Centre Hospitalier Spécialisé, 57200 Sarreguemines.

Bibliographie

- (1) Mercuel A., Letout B., *Précarité et troubles psychiques*, Nervure, 1997, X, 1-4.
- (2) Vignat J.P., *Projet de recherche intégré à la mise en place d'une équipe interface S.D.F. sur la ville de Lyon*, Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, 1997, 9, 64-73.

LIVRES

Les nouvelles modalités d'accès à l'emploi des jeunes

Agora n°14

L'Harmattan

Agora est une revue (trimestrielle) de référence pour tout ce qui concerne les adolescents et les jeunes adultes. Si elle se veut transdisciplinaire, elle développe surtout des approches sociologiques. Ce numéro retient plus particulièrement l'attention par les articles consacrés à l'emploi des jeunes, à l'insertion par l'économique, à l'apprentissage. On y apprend, par exemple, à mieux connaître un nouveau dispositif institué par la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions : TRACE (Trajet d'Accès à l'Emploi). Cette nouvelle formule d'aide à l'insertion s'adresse aux jeunes les plus éloignés de l'emploi et sans qualification. On trouvera dans ce numéro un entretien avec Martine Aubry sur toutes ces questions.

M. Jaeger

Construire de nouvelles légitimités en travail social

Hélène Hatzfeld

Dunod

Les questions posées par les travailleurs sociaux ne sont pas seulement d'ordre identitaire : elles portent aussi sur les fondements même de leurs pratiques. Ce livre se propose donc de réfléchir aux transformations du travail social pour contribuer à dégager de nouvelles légitimités possibles. L'auteur définit d'abord les domaines de compétence des travailleurs sociaux par rapport aux acteurs économiques et politiques mais aussi aux autres intervenants à dimension sociale. Il explicite la position médiane du social parmi les champs économiques et politiques et dégage son rôle spécifique de régulation. Le cœur de l'ouvrage s'attache à démontrer comment s'opèrent les processus de légitimation pour préciser les contours de légitimités spécifiques propres aux travailleurs sociaux : légitimité institutionnelle, démocratique et de compétence. Prenant appui sur une enquête réalisée auprès d'employeurs en Ile-de-France, étayé par des entretiens avec de responsables de divers secteurs (entreprise, hôpital, association, conseil général), cet ouvrage tient compte, également, de l'expérience de l'auteur en matière de traitement des quartiers en difficultés et d'insertion par l'économique.

Fantasme maternel et folie

Stéphane Lelong

L'Harmattan

L'auteur fait l'hypothèse que si une manifestation somatique chez l'enfant est un événement qui confirme le fantasme maternel d'un enfant sans avenir, son devenir psychique pourra être gravement compromis. La certitude anticipée de la mère en la croyance de l'enfant mort émerge alors généralement d'une série de quiproquos qui impliquent la dimension de l'inconscient maternel.

La réalité singulière douloureuse exprimée par les psychotiques est-elle l'écho lointain - parfois après plusieurs décennies - de la catastrophe ayant eu lieu jadis ? Le délire est-il le moment propice pour faire de nouvelles liaisons entre la détresse d'hier et celle d'aujourd'hui qui appelle la rencontre avec une équipe soignante ?

LIVRES

Subjectivité et conscience d'agir**Approches cognitive et clinique de la psychose**

P.U.F.

Cet ouvrage rassemble de travaux cliniques (Henri Grivois), de psychologie du développement (James Russell), de neurosciences cognitive (Marc Jeannerod, Pierre Fourmeret) et de philosophie de l'esprit (John Campbell, Pascal Engel, Elisabeth Pacherie, Joëlle Proust). Leur point commun est d'élucider le rôle qui revient aux fonctions exécutives dans la compréhension de soi-même et d'autrui.

Dans la psychose, les données cliniques montrent que dès l'apparition des premiers troubles aigus, une difficulté se manifeste au niveau de l'attribution de la responsabilité causale de l'action. Les patients se sentent poussés à agir par les autres tout en ayant le sentiment de contrôler l'action d'autrui. Cette difficulté va souvent de pair chez les schizophrènes avec une modification du sentiment d'identité personnelle. Parmi les symptômes de l'autisme, on trouve des difficultés de contrôle de l'action, une réduction des centres d'intérêts, des stéréotypies comportementales et une difficulté à comprendre les événements d'ordre mental. Des résultats expérimentaux récents permettent d'orienter la réflexion théorique sur l'origine fonctionnelle commune de ces perturbations. Ils indiquent l'importance du suivi de l'action dans l'acquisition par l'enfant d'une « théorie de l'esprit », c'est-à-dire des connaissances nécessaires à l'interprétation de ses propres états mentaux et de ceux d'autrui. Chez l'adulte, un mauvais suivi de l'action pourrait porter atteinte à la capacité de reconnaître ses propres intentions d'agir, et modifier ainsi le sens de sa propre identité.

Violences urbaines et violences scolairesChristian Molaro
L'Harmattan

Maître de conférences à l'université de Nancy 1, l'auteur s'interroge sur les liens entre deux types de violences dont l'importance inquiète. Cet essai a surtout l'intérêt de reprendre le problème déjà posé par Michel Gauchet dans plusieurs articles : comment affronter la tension entre l'enfermement de l'enfant dans un statut qui l'éloigne de toute responsabilité et, d'autre part, ses aspirations à affirmer ses droits de citoyen, mais aussi les sollicitations dont il est l'objet en tant que consommateur ? « *Un enfant consommateur de plus en plus de liberté, mais également placé en sécession avec le monde des adultes* », nous dit Christian Molaro. La partie la plus intéressante de cet essai, la plus difficile à lire parce qu'elle demande une attention particulière, est celle qui analyse dans le détail des dialogues entre des élèves de collège et leurs enseignants. Ces dialogues enregistrés sont retranscrits dans leurs moindres détails. Ils permettent de comprendre, par une étude très fine, comment des conflits se nouent au quotidien, comment un adulte, à force de négocier, perd son autorité. Cette approche ethnographique des échanges verbaux vaut n'importe quel discours sur ce qu'est aujourd'hui une relation pédagogique dans un contexte qui ne peut que produire de la violence.

M. Jaeger

Les Prix Lilly de Formation Médicale Continue

L'Institut Lilly, en partenariat avec les médecins-praticiens et les universitaires responsables de Formation Médicale Continue, a créé en 1990 les Prix Lilly de FMC, destinés à promouvoir la créativité dans la Formation Médicale Continue, aussi bien dans son évaluation que dans son animation. Ces prix récompensent des initiatives individuelles ou des associations de FMC, qu'il s'agisse :

- de support de formation ou d'auto-formation (brochure, livre, film, EAO),
- d'une recherche sur un processus de formation,
- ou d'une action de formation.

Ces travaux concernent toutes les formations continues destinées essentiellement au corps médical. 150 000 francs se répartissent ainsi :

- un prix de 50 000 francs,
- deux prix de 25 000 francs,
- dix prix de 5 000 francs.

Le jury est constitué des Docteurs P. Atlan, C. Dao, J. L. Demeaux, G. Duroux, et des Professeurs C. Conri, B. Devulder et J. Roland.

En 1999, treize lauréats ont reçu les Prix Lilly de FMC.

- Le Prix de 50 000 francs est attribué à :
 - Psycomed, Dr F. Abramovici, Lagny, « *Déficience et périnatalité : le Handicap* ».
- Les deux Prix de 25 000 francs chacun reviennent à :
 - APLSG-EPID 92, Dr M. Nougaière et Dr F. Bacle, Gennevilliers, « *Former à la recherche en médecine générale. La recherche, c'est formateur* » (sur le thème du diabète).
 - Pr. D. Devictor, Kremlin-Bicêtre, « *Stages Intensifs de Pédiatrie d'Urgence* ».
- Enfin dix Prix de 5 000 francs récompensent :
 - Réseau Ville-Hôpital 93 Ouest, Dr D. Ménard, Saint-Denis, « *De l'accueil à la prise en charge globale médico-psycho-sociale, des patients usagers de drogues : Une formation pour les professionnels médico-sociaux* ».
 - Psy-Cause, Dr T. Lavergne, Aix-en-Provence, « *La dépression, une histoire privée, une affaire publique* », 2ème colloque de Psy-cause à Aix-en-Provence le 05/06/98.
 - FMC Créteil, Dr M. Tobelem, Créteil, *Journée Annuelle du 15 mars 1998 « Quoi de neuf en... »*.
 - A.M.G.D., Dr Nozet, Douarnenez, « *Une année de FMC à Douarnenez* ».
 - Ecole Européenne d'Hématologie, Dr Jamin, Paris, « *Ecole Européenne d'Hématologie* ».
 - AMVPPU, Dr J.M. Heid et Dr P. Florentin, Senones, « *Pratique de l'électrocardiogramme en Médecine Générale* ».
 - Association Varoise de Formation Médicale, Dr Gerin, Brignoles, « *Cas Cliniques en Médecine Interne : Du symptôme à la décision thérapeutique* » Séminaire mai 98.
 - IMEA - Santé Publique, Dr J. L. Quenon, Paris, « *Un projet global de formation en épidémiologie et hygiène hospitalière. Formation au management du risque nosocomial* ».
 - Centre National de Documentation Audio-visuelle en Santé Mentale, Dr A. Bouvarel et Pr. P. H. Tremblay, Lorquin, « *Un outil pour la formation permanente : La Collection : un entretien avec...* ».
 - Collège français de Chirurgie Dermatologique, Dr M.F. Santoul, Paris, « *Collège français de Chirurgie Dermatologique* ».

Trois actions de formation primées concernent la psychiatrie, nous les présentons succinctement.

Intérêt de la formation pluriprofessionnelle dans la mise en place du travail en réseau pour la prise en charge des usagers de la drogue. Réseau Ville-Hôpital 93 Ouest, D. Ménard

Dans le but d'améliorer l'accès aux soins, la qualité des suivis et des prises en charge des usagers de drogues, le Réseau VIH 93 Ouest a organisé un cycle de formation pluriprofessionnelle destiné aux médecins, pharmaciens, paramédicaux et travailleurs sociaux. Cette formation a été conçue en trois temps, afin de respecter les besoins différentiels de formation en matière d'acquisition de connaissances des professionnels médicaux et sociaux, mais de permettre aussi l'échange et la mise en lien de tous ces professionnels :

- séminaire de deux jours pour médecins et pharmaciens ;
- séminaire de deux jours pour paramédicaux et travailleurs sociaux ;
- séminaire d'un jour pour tous les professionnels.

Les objectifs pédagogiques de la formation étaient les suivants :

- expliciter les représentations sociales des participants sur les usagers de drogues et les faire évoluer collectivement pour faciliter la mise en place du lien thérapeutique et social ;
 - acquérir les connaissances fondamentales nécessaires (les drogues et leurs usages, la dépendance, la substitution, la réduction des risques, l'accès aux droits sociaux) ;
 - repérer les ressources locales en matière de prise en charge des usagers de drogues ;
 - transformer les pratiques professionnelles en vue d'un meilleur travail en réseau.
- Afin d'atteindre ces objectifs, les méthodes pédagogiques ont été panachées, en privilégiant les méthodes interactives favorisant la participation et l'échange : séances plénières d'information avec débats, tables rondes permettant la confrontation des expériences professionnelles, exercices interactifs pour travailler sur les représentations (ABCdaires etc.), études de cas en petits groupes permettant l'explicitation des champs d'activité et la confrontation des pratiques, l'utilisation d'outils vidéo ou encore l'utilisation des temps libres comme support aux échanges à travers la convivialité.

L'évaluation de la formation s'est faite par pré et post-questionnaires, puis par une réunion de bilan à quatre mois avec nouveau questionnaire. Elle portait plus sur la satisfaction des participants et l'effet de la formation sur les pratiques professionnelles que sur l'apport de connaissances. Les points forts de la formation repérés par les participants sont :

- intérêt du travail sur les représentations et reconnaissance générale d'une modification du regard porté sur les usagers de drogues ;
- intérêt porté à la démarche du travail en réseau et amélioration des collaborations entre professionnels autour de suivis conjoints ;
- repérage de nouvelles structures et meilleure identification de l'activité et de l'offre de services de celles-ci.

On peut estimer que les objectifs ont été atteints, même si certains thèmes restent à approfondir et les collaborations entre structures peuvent encore s'améliorer. Les participants ont voulu poursuivre la formation par des temps de rencontre réguliers autour de sujets difficiles ou insuffisamment abordés précédemment.

En conclusion, la formation apparaît comme un support essentiel du travail en réseau. Pour cela, il semble indispensable que l'action de formation associe plusieurs éléments :

- ait fait l'objet d'une analyse préalable des besoins de formation des professionnels médicaux et sociaux ;
- soit territorialisée (action de proximité) ;
- soit dispensée par un organisme qui ne fait pas que de la formation mais qui joue également un rôle de centre ressources, de coordination et soutien continu pour les professionnels ;
- soit pluri-professionnelle ;
- mette autant l'accent sur les représentations sociales et la transformation des pratiques professionnelles que sur l'acquisition des connaissances.

« La dépression, une histoire privée, une affaire publique ». 11^e colloque de Psy-Cause à Aix-en-Provence le 5 juin 1998. Th. Lavergne

L'association loi 1901 Psy-Cause est née en juillet 1995, autour du projet de créer une revue trimestrielle régionale, pluri-disciplinaire, réunissant les acteurs de la région PACA concernés par la santé mentale et désireux d'échanger sur leurs pratiques. Les auteurs y témoignent de la richesse des actions en santé mentale de cette région, aussi bien dans les institutions psychiatriques que dans la cité. Le premier numéro de Psy-Cause est paru en septembre 1995. La revue s'est implantée sur deux pôles (Aix et Avignon) et fonctionne en réseau avec des correspondants et des membres du Comité de Rédaction dans la région.

En 1997, le premier colloque de Psy-Cause a été organisé à Montfavet. Son succès, l'intérêt qu'il a suscité et les échanges qu'il a permis, ont conduit à poursuivre l'idée. Ainsi le 3^e Colloque d'Uzès : « *Passages : d'une psychiatrie à l'autre* » est préparé alors que le 2^e Colloque de Psy-Cause a eu lieu à Aix-en-Provence, le 5 juin 1998 sur le thème : « *La dépression, une histoire privée, une affaire publique* ».

• Argument :

Le questionnement actuel de notre société sur la mort et la perte semble avoir modifié la perception commune de la dépression et du risque suicidaire, en référence à un scientisme niant l'histoire quadri-millénaire du soin.

Une double dialectique entre histoire et culture, savoir-faire et connaissance, articulée avec l'échange entre partenaires des réseaux du médico-social d'aujourd'hui, visera à élargir la compétence propre de chacun des acteurs de santé.

• Comité d'organisation :

Michel Bayle, Jean Paul Bossuat, Didier Bourgeois, Stéphane Bourcet, Patrick Boyer, Emmanuelle Dermenghem, Huguette Ferre, Thierry Lavergne, Marc-Alloïs Lillo, Dominique Malet, Catherine Paris-Laporte, Bernard Petit, Sophie Sauzade et l'équipe de rédaction de la revue.

• Déroulement de la journée :

Le matin, les débats modérés par Monsieur le Professeur Sébastien Giudicelli commencent avec le Docteur Jean-Paul Bossuat, *Dialogue d'un désespéré avec son âme*, (Papyrus du Moyen-Empire Egyptien), Marie-José Pahin, *Un attentat, une arrestation, vingt jours après : guérison subite du délire ?* Mirielle Brun, Danielle Monbet-Bossuat, Dr Maria Socolski, *Prise en charge institutionnelle d'une dépression*.

L'après-midi, 5 ateliers sont organisés autour des thèmes :

- Atelier N°1, modéré par le Professeur Sébastien Giudicelli : *Dépressions et urgences*.

L'ABCdaire du CerveauGilles Le Pape et Nathalie Puzenat
Flammarion

Ce petit livre de vulgarisation appartient à une collection attrayante par son iconographie et sa présentation. Il présente les principales connaissances concernant le statut du cerveau dans les diverses cultures et à travers l'histoire, l'anatomie et les mécanismes cérébraux, les fonctions cérébrales supérieures.

Privé, public ?

- Atelier N°2, modéré par le Dr Moïse Benadiba : *Enfances et dépressions*.

- Atelier N°3, modéré par le Dr Stéphane Bourcet : *L'adolescence, de l'intime à l'agir*.

- Atelier N°4, modéré par le Dr Marie-Pierre Pancrazi-Boyer : *Dépression et vieillissement. Perte d'identité, crise familiale et violence du regard social*.

- Atelier N° 5, modéré par le Dr Thierry Lavergne : *Dépression et lien social*.

Pour être repris en synthèse en fin de journée. Les communications sont publiées dans les n° 13 et n° 14 de *Psy-Cause*.

Collection : « Un entretien avec... » A.L. Bouvarel et P.H. Tremblay

Il s'agit d'une collection de documents audiovisuels intitulée « *Un entretien avec...* » dans le cadre de la psychiatrie générale. Cette collection a pour objectif la formation et plus particulièrement la formation permanente. Elle s'adresse suivant les thèmes aux psychiatres, aux médecins généralistes ; elle est utilisée également dans le cadre des formations initiales (faculté de médecine, écoles d'infirmières...).

Le principe de chaque document (scénario) consiste à effectuer un entretien non directif entre un psychiatre et une personnalité reconnue pour sa compétence nationale voire internationale sur le sujet choisi. Il s'agit en 30 minutes de cerner le sujet de l'entretien. Est exigé de la part de la personne interviewée un discours concis, clair, ayant ainsi des vertus pédagogiques. Le cadre de cet entretien doit cependant rester convivial, les compétences de l'interviewer lui permettant d'intervenir à bon escient pour éviter un discours monolithique pouvant apparaître ennuyeux. Chaque fois que cela est possible, l'entretien avec la personnalité choisie est illustré par des documents, images, venant en contrepoint du discours. La durée choisie de 30 minutes maximum permet dans le cadre de la formation, d'envisager un débat, une discussion d'une demi heure après le visionnage. Ceci est particulièrement apprécié dans les séances de formation médicale continue des généralistes. Le développement de cet outil de formation qui connaît un large succès impliquera la réalisation d'un support d'évaluation actuellement à l'étude, consistant à tester les connaissances sur le sujet traité avant et après visionnage du document. La diffusion de ces documents est réalisée par le *Centre National Audiovisuel en Santé Mentale* mis sur pied à l'Hôpital de Lorquin avec, l'accréditation du Ministère de la santé. Les cassettes sont en vente au prix de 250 F. Cette démarche commerciale est cautionnée par le trésor public et permet des recettes en atténuation pour le fonctionnement du *Centre National de Documentation Audiovisuelle en Santé Mentale*. Plusieurs partenaires ont ponctuellement aidé à la poursuite de cette collection : Fondation Athéna, Service Audiovisuel de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, Service Audiovisuel des Hospices Civils de Strasbourg. ■

G. M.

Thèses - Mémoires

Effets indésirables extra-pyramidaux des neuroleptiques et des antidépresseurs

Recherche de facteurs de risque : rôle du polymorphisme génétique du CYP2D6

Karine Reggiani,
Thèse Médecine, Besançon, 1999

La prédisposition génétique aux effets indésirables extra-pyramidaux de certains médicaments est suggérée par de nombreux auteurs. L'hypothèse du rôle du polymorphisme génétique du CYP2D6 a été émise. Cette enzyme est responsable du métabolisme de nombreux psychotropes et de neurotransmetteurs. Afin d'essayer de tester cette hypothèse, les auteurs ont recherché s'il existait une différence de la capacité métabolique du CYP2D6 entre un groupe de patients (n=14) ayant présenté des effets indésirables extra pyramidaux et un groupe de patients (n=14) ayant une bonne tolérance médicamenteuse.

La moyenne des rapports métaboliques déterminant les phénotypes ne diffère pas significativement entre les deux groupes, mais une différence de distribution des valeurs se dessine. Dans le premier groupe, quatre patients (28,6%) ont un déficit de cette voie métabolique, ce qui correspond à une sur-représentation de métaboliseurs lents (PM) par rapport à la population du deuxième groupe (0 %) et par rapport aux données de la littérature concernant les populations de sujets sains (5 à 10 %). Cette différence ne semble pas liée à l'effet de la thérapie et pourrait être en rapport avec un facteur de vulnérabilité génétique aux effets extra-pyramidaux.

Réflexion sur une articulation de pédo-psychiatre de liaison

Claude Randrianariboa,
Thèse Médecine, Briançon, 1998

L'auteur analyse les différents aspects et les processus mis en jeu lors du travail de liaison effectué par les pédopsychiatres au sein d'un service de pédiatrie générale. Le sujet est abordé de manière pratique à partir de l'expérience personnelle de l'auteur. Différentes situations cliniques sont décrites et quelques rappels psychopathologiques rendent compte de l'approche spécifique du pédopsychiatre. Elles concernent aussi bien la psychiatrie du nourrisson, de l'enfant que celle de l'adolescent et servent de support pour permettre de développer les concepts de liaison et d'approche bio-psycho-sociale de la maladie.

Prises en charge psychiatriques en service de médecine polyvalente

A propos de 431 cas sur deux années

Christian Sorgue,
Thèse Médecine, Besançon, 1998

La psychiatrie à l'hôpital général a connu une extension considérable au cours des vingt dernières années. L'hôpital général, tout en développant largement la technologie médicale, conserve sa fonction première de lieu d'accueil de la détresse et de la souffrance, qu'elle soit somatique ou psychique. Le mouvement actuel, à travers diverses évaluations et recommandations, tend à activer le transfert de lits d'hospitalisation du secteur spécialisé vers l'hôpital général. A travers une étude rétrospective de 431 cas d'hospitalisation psychiatrique en service de médecine polyvalente sur deux années, une photo-

graphie de ces mêmes cas deux ans plus tard, et une revue de la littérature, l'auteur montre :

- la place non négligeable de l'hôpital général dans la prise en soins de certaines pathologies psychiatriques (dépressions non psychotiques, états anxieux, toxicomanies et alcoolodépendance). Les résultats de l'étude montrent une amélioration notable des patients avec un taux de 52,7% de patients considérés comme guéris (ne prenant plus de traitement) ou stabilisés sous traitement psychotrope. Ce qui permet de penser que leur passage en médecine a été au moins contributif à leur « bonne » évolution ;

- le morcellement du suivi des patients, avec 22,2% de patients perdus de vue (le passage à l'hôpital général est une étape), qui s'oppose à l'accompagnement au long cours du secteur psychiatrique, mais reste en accord avec la mission de disponibilité immédiate de l'hôpital général.

L'adolescent en crise Réseau de prévention en milieu rural autour d'un Centre de Guidance Infantile

Philippe Bouté
Thèse Médecine, Besançon, 1998

La question de l'adolescent en crise est un sujet devenu à la mode, mais il s'agit d'abord d'un sujet en difficulté. La lecture des directives gouvernementales confrontée à la réalité de terrain montre que la pédopsychiatrie, entre projets politiques et directives locales, doit se restructurer profondément pour s'adapter à la demande et aux besoins de l'adolescent. Un peu partout en France, on constate en pédopsychiatrie des élans multiples visant à se décloisonner, s'ouvrir sur l'extérieur et s'intégrer à des réseaux d'aide à l'adolescent.

Mais l'adolescent en crise n'est pas une spécificité des grandes villes et le chiffre équivalent de mortalité par suicide en ville et à la campagne en est un témoignage. Ainsi, en Franche-Comté, autour du Centre de Guidance Infantile de Baume-les-Dames, dont l'expérience est rapportée, des projets se mettent en place, des réseaux se tissent, centrés sur les besoins de l'adolescent. Cependant le nombre des innovations implique aussi une complexité, une hétérogénéité et une confusion dans les rôles et places des intervenants. Il est donc nécessaire et urgent de développer ou d'accroître les liens entre les différents professionnels confrontés aux problèmes des adolescents, pour que le sujet en difficulté puisse trouver, le plus rapidement possible, l'aide adaptée dans le lieu adapté.

Anxiété du sujet âgé Construction d'une échelle spécifique de dépistage et contribution à sa validation

D. Fontanier
Mémoire D.E.A. Psychopathologie et neurobiologie du développement et des comportements, Paris VII, 1998

L'anxiété du sujet âgé présente des particularités sémiologiques et psychopathologiques rendant les critères diagnostiques des classifications internationales peu adaptés à cette population. Les études épidémiologiques consacrées aux troubles anxieux en population gériatrique, ont longtemps utilisé des questionnaires d'auto ou d'hétéro-évaluation dérivés des critères diagnostiques des classifications internationales et retrouvaient des taux de prévalence inférieurs à ce qui était constaté chez l'adulte. Pourtant, plusieurs

auteurs remarquaient des niveaux d'anxiété importants chez les patients de plus de 65 ans. Des études épidémiologiques récentes, réalisées avec des instruments conçus pour le sujet âgé (Lindesay et al., 1989 ; Manela et al., 1996), ont retrouvé des chiffres de prévalence beaucoup plus élevés que celles réalisées avec des instruments validés chez l'adulte. Cette prise de conscience récente de l'inadéquation entre les particularités de l'anxiété du sujet âgé et les instruments qui la mesure, a conduit plusieurs équipes à faire des études de validation chez le sujet âgé d'instruments d'évaluation de l'anxiété connus et validés chez l'adulte. Une autre démarche consiste à construire un instrument nouveau à partir des éléments rapportés par la pratique quotidienne. Cet « outil » de dépistage, la MASA, a été élaboré à partir d'un échantillon de sujets âgés de 65 ans et plus, certains critères de validation ont été vérifiés.

Le traitement hospitalier des schizophrènes Réflexions sur une expérience de prise en charge institutionnelle

Valérie Larisse-Humbeau,
Thèse Médecine, Besançon, 1998

Après avoir fait un rappel historique du concept de psychothérapie institutionnelle, l'auteur décrit une expérience de prise en charge institutionnelle au C.H.S. du Jura. Cette unité s'adresse à de jeunes patients psychotiques présentant corollairement à leur pathologie une désinsertion sociale majeure.

L'auteur essaie d'analyser le fonctionnement psychodynamique de cette unité et d'en effectuer un bilan après neuf années de fonctionnement. Il s'attache à discuter l'intérêt d'une telle structure, et à la justifier malgré le contexte actuel de politique de fermeture des lits hospitaliers, la situant dans un réseau de soins intra-sectoriel.

L'épuisement professionnel des soignants

A propos d'une enquête réalisée dans les services d'Urgences et de Soins Intensifs du CHU de Besançon

Valérie Jurion,
Thèse Médecine, Besançon, 1998

Le concept de burnout est apparu dans les années 1970, importé des Etats-Unis, pour désigner un ensemble de troubles psychologiques divers, liés à la pratique de la profession d'aide, associant un épuisement émotionnel, le développement d'attitudes négatives à l'égard des patients, et une perte de l'estime de soi. Ses conséquences peuvent être graves, sur le plan individuel, en terme de santé physique, et psychologique, mais également sur le plan organisationnel.

Mais malgré l'abondante bibliographie consacrée au sujet, le concept reste aujourd'hui largement critiqué, en raison, notamment, de son inhomogénéité et de son manque de spécificité. La revue de la littérature réalisée par l'auteur montre par ailleurs que les enquêtes épidémiologiques restent actuellement peu rigoureuses sur le plan scientifique.

Une étude par auto-questionnaire a été réalisée afin de calculer la fréquence du burnout et ses facteurs associés, auprès de 308 soignants des services d'urgences et de soins intensifs du CHU de Besançon. Cette enquête démontre que 19,5% des individus de l'échantillon présenteraient un niveau élevé de burnout.

L'ancienneté professionnelle, le nombre de symptômes, les croyances religieuses, le niveau de stress et le type de stratégie comportementale en situation critique, apparaissent corrélés au niveau de l'épuisement professionnel. Les taux remarquablement bas de burnout au sein de certaines unités rendent probablement compte de l'efficacité des mesures de prévention mises en place dans ces services.

LIVRES

**De la représentation
L'exemple du psychodrame**Serge Gaudré
Editions Erès

Cet ouvrage propose l'analyse structurale d'une pratique freudienne de psychodrame, à partir du dispositif que l'auteur fait fonctionner comme « appareil à représenter ». Serge Gaudré part de la représentation dramatique comme telle - car elle peut faire tableau, et il suit en cela J. Lacan dans son étude des Ménines - pour s'intéresser aux éléments qui y concourent : structure de l'espace, présence d'un regard et vision de l'Autre, mise en jeu d'un sujet dans une division entre perspective et oblique. Ce faisant, il interroge le statut du discours et rend compte de son élaboration en termes de « discours de séance ». Celui-ci, soutenu par la présence d'un psychodramatiste psychanalyste, se trouve vectorisé par la réalité d'une assistance restreinte dans le groupe, ainsi que par un effet de publication d'un thème comme d'une position subjective. Dans ce cadre, ce qui est mobilisé chez le participant, aux fins de représentation subjective, participe également, et d'abord, à l'instauration d'un lien social particulier qui accompagne et soutient la fonction de représentation.

Viellissement du cerveau et démencesLadislas Robert
Flammarion

Le vieillissement est un processus qui est en partie génétiquement « programmé » et en partie dû à l'influence de l'environnement. La très forte augmentation de l'espérance de vie depuis le début du siècle en est la preuve. Ces trente ans environ « gagnés » par rapport à la durée de vie moyenne de nos grands-parents peuvent être, pour un nombre élevé d'individus, un cadeau empoisonné.

Ladislas Robert analyse à la fois le vieillissement normal et le vieillissement pathologique. Dans un premier temps, il traite de la psychologie cognitive du vieillissement cérébral, de la nature de la mémoire, de son déclin au cours du vieillissement et des tests permettant d'apprécier ce dernier. Il étudie ensuite les différentes formes de démences. La deuxième partie du livre est consacrée aux bases biologiques du déclin cognitif « normal » et pathologique. Elle inclut un exposé élémentaire du « fonctionnement » du cerveau. Enfin, la dernière partie de l'ouvrage dresse un bilan de l'état des connaissances sur la neuropathologie des démences séniles et rend compte des traitements actuellement disponibles.

**La formation des attitudes :
Freud et Wallon**Nguyễn Thanh Huong
Collection Fil Rouge,
PUF

La première partie de l'ouvrage tente « un examen critique des différentes théories de Freud », la seconde « un examen critique de la conception du développement affectif de Wallon ». La troisième partie esquisse « une conception génétique de la vie affective ».

Maître de conférences à l'université de Paris VIII, l'auteur expose aussi complètement que possible les principaux points théoriques des deux auteurs. Mais l'ensemble reste assez froid, scolaire et quelque peu aride, ce qui est pour le moins regrettable, s'agissant de la vie affective...

M. Goutal

ANNONCES EN BREF

10 au 12 mars 1999. Besançon. XX^{ème} Colloque A.I.R. sur le thème : *Violence et agressivité au quotidien*. Renseignements et inscriptions : A.I.R., 6 boulevard Diderot, 25000 Besançon. Tél. : 03 81 50 00 44. Fax : 03 81 88 79 18. E-mail : air@mail.fc-net.fr. Site web : <http://web.fc-net.fr/air>.

12 mars 1999. Paris. *Un nouvel âge de la vie : le temps de l'adolescence et de la post-adolescence*. Journée organisée par la Fondation pour l'enfance. Renseignements : Fondation pour l'enfance, 17 rue Castagnary, 75015 Paris. Tél. : 01 53 68 16 50.

25 au 27 mars 1999. Aurillac. *Festival international du film de santé*. Festival organisé par l'Association mondiale du cinéma médical et de santé. Renseignements : 6 rue Jules Ferry, 15000 Aurillac. Tél. : 04 71 43 30 30. Fax : 04 71 43 30 40. E-mail : cinesante@net15.fr. <http://www.cinesante.com>.

26, 27 mars et 10 avril 1999. Formation continue organisée par l'ARTAAS sur le thème : *Les soins aux auteurs d'agressions sexuelles dans le cadre de la loi du 17 juin 1998*. Renseignements et inscriptions : Mme Rat, ASM 13, 76 avenue Edison, 75013 Paris. Tél. : 01 40 77 43 18.

10 avril 1999. Annecy. Colloque autour de l'œuvre de Joyce Mac Dougall avec sa participation organisé par le Cercle d'Etudes psychanalytiques des Savoie, l'Association grenobloise de psychanalyse, le Groupe Lyonnais et la Société Psychanalytique de Paris. Renseignements : Jacques Dufour. Tél. : 04 79 60 30 57. Fax : 04 79 60 31 90.

5 au 7 mai 1999. Besançon. XXI^{ème} Colloque A.I.R. sur le thème : *Approches corporelles et structuration neuromotrice*. Renseignements et inscriptions : A.I.R., 6 boulevard Diderot, 25000 Besançon. Tél. : 03 81 50 00 44. Fax : 03 81 88 79 18. E-mail : air@mail.fc-net.fr. Site web : <http://web.fc-net.fr/air>.

17 au 19 mai 1999. Paris. 5^{ème} Rencontre Nationale des C.M.P. sur le thème : *Prévention primaire, action socio-culturelle et santé mentale*. Renseignements et inscriptions : ERAP, 2 rue Alphonse Karr, 75019 Paris. Tél. : 01 40 03 77 65. Fax : 01 40 03 77 60.

27 et 28 mai 1999. Villejuif. Journées de réflexion organisées par l'Association Accueils et les CEMEA (Centres d'Entraînement aux Méthodes d'Education Active) sur le thème : *La question du début des soins en psychiatrie "au risque du soigneur"*. Renseignements et inscriptions : CEMEA, 76 bd de la Villette, 75940 Paris Cedex 19. Tél. : 01 40 40 43 67. Fax : 01 40 40 43 19. E-mail : daridp@aol.com.

28 mai 1999. Lille. *Grossesse et alcool*. Séance régionale organisée conjointement par la Société française d'alcoologie et le Groupe régional d'alcoologie. Renseignements : Secrétariat général de SFA, Rédaction de la revue *Alcoologie*, Pr. Jean-Dominique Favre, 101 avenue Henri Barbusse, 92141 Clamart Cedex. Tél. et fax : 01 41 46 69 51.

28 et 29 mai 1999. Marseille. *Violence et adolescence*. Colloque organisé par *Les cahiers de l'enfance et de l'adolescence* et Anthéa. Renseignements : *Les cahiers de l'enfance et de l'adolescence*, 33 rue de la Chapelle, 75018 Paris. Tél. : 01 42 09 99 18. Fax : 01 40 38 01 08.

29 mai 1999. Torcy. Colloque annuel de l'Association de la cause freudienne Ile-de-France sur le thème : *Le traitable et l'intraitable dans la cure*. Propositions d'interventions, renseignements et inscriptions : Claude Quenardel. Tél. : 01 45 33 47 55.

2 au 6 juin 1999. Draguignan/Ramatuelle. *Les toxicomanies, les hépatites et le sida : les temps changent*. Colloque international organisé par la Société européenne toxicomanies-hépatites-sida. Renseignements : Docteur J.-M. Guffens, Secrétariat général des colloques THS, Le Vieux Mûrier, Route de Tahiti, 83990 Saint-Tropez. Tél. : 04 94 97 09 56 ou 52. E-mail : seths@nova.fr.

3 et 4 juin 1999. Lyon. II^{èmes} Rencontres d'Etudes de Formation et de Perfectionnement du GERART sur le thème : *Domiciles Psy... suite*. Renseignements et inscriptions : Groupe d'Etudes et de Recherches sur les Appartements Relais Thérapeutiques, Patrick Halmos, Centre Jean Wier, 5 rue Michelet, 92150 Suresnes. Tél. : 01 41 44 27 10. Fax : 01 41 44 28 58.

5 juin 1999. Paris. Journée du Centre International de Psychosomatique sur le thème : *La clinique du rêve*. Renseignements et inscriptions : CIPS, 56 avenue Mozart, 75016 Paris. Tél. : 01 42 30 99 41. Fax : 01 45 20 28 75. Secrétariat : mardi, jeudi, vendredi.

10 et 11 juin 1999. St-Etienne. *Vulnérabilité et droit au risque*. Congrès organisé par l'Association francophone des droits de l'homme âgé. Renseignements : Mme G. Chanut, OSPA, 28 rue Louis Braille, 42000 Saint-Etienne. Tél. : 04 77 47 40 52.

18 et 19 juin 1999. Lyon. Congrès National de la Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent sur le thème : *L'autisme en changement. Evolutions récentes sur le plan des concepts, des pratiques et de la recherche*. Renseignements et inscriptions : Marie-Christine Kozluk, Vanessa Grellier, IT-TAC, 9 rue des Teinturiers, BP 2116, 69616 Villeurbanne Cedex. Tél. : 04 72 75 53 20. Fax : 04 72 75 53 21. Internet : jacques.hochmann@ch-le-vinatier.fr.

24 et 25 juin 1999. Rennes. *Former en éducation pour la santé*. 2^e Colloque organisé par l'Ecole nationale de santé publique et le Comité français d'éducation pour la santé, l'Ecole de santé publique de Nancy et les pôles inter-régionaux de formation du réseau du CFES. Renseignements : ENSP, Jean-Claude Palicot, avenue du Pr Léon Bernard, 35043 Rennes Cedex. Tél. : 02 99 02 22 00. Fax : 02 99 02 26 28.

13 au 16 septembre 1999. Barcelone. IInd European Conference on psychotherapy organized by the Association of European Psychiatrists (AEP), section of Psychotherapy. Organizing secretariat : Grupe Geysco, SL, c/Marina 27, 08005 Barcelona (Spain). Tél. : 34 93 221 22 42. Fax : 34 93 221 75 05. E-mail : geysbcn@adv.es. www.geysco.com.

23 et 24 septembre 1999. Nice. Congrès National des SMPR-UMD. Renseignements et inscriptions : Dr Luc Massardier, SMPR, Maison d'arrêt de Nice, 12 rue de la Gendarmerie. Tél. : 04 93 13 01 40. Fax : 04 93 92 10 64.

20 au 21 octobre 1999. Besançon. XXII^{ème} Colloque A.I.R. sur le thème : *Le repas en institution : trouver plaisir et confort en s'alimentant*. Renseignements et inscriptions : A.I.R., 6 boulevard Diderot, 25000 Besançon. Tél. : 03 81 50 00 44. Fax : 03 81 88 79 18. E-mail : air@mail.fc-net.fr. Site web : <http://web.fc-net.fr/air>.

18 et 19 novembre 1999. Albi. XXXI^{ème} Congrès du GEPS (Groupement d'Etude et Prévention du Suicide) sur le thème : *Suicide et violences : de l'individuel au collectif*. Renseignements scientifiques : Service d'Accueil des Urgences Spécialisées, Secrétariat, Fondation du Bon Sauveur d'Alby, 1 rue Lavazière, BP 94, 81003 Albi Cedex. Tél. : 05 63 48 49 50. Renseignements et inscriptions : Mme Yolande Dejean, Secrétariat central, Fondation du Bon Sauveur d'Alby, 1 rue Lavazière, BP 94, 81003 Albi Cedex. Tél. : 05 63 48 48 36.

1^{er} au 3 décembre 1999. Castres : Symposium international organisé par l'Institut de Recherche Pierre Fabre sur le thème : *Molecular genetics of mental disorders : the place of molecular genetics in basic mechanisms and clinical applications in mental disorders*. Secrétariat du symposium : Mme Corine Leroy, Carte Blanche, 19 rue Mahuziès, 81100 Castres. Tél. : 05 63 72 31 00. Fax : 05 63 72 30 32. E-mail : cbo@carte-blanche.fr. Pour les renseignements scientifiques : Institut de Recherche Pierre Fabre, Parc Industriel de la Chartreuse, 81106 Castres Cedex. Tél. : 05 63 71 45 01. Fax : 05 63 72 50 66. E-mail : brileym@pierre-fabre.imagnet.fr ou sur le site web de l'Institut de Recherche Pierre Fabre, <http://www.entretiens-du-carla.com>.

LE JOURNAL

DE
NERVURE

S'abonner

pour recevoir la formule complète :

REVUE + JOURNAL
+ FORMATION MÉDICALE CONTINUE

300 F* pour un an • 500 F* pour 2 ans (10 numéros par an)

*supplément étranger et DOM//Tom • 200F/an

Je m'abonne pour :

 1an 2 ans

Nom :

Prénom :

Adresse :

CHÈQUE À L'ORDRE DE MAXMED à envoyer avec ce bulletin, 54 boulevard de la Tour Maubourg, 75007 Paris.

 Je souhaite recevoir une facture acquittée justifiant de mon abonnement