

# LE JOURNAL DE NERVURE

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° 5 - Tome XII - Juin 1999

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

BIOGRAPHIE

Laurence de Rosen

## L'odyssée de la conscience A propos de Descartes (1596-1650)

## LIVRES

### Bourreaux et victimes Psychologie de la torture

Françoise Sironi  
 Odile Jacob

La torture fait taire. C'est à partir de cette constatation, que l'auteur, psychologue, analyste de formation, a recherché les raisons du silence liant de façon définitive la victime à ses bourreaux. Décrite par ceux qui l'ont vécue comme l'événement le plus effroyable qu'il soit donné à subir, la torture crée une situation d'influence qui perdure bien au-delà des blessures infligées. Pour tenter de dénouer des situations ainsi figées dans le temps, Françoise Sironi s'est penchée sur l'originalité de la clinique des victimes de tortures. Qu'elle soit physique ou psychologique, la torture crée chez ses victimes des tableaux cliniques originaux, véritables entités nosographiques à part entière, qu'il serait réducteur d'assimiler à un syndrome de stress post traumatique. Les remaniements psychiques induits par la torture ont pour but de faire intérioriser à la victime ses tortionnaires, aboutissant à les rendre actifs de façon indéfinie.

Par quels processus obtient-on de telles manipulations mentales ? C'est la question à laquelle tente de répondre l'auteur en montrant les analogies entre la « fabrication » des tortionnaires et des victimes (déconstruction identitaire, anéantissement des repères culturels, transgressions des tabous, brouillage des repères sensoriels... aboutissant à un vécu de déshumanisation). Car c'est bien en tant que non-humain que sont vécues les victimes par leurs bourreaux. La thérapie classique analytique, s'attachant à dénouer les conflits intra-psychiques, risque de créer une situation d'influence proche de celle induite par les tortionnaires. En s'adressant directement au tortionnaire intériorisé, le thérapeute permet aux victimes de décrypter la façon dont ils ont été pensés sous la torture et, par là-même, de se libérer de l'intentionnalité malveillante.

Françoise Le Coz

### Liste des comptes du plan comptable hospitalier

Editions ENSP

Pour remettre les comptes à jour, cette nouvelle édition de la liste des comptes du plan comptable hospitalier intègre les dispositions du décret n°99-41 du 21 janvier 1999 fixant la nomenclature des comptes composant les groupes fonctionnels visés à l'article L. 714-7 du code de la santé publique.

La thèse que je vais développer est l'impact de l'inconscient de Descartes sur sa philosophie et tient à ma présence aux USA depuis quatre ans et, en particulier, dans mes études et pratiques professionnelles. Alors que Descartes est supposé être l'essence même de l'âme française, j'ai découvert l'importance du cartésianisme aux USA.

### DESCARTES LE SCIENTIFIQUE

Descartes a 23 ans lorsqu'il fit ses trois fameux rêves qui ont inspiré sa méthode. Il nous les décrit avec détails. Il en décrit par ailleurs d'autres. Après les avoir identifiés, il rationalise ce qu'il perçoit de son inconscient, de sa vie nocturne, de ses « fantaisies » diurnes. Manifestement influencé par son inconscient, il n'aura de cesse à la fois de le craindre et de le rechercher (combien d'heures a-t-il passé sur son lit allongé ?) de le contrôler et de lui échapper. Ignorer ces conflits c'est avoir accès au philosophe mais c'est oublier l'homme.

Jusqu'à 1628, année où il s'installe en Hollande (pour 20 ans) Descartes ne cesse de voyager en Europe, de découvrir le monde, d'organiser ses rencontres, de forger sa pensée. Bien que changeant fréquemment de résidences et bien qu'étant à l'étranger, il reste en contact avec les grands de son temps. Ses premiers écrits ne sont pas philosophiques mais scientifiques. Il s'intéresse aux mathématiques (géométrie), à l'optique (découverte des lois de la réfraction), à la physique (problème de la chute des corps), aux phénomènes atmosphériques, à la biologie (pratique de nombreuses dissections), à la fabrication de lunettes.

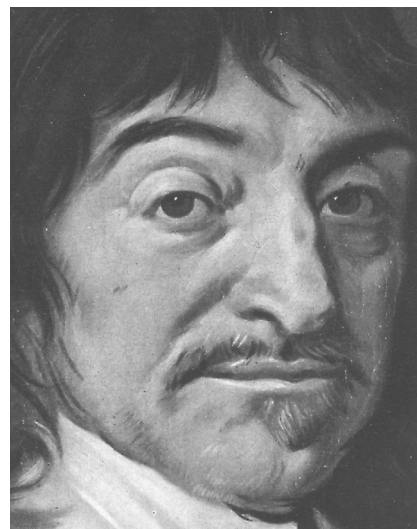
Ses écrits philosophiques viendront par la suite. *Le Discours* publié en 1637, sans nom d'auteur et en français de façon à ce que « même ceux qui n'ont point étudié les peuvent entendre » ne contient qu'un aperçu de la métaphysique cartésienne et les essais scientifiques qui l'accompagnent ne sont que des échantillons.

En avril 1640, Descartes a 44 ans, le manuscrit latin des *Méditations* est achevé et a commencé à circuler. Descartes est curieux de toutes les objections qu'on peut lui faire et il les publiera, accompagnées de ses réponses, à la suite du texte des *Méditations*. Descartes n'eut pas toujours des relations faciles avec les théologiens (catholiques et protestants). En 1632 *Le Monde* qui traitait du mouvement de la terre ne fut pas publié car il soutenait les mêmes thèses que Galilée qui venait d'être condamné par le Saint-Office à Rome. Avoir l'approbation de l'Eglise pour Descartes était à cette époque, et encore du temps des *Méditations*, importante.

Le texte des *Méditations* était précédé d'une

lettre, adressée par Descartes, « aux très savants et très illustres doyens et docteurs de la sacrée faculté de théologie de Paris », car Descartes était très soucieux d'obtenir l'adhésion de la Sorbonne à ses thèses. Ce souci de séduire les théologiens officiels explique aussi, sans doute, que Descartes ait écrit les *Méditations* (1640) en latin dans un premier temps puis traduit en français en 1647 (le français n'étant pas considéré comme une langue savante) et qu'il ait annoncé dans le titre une démonstration de « l'immortalité de l'âme » qui, à la vérité, est absente du texte (le titre de l'édition de 1642 parlera seulement d'une démonstration de « la distinction de l'âme et du corps »).

Les *Méditations* (Avril 1640) traitent exclusivement de la métaphysique bien que Descartes reconnut que sa physique en était inséparable.



La notion de philosophie chez Descartes est inséparable de la notion de méthode. Il s'agit, au départ, de mathématiques et c'est à partir de mathématiques que s'élabore la « Méthode Universelle ». Selon la démarche cartésienne, l'exemple des mathématiques montre que la raison humaine est capable de parvenir à la vérité. Le savoir mathématique est, avec Descartes, un modèle de rationalité. Ce qui l'intéresse dans les mathématiques c'est la méthode qu'elles mettent en œuvre et qui permet d'aboutir à la certitude. Et l'illumination de la célèbre nuit du 10 novembre 1619 semble bien concerner une méthode pour découvrir la vérité plutôt que la découverte de telle ou telle vérité.

A ce stade, la science de Descartes est représentée par des calculs et la « *Mathésis Universalis* » permet de chiffrer le monde, de quantifier, de contrôler.

« Qu'y a-t-il en effet dans l'esprit de l'homme sinon des nombres et des quantités. C'est

cela seulement que nous percevons correctement ». Si la notion d'ego a évolué chez Descartes, au début, au moment du *Discours de la méthode*, c'est un ego surpuissant à ce stade : c'est la souveraineté d'un ego conscient. On parlera d'un ego archaïque, c'est à dire sans grande nuance quant à sa composition et pas encore confronté à la réalité extérieure. C'est l'ego que l'on peut rencontrer chez un enfant de deux ans.

### DES MATHÉMATIQUES À LA MÉTAPHYSIQUE

Descartes avait un vrai souci de ne pas perdre de vue le réel. Nous savons qu'il était lui-même un observateur et un expérimentateur. Il pratiquait la dissection et il était persuadé de savoir plus d'anatomie qu'un médecin. Et dans la 6<sup>ème</sup> partie du *Discours de la méthode*, se trouve proposée la définition d'une philosophie nouvelle, orientée vers l'action plutôt que vers la contemplation. C'est ce souci qui le conduit à ne pas se contenter d'une physique purement déductive et à faire appel à l'expérience.

Descartes ne met nullement en doute la vérité mathématique. Au contraire, c'est en partant de l'idée que les mathématiques sont vraies qu'il va définir les conditions dans lesquelles on peut parvenir au vrai. C'est en réfléchissant sur les opérations de l'esprit qui conduisent le mathématicien à la certitude que Descartes va introduire sa notion de doute méthodologique.

Le doute a pour objet de nous mettre en présence de l'évidence : *l'évident c'est ce qui résiste au doute*. Le doute méthodologique de Descartes est un remède, au doute sceptique.

On peut résumer la démarche cartésienne ainsi : l'exemple des mathématiques nous montre que la raison humaine est capable de parvenir à la vérité, à la condition de ne se fier qu'à l'évidence. L'évident est ce qui s'impose à nous de telle sorte qu'il nous soit impossible d'en douter. C'est donc en commençant par douter de tout que nous découvrirons l'évidence et que nous pourrions parvenir à la vérité. L'expérience du doute va renforcer le moi quant à sa force de penser. C'est un moi tyrannique dans la mesure où il veut tout comprendre et tout savoir. Or, ce que Descartes découvre dans l'exercice du doute c'est que sa puissance de douter n'est pas douteuse.

A ceux qui objectent à « je pense donc je suis » qu'on pouvait aussi bien dire « je respire donc je suis » ou « je me promène donc je suis », Descartes répond que ni la respiration, ni la promenade n'échappent au doute mais que si je pense et que je respire ou que si je pense et que je me promène, alors il est

## LIVRES

**La Thérapie familiale en changement**

Sous la direction de Mony Elkaim  
*Réédition dans la série de poche "Déjà classique !"*

*Les Empêcheurs de penser en rond*

Sous la direction de Mony Elkaim, voici rassemblés de nouveau des textes qui concernent le champ des thérapies familiales et son environnement théorique. La première partie correspond à des contributions de cliniciens réputés. Leur diversité montre les évolutions potentielles et les écartèlements, depuis l'approche stratégique classique jusqu'à la dissolution narrative. La deuxième partie, théorique, met l'accent sur la question de l'émergence de l'observateur en psychothérapie et dans les sciences en général. L'entrecroisement de ces différents domaines, par leurs spécialistes respectifs, suscite, entre eux et à travers la lecture, une perspective multidisciplinaire stimulante à propos de l'épistémologie, de l'éthique et de la responsabilité de l'observateur. Ouvrage à recommander, donc, y compris à ceux qui ne sont pas des « adhérents » exclusifs du modèle systémique, mais à qui s'intéresse à la psychothérapie en général et à la philosophie des sciences.

S. Kannas

**Mesmer et son secret**

Jean Vinchon

Présentation de Raymond de Saussure

*L'Harmattan*

La vie, la personnalité comme l'œuvre de Mesmer sont restées objets de fascination et de scandale. Belles dames et petits messieurs, nobles et communs, se pâmaient autour de son « baquet » et succombaient aux effets de ses « passes magnétiques » dans l'harmonie équivoque de leurs convulsions partagées. Si les théories « fluidiques » du médecin autrichien furent frappées de censure scientifique par les commissaires royaux (dont Lavoisier et Franklin), ses méthodes, qui préfiguraient la pratique de l'hypnose, gardèrent des partisans, de Puységur à Charcot et leur suite. Il ne fait désormais aucun doute que le « mesmérisme » appartient à la préhistoire de la psychothérapie et aux antécédents inavoués de la psychanalyse, d'où l'intérêt de cette réédition.

**Une responsabilité de santé publique ?**

Christian Hervé (Ed)

*Les dossiers d'Éthique Médicale, volume 1/98*

Dans la santé, les professionnels, des industriels aux prescripteurs, jusqu'au « délivreurs » et « contrôleurs vigilants », participent à une chaîne de santé publique, l'objectif étant la prise en charge du patient. Voilà pourquoi il a été demandé à des industriels et des utilisateurs de participer à des interfaces, dans une réflexion éthique commune sur les enjeux de responsabilité liés aux nouvelles technologies appliquées au domaine de la santé. La recherche des responsabilités individuelles et collectives, et de celles inhérentes aux décisions de santé publique, peut faire naître un concept de « responsabilité de santé publique », pris au sens large, comprenant le monde de la production industrielle, et incombant à tous, quels que soient leurs intérêts, y compris s'ils déclarent ne pas en avoir. Ces aspects ont été cernés lors du colloque « L'éthique managériale » qui a posé la question du développement, dans l'Université, de ponts avec les promoteurs des nouvelles technologies appliquées à la médecine et à la santé.

## BIOGRAPHIE (suite)

indubitable que je suis. C'est toujours de la pensée et non de son objet que l'on peut inférer ou conclure l'existence. La découverte du cogito c'est la prise de conscience du sujet pensant. Voilà un sujet rivé à son activité de penser et exclusivement à elle comme jamais auparavant aucun savoir, n'avait osé le présenter : un sujet coupé du monde. En d'autres termes, cette existence est celle de la pensée même. C'est un ego pensant qui ne dépend que d'un acte : celui de penser. Le moi n'est qu'un dans la mesure où il ne fait que penser et n'a jamais à faire qu'à des pensées. L'univocité du savoir ainsi engendré par le cogito, produit, ipso facto, l'univocité de l'être.

Le sujet (en latin ego) est toujours présent, et au temps présent, dans les analyses que Descartes consacre au cogito. « *Ego cogito ego sum* » (Discours de la méthode, Ego sum, ego existo méditations). Ce n'est pas la pensée en général qui est l'objet d'une expérience immédiate, c'est un moi pensant et c'est à partir de cette expérience personnelle que Descartes va définir l'esprit humain : « *je ne puis me connaître que comme une chose qui pense* ». « *Et c'est en ce sens que l'esprit humain est plus aisé à connaître que le corps pour du moins ceux qui se sont suffisamment exercés à séparer l'esprit des sens. Car il n'est sans doute pas facile de parvenir à la connaissance de l'esprit mais cette connaissance est la plus sûre de toute* ».

Le sort du cogito partage les propositions mathématiques : leur évidence s'impose et relève d'une connaissance rationnelle. Tandis que la connaissance sensible a pour matière des idées qui semblent être étrangères et versées du dehors. Sentir n'est pas connaître et, à proprement parler, il n'y a pas, pour Descartes, de connaissance sensible. C'est l'effacement du monde perçu « *je fermerai maintenant les yeux, je boucherai mes oreilles, je détournerai tous mes sens, j'effacerai même ma pensée, toutes les images des choses corporelles* ». Impossible donc de me fier à l'évidence de la perception. Ce sera seulement à partir des idées elles-mêmes que je pourrai me persuader de leur existence. Le sensible pose des problèmes mais nous ne pouvons espérer les résoudre que si nous les mettons en équations, donc si nous chiffons les données sensibles pour les homogénéiser et pouvoir, ainsi, les soumettre au calcul. Il n'y a donc, pour Descartes, rien de clair ni de distinct dans la connaissance du sensible. Rien de ce qui relève des sens ne constitue une connaissance véritable. Prenez l'exemple du soleil, continue Descartes. L'idée du soleil que je trouve en moi et qui tire son origine des sens, me représente un soleil extrêmement petit. Cette idée est certainement moins vraie que cette autre idée du soleil venant de l'astronomie et qui me représente un soleil plusieurs fois plus grand que toute la terre.

Les impressions sensibles ne sont que des signes, les sens signifient, ils ne font pas connaître. Descartes ne les méprise pas car ils peuvent, avec l'imagination et la mémoire, aider à connaître, mais il ne font pas connaître. En disqualifiant les sens comme source de connaissance, on est conduit à ramener la réalité du monde à ses dimensions quantitatives.

Les respirations sensibles ne sont donc pas sources de connaissances vraies. Celles-ci ne peuvent être que l'œuvre de la raison. On comprend dans ces conditions que Descartes insiste sur la nécessité de s'exercer « *à détacher l'esprit des sens* ».

Au dualisme métaphysique fondé sur l'analyse de l'âme et du corps, s'oppose chez Descartes une sorte de fusion psychologique fondée sur l'expérience d'une âme rivée à un corps, si mêlé l'un à l'autre que l'on peut les

**5<sup>E</sup> JOURNÉE SCIENTIFIQUE UNIVERSITÉ LOUIS PASTEUR - CNRS - LILLY**

La faculté de pharmacie de l'Université Louis Pasteur Strasbourg a accueilli la « 5<sup>e</sup> Journée Scientifique Université Louis Pasteur, CNRS, Lilly », le mardi 11 mai à Illkirch. Cette rencontre s'inscrit dans le cadre de la convention tripartite quinquennale renouvelée le 8 février 1996 à Strasbourg et qui associe les trois partenaires dans leurs efforts de recherche fondamentale jusqu'à l'an 2000. Cette convention, financée par les laboratoires Lilly à hauteur de 15 millions de Francs, consiste en un programme de bourses post doctorales portant plus particulièrement sur le Système Nerveux Central et la pharmacochimie.

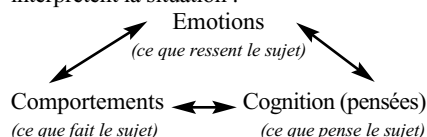
Trois principes essentiels régissent cette collaboration : il s'agit exclusivement de recherche fondamentale, les résultats doivent être publiés, les inventions issues de l'accord sont propriétés de l'Université Louis Pasteur et du CNRS.

Chaque projet est copiloté par un chercheur du CNRS et de l'Université Louis Pasteur et un chercheur Lilly qui ont des contacts réguliers et se rencontrent de façon plus formelle tous les deux ans au cours de « Journées Scientifiques » lors desquelles ils font le point sur les travaux en cours et montrent l'état le plus avancé de leurs recherches.

Ce partenariat s'inscrit dans la stratégie de Lilly de renforcer ses ressources propres par des collaborations externes de recherche. A ce titre, la première convention (1990-1995) a permis d'acquérir une meilleure compréhension de problèmes médicaux comme les déficiences de la fonction cognitive, la mort cellulaire par ischémie et les troubles de la coagulation. Ces travaux ont donné lieu à une cinquantaine de publications et au dépôt de deux brevets. ■

P.C.

différencier. La physiologie n'est, pour Descartes, qu'une partie de la physique. Ce qui est vrai des corps en général est aussi vrai des corps vivants. C'est dire que les mouvements d'un corps vivant relèvent de la même explication que tous les autres mouvement c'est-à-dire selon les règles des mécaniques qui sont les mêmes que celles de la nature. C'est, par exemple, par la machine de notre corps que vont s'expliquer les passions. Descartes veut traiter en physicien bien qu'elles soient comme le dit le titre de son traité, des passions de l'âme. Ainsi les passions de l'âme correspondent à des actions du corps. Cette correspondance est, pour ainsi dire, matériellement assurée par une petite glande qui se trouve au centre du cerveau la glande pinéale (épiphyse de l'anatomie moderne). La liaison qu'établit la glande pinéale entre le corps et l'âme ne se fait pas seulement dans le sens d'une action du corps sur l'âme ; la glande pinéale peut aussi être mue par l'âme, ce qui signifie qu'en modifiant nos pensées nous pouvons modifier notre corps. Descartes s'est guéri de la maladie qui minait sa jeunesse en s'efforçant de, toujours, regarder les choses qui se présentaient du biais que lui les pouvait rendre plus agréables. Ceci est possible parce qu'il y a, par l'intermédiaire de la glande pinéale, interaction et correspondance entre les états de l'âme et les états du corps. Nos pensées influencent notre comportement ou, plus exactement, nos émotions proviennent plus de notre façon de voir les choses que des choses elles-mêmes. Je ne résiste pas à faire le lien avec ma pratique de thérapeute cognitif que j'ai au centre de thérapies cognitives du Beck Institute. La thérapie cognitive est basée sur le modèle cognitif pour qui les émotions et le comportement d'une personne sont influencés par la perception que cette personne a de l'événement. Ce n'est pas la situation elle-même qui détermine ce qu'une personne sent mais bien plutôt la manière dont cette personne va analyser cette situation d'où l'intervention des pensées déformées et l'importance de trouver des alternatives raisonnables à ses pensées non fondées sur la réalité objective. Imaginez, par exemple, une situation où plusieurs personnes lisent un texte de base cognitive thérapie. Ils auront des réactions assez différentes face à cette situation, réactions basées sur ce qui se passe dans leur esprit. Donc la façon dont les gens sentent est associée à la façon dont ils interprètent la situation :



Mais là s'arrête la comparaison. Car Descartes est resté dans un modèle dyadique (l'âme et le corps) et n'est pas entré dans un modèle tridimensionnel cognitif. Il a bien fait une tentative de conceptualisation de la perception parce qu'il appelle l'imagination qui n'est autre que la pensée liée au corps. L'imagination n'est pas fiable en elle-même et ne peut être fiable que comme une pensée tournée vers le corps. L'idéal de la conduite de Descartes est une conduite rationnelle. L'imagination, comme la perception, ne sont que probabilité et non certitude. L'homme, n'est pas un pur esprit ; c'est une âme unie à un corps et cette union incompréhensible aux yeux de Descartes rend définitivement impossible la constitution d'une morale.

**L'INCONSCIENT CHEZ DESCARTES**

« *Sur ce qui est incertain, on ne peut rien construire de solide, je continuerai toujours dans ce chemin, continue Descartes, jusqu'à ce que j'ai rencontré quelque chose de certain ou du moins, si je ne puis autre chose, jusqu'à ce que j'ai appris certainement qu'il n'y a rien au monde de certain* ».

Cet idéal intellectualisé est souligné par l'importance extrême que Descartes accorde à la lucidité : il faut voir clair, la connaissance de la vérité vaut mieux que l'ignorance. Cet idéal est partagé par les psychanalystes. Là où il n'est plus suivi par ces derniers, c'est par les moyens qu'il met en œuvre pour atteindre cette connaissance, La cure psychanalytique ne marche pas selon l'ordre des raisons. La cure psychanalyste travaille sur « *ce qui reste sans raison* », sur ce que Descartes nous a laissé d'opaque, c'est à dire incompréhensible pour l'entendement. L'entreprise de la cure n'est pas rationnellement sélective et cherche à jouer, en partie, sur ce qu'elle ne sait pas.

Le moi sur lequel nous, psychologues et psychanalystes français travaillons est un moi troublé, conflictuel. Et ce sont ces conflits entre le corps et l'âme qui font sa raison d'être. Le moi cartésien est un sujet pensant et donc conscient. Le « moi moderne » est un moi fait de conscience mais aussi de ce que Descartes tentait d'éloigner le plus possible de lui-même, à savoir l'inconscient. Pourquoi, diable, Descartes craignait-il tant son inconscient ? Et comment a-t-il dépassé cette crainte pour devenir créateur et fondateur des nouvelles sciences de son époque ?

Notons que Descartes a perdu sa mère alors qu'il avait 13 mois. Il n'a pas eu trop de toute la science physique de son époque et de son génie pour édifier le plus étanche des rem-

Suite page 11

# Le passage à l'acte : aspects cliniques et psychodynamiques\*

Il me faut d'abord avouer plusieurs préjugés favorables à l'égard de ce livre, son thème, ses géniteurs multiples, et surtout son lieu de germination et d'éclosion, l'Institut Pinel, le « caisson » du système de soins psychiatriques québécois. On y pratique en effet ce que j'appellerais le troisième niveau de plongée ou la pratique psychiatrique en « caisson ». Psychose, Violence, Perversité et Abjection : la quadrature amplificatrice du Cercle, s'y retrouve et s'y referme, pour le meilleur et pour le pire. Il faut surveiller de près les écritures émanant du « caisson » de Pinel, un lieu de pratique et de plongée à la fois fascinant et troublant : là où le bât blesse à mort, là où la parole et le sens, lâchent prise. Là où on risque aussi de déraper.

J'ai le pardon large et la probation facile pour les gens de Pinel qui osent écrire ou devenir délateurs, du pareil au même. Quelques publications fort intéressantes y ont déjà été commises<sup>(1,2)</sup> : je les ai relues, pour mieux situer cette dernière écriture dans une continuité. Pour ceux qui oeuvrent à Pinel, la barre est haute. « *Ma plus grande satisfaction, avait récemment<sup>(3)</sup> le Docteur Lionel Béliveau annonçant sa retraite, c'est d'avoir réussi à monter une équipe avec une expertise comme on retrouve nulle part ailleurs au monde* ».

Parcourons ce livre collectif ambitieux, cohérent, instructif, généreux, un peu panaché, inquiétant et frustrant, à divers égards. Deux thèmes majeurs y circulent, en filigrane, ou en refrain, à travers ce collectif à quinze voix, rien de moins, comme dans les missions impossibles :

- l'énigme de l'agir violent ou pervers du fou et la non moins énigmatique et violente quête de sens du psy et des gens qui gravitent autour,

- le difficile et fascinant essai d'arrimage, pas toujours réussi, entre le geste insensé de l'un, le dit patient, et la parole dite sensée de l'autre, le thérapeute.

La préface de Michel Lemay enchâsse de façon remarquable la violence du patient identifié à l'intérieur d'une problématique humaine beaucoup plus globale. « *La violence n'est ni une pathologie éloignée de nous-mêmes, ni une fatalité sociale hors de notre responsabilité mais la résultante des sécrétions morbides de nos complaisances individuelles additionnées* », écrit-il.

Pédopsychiatre, Lemay est très sensible à la violence intergénérationnelle dont les enfants font les frais. Personne ne peut s'en laver les mains. La vie est et fait violence. Cette préface fait aussi fonction d'épilogue, d'ailleurs manquante à mon avis, et vient remettre, dirait Bruegel, la « *violence fondatrice* » dans sa juste place, dans le vaste monde, comme il se doit. L'introduction de Frédéric Millaud est claire, incisive, bien structurée, comme l'ensemble du livre. Ce livre collectif fait suite à un séminaire de six années autour du « passage à l'acte », un séminaire qu'il co-animaient avec une collègue psychologue, Monique Tardif ; on y retrouve aussi divers invités bien choisis. De là, la cohérence d'approche et du contenu, et aussi ses limites.

« *Le passage à l'acte implique une évacuation totale ou quasi totale de mentalisation, de mise en sens par le patient de ce qu'il agit*... C'est le leitmotiv de base du livre. « *Cette multiplicité de facettes étiologiques des passages à l'acte nous entraînerait dans un ouvrage tout à fait écorme s'il en détaillait chacune d'elle. Aussi nous limiterons-nous à certains aspects dynamiques et cliniques, en particulier dans une perspective phénoménologique et psychanalytique* », écrit Millaud.

On essaiera, continue Millaud, de trouver les « *lignes directrices auxquelles les cliniciens peuvent se référer (...)* pas de réponse unique

(...) *Les patients violents interrogent le fonctionnement personnel des soignants, les obligent à l'introspection, mais ils questionnent et mettent aussi à l'épreuve les structures institutionnelles* », reconnaît pertinemment Frédéric Millaud, chef du département de psychiatrie à Pinel. Il est bien placé pour le constater.

## Aspects théoriques généraux

Jean Bergeret, dans *Actes de violence : réflexion générale*, distingue la violence de base, instinct originaire, de l'agressivité plus personnalisée, plus érotisée. Pour lui, le passage à l'acte signe une détérioration de l'expression normale du fonctionnement mental. « *Ce qui importe n'est pas sa présence, la violence, mais le destin qui lui est réservé au sein de l'économie psychique de chacun* ». En matière de prévention primaire, les difficultés affectives des enfants sont de première importance.

Frédéric Millaud, dans *Le passage à l'acte : points de repères psychodynamiques*, insiste surtout sur le « *défaut de mentalisation* », différent selon qu'il s'agisse d'une structure psychotique, d'un aménagement limite ou d'une structure névrotique. « *L'irruption d'un agir témoigne donc avant tout d'une faille dans le système parole-action, mais ne peut être considérée a priori comme négative* ». Se référant à des travaux de Chasseguet-Smirgel et autres, Millaud réitère l'hypothèse d'une sorte de désir, chez les patients en agir, de « *retourner dans le ventre de la mère* »... dans un état où ne domine que le principe de plaisir. La consigne essentielle est d'être à l'écoute de ce que disent les patients par leurs agirs et d'essayer de décoder le mieux possible, avec eux, le sens de ce qu'ils mettent en acte, suggère Millaud.

Monique Tardif élabore autour des notions de la carence d'élaboration psychique, l'alexithymie, l'incapacité de tolérer les frustrations, l'acting out de transfert, le désir fusionnel des patients en agir. « *Leur discours est manquant, la parole n'est requise que pour remplir le vide, décrire les faits concrets de l'existence* ». Pourquoi l'agir ne serait pas un mode de communication en lui-même, aurait-on envie de lui demander, de nous demander ? Ne met-on pas trop d'accent sur la quête de sens, le discours, la parole, celle du patient et celle du thérapeute ?

Jean-Guy Lavoie suggère de rechercher dans l'histoire du sujet la motivation d'une violence aussi massive, aussi insensée. Il dégage certaines composantes du transfert chez le patient violent : le narcissisme défaillant, la culpabilité peu efficiente, l'omnipotence, le lien objectal perturbé, les mécanismes de défense primitifs. Le thérapeute doit s'appuyer sur un transfert de bon objet et doit « *survivre* » pour être internalisé par le patient. Wilfrid Reid fait un parcours fouillé du concept de contre-transfert d'abord perçu comme obstacle puis comme levier de la cure. Les formes les plus courantes de résistance contre-trans-

férentielle sont, à son avis, les suivantes : « *ne pas entendre, ne pas soutenir, ne pas se tenir à la bonne distance, ne pas tolérer un affect du patient, ne pas accepter que le patient ait un mode de fonctionnement ou le bombarder d'interprétations* ». Fin de la citation.

Chez Wilfrid Reid, on retrouve une position de vigilance et d'humilité que j'aime bien. Une absence étonnante de référence à l'oeuvre et la démarche de Julien Bigras. Une référence rapide (trop?) à l'oeuvre fondamentale d'Harold Searles<sup>(5)</sup>.

## Situations cliniques spécifiques

Loretta et coll., de la clinique psychiatrique de l'Université de Sassari, abordent le passage à l'acte homicide du schizophrène, à partir d'une étude de cinquante-deux sujets. Préjugés, données objectives, significations de l'acte homicide, récurrence, éléments de traitement et de prévention y sont présentés. Le clinicien acquiert divers outils pour l'évaluation, la compréhension, le traitement et le « *management* » de la violence. Ce travail réflète et rejoint très bien l'objectif principal du livre.

On retrouve la même approche dans *Le passage à l'acte du paranoïaque* de D. Zagury. On accompagne phénoménologiquement le passage à l'acte paranoïaque dans son « *échec de l'ordonnement du monde* ».

*Le passage à l'acte de l'état limite* (J. Bergeret), « *en augmentation fulgurante* », constate-t-il, est présenté, entre autres, à travers le filtre de la dépression. L'importance des « *modèles affectifs proposés par l'environnement familial, socio-culturel ou éducatif* » de ces patients est souligné.

*Le passage à l'acte parricide psychotique* (Zagury, Millaud), bien qu'assez rare, est fort troublant et intéressant comme illustration des difficultés inter-générationnelles. « *Ultime et radicale attaque contre les liens de filiation, contre l'œdipe, ce long cheminement vers la différence des êtres, des générations et des sexes, le parricide paraît comme un crime d'autoengendrement* » (Zagury). A l'enseignement des parricides, on a l'impression que patients et thérapeutes donnent leur langue aux chats ou aux chattes, comme s'ils avaient respectivement épuisé leurs munitions et outils d'explication ou de compréhension.

Un peu la même chose avec *Le passage à l'acte filicide*, travail de Renée Fugère et Renée Roy, psychiatres. Le clinicien ordinaire est moins souvent confronté à de telles problématiques déconcertantes. De là l'intérêt majeur de telles études fort prudentes sur le plan des généralisations. On y présente plus des vignettes de vie que des portraits robots et figés. A noter, à mon avis, de façon significative. Aucune expression picturale ou écrite, par des patients, dans tout le volume. *Le passage à l'acte incestueux et ses conséquences* (H. Van Gijsegem) est considéré comme un échec de « *la barrière contre l'inceste, à titre d'organisateur de la vie psychique* », on y retrouve, selon l'auteur, « *l'abolition de la distance intergénérationnelle* ». Diverses données paradoxales sur les supposés profils « *types* » des pères incestueux sont abordées ainsi que certains dangers de victimisation secondaire dans les approches thérapeutiques des « *victimes* ». Un autre rappel de vigilance.

*Un travail conjoint* (L. Brunet et D. Casoni) fait aussi part du passage à l'acte et impasses en psychothérapie. Les difficultés, pour les thérapeutes, d'assumer la nécessaire fonction et rôle de « *contenant psychique* » relèvent autant des thérapeutes que des patients. Passage à l'acte et institution de soins viennent clore le livre de façon un peu abrupte mais fort intéressante en reportant l'éclairage

sur l'« *institution (de soins) comme génératrice de violences* ». En bref, tous les dangers de la répétition des dysfonctions familiales se retrouvent dans le milieu de soins. Comment « *gérer la violence* » ? Poser la question, c'est déjà indiquer tous les dérapages possibles.

La « *diversité du cadre thérapeutique* », « *la diversité des soignants et des modalités d'approches* » (ce livre en est-il vraiment un bon exemple ?) devient fondamentale, comme prévention de la violence institutionnelle. Observation engageante et intéressante.

Quelques affirmations finales de l'auteur, pourtant prévenu et prévenant, semblent par ailleurs un peu déroutantes, sinon troublantes. « *C'est ainsi l'ensemble du dispositif de soin, du plus psychothérapeutique au plus psychiatrique, qui peut être pensé par référence au fonctionnement mental tel que la psychanalyse le conceptualise et demeure pour le moment la seule à le faire d'une façon qui prenne en compte passé et présent, monde interne et actualité de l'interaction, représentation et affect, et qui permette de penser leur articulation* ». J'en ai un peu la chair de poule.

## En décanation de lecture et relecture

Ce livre collectif est un portrait de famille, de pensée et d'approche, cohérent, consistant mais dans lequel je ne retrouve pas, du moins explicitement, plusieurs dimensions qui me sont pourtant précieuses, voire vitales, pour la saisie, la monstration, dirait Wittgenstein, des passages à l'acte, en pratique psychiatrique. Comme si le fait de parler, de mettre en mots, de discourir n'était pas lui-même un passage à l'acte aussi révélateur, significatif et suspect ?...

Ce livre nous incite et nous oblige à mieux nous formuler nos propres balises référentielles et c'est tant mieux. Que ceux et celles qui osent formuler les leurs en soient félicités.

Il est intéressant de voir comment un groupe de cliniciens, dans un milieu institutionnel donné, en arrivent à formuler, à manoeuvrer, à « *gérer* », à « *contenir* », à « *donner un sens* », à « *traiter* », à « *survivre* » finalement, dirait Searles, à des psychopathologies limites, « *pas faciles* » comme le rappelle le docteur Béliveau<sup>(4)</sup>. *Psychose, Violence, Perversités, Abjection* : de véritables tests projectifs et confrontants. Chaque livre émanant de Pinel est une sorte de « *porte ouverte* » pour un voyage plus complet au bout de soi. Je vous le recommande fortement. ■

Pierre Migneault\*\*

\* *Le passage à l'acte : aspects cliniques et psychodynamiques*, Frédéric Millaud et coll. Masson, Paris, 1998, 196 p.

\*\* Psychiatre-urgentologue, Hôpital Douglas, Montréal, fax: 514-888-4051. migpie.duglas.mcgill.ca

## Bibliographie

(1) JOCELYN AUBUT et coll., *Les agresseurs sexuels : théorie, évaluation et traitement*, Les Éditions de la Chenelière, Montréal, 1993, 328 p.

(2) Sous la direction de JOCELYN AUBUT, *Le rôle du témoin expert : détermination de la culpabilité chez l'agresseur sexuel*, Chenelière/McGraw-Hill, 1996, 174 p.

(3, 4) La Presse, Montréal, vendredi 23 et samedi 24 Janvier 1999

(5) HAROLD SEARLES, *L'effort pour rendre l'autre fou*, Éditions Gallimard, 1977, 440 p.

## Gérontologie, psychanalyse et déshumanisation

Evelyne Bertin  
L'Harmattan

A travers l'étude des changements au niveau de la société, de la famille, de la souffrance au travail et des nouveaux rapports au temps, ce texte traite de la déshumanisation de la vieillesse et de ses conséquences sur le plan psychique.

## LIVRES

**J'ai rêvé de l'hôpital**

Lalla Romano

Préface de Giulio Giorello

Traduit de l'italien par Danièle Valin  
*Rivages Poche*

Dans ce court récit sur une expérience extrême, celle de la personne face à l'institution, Lalla Romano, quatre-vingt treize ans, se met en scène pour raconter son séjour à l'Hôpital. Elle nous introduit dans ce monde intemporel où le sujet semble perdre son identité pour devenir un simple automate dont le mécanisme doit se soumettre aux impératifs d'un quotidien bien réglé, souvent incompréhensible et quelquefois absurde. Et même si, dans un premier temps, le malade s'efforce de garder son libre arbitre, il est le jeu de sa propre inquiétude face au diagnostic des détenteurs du savoir. Le système hospitalier absorbe inexorablement sa proie.

**Ne jette pas mes dessins à la poubelle**Daniel Oppenheim  
*Seuil*

Un enfant, semblable à n'importe quel autre, se confronte à une situation exceptionnelle : une tumeur cérébrale empiète sur son corps, ses capacités intellectuelles, sa vie quotidienne. Les ouvrages qui racontent le vécu d'enfants atteints de maladie grave sont souvent écrits par des soignants ou les parents... les adultes qui les entourent. Daniel Oppenheim, psychiatre et psychanalyste au département d'oncologie pédiatrique de l'Institut Gustave-Roussy livre le vécu de ce garçon, en restant au plus près du discours de l'enfant. Une trentaine de dessins, d'une grande force expressive, réalisés lors des entretiens entre l'enfant et le psychanalyste l'illustrent.

**Doit-on céder aux adolescents ?**Patrick Delaroché  
*Albin Michel*

Ce livre pour les parents, vient les aider à ne pas être déstabilisés, garder leur place, à concilier indulgence et autorité, à être vigilants sans être intrusifs, ni à l'inverse trop discrets. Car si l'amour est compréhensif, il implique aussi d'être ferme, et de supporter l'agressivité en retour de l'adolescent. Et parce que celle-ci peut être particulièrement pénible, les parents ont vraiment besoin d'encouragements.

**Les enjeux de l'interprétation en psychanalyse**

Joël Birman

Traduction Marie Dominique Grandy  
*L'Harmattan*

Joël relève que les conceptions de l'interprétation soutenues par les tendances de la psychanalyse contemporaine sont très éloignées du concept freudien. Cette diversité provient de plusieurs conceptions de l'acte de psychanalyser, forgées par les nombreux versants de la pensée psychanalytique post-freudienne. Ces différences sont tellement marquées que les diverses tendances du discours psychanalytique semblent issues historiquement de sources théoriques différentes. En constatant l'existence d'une véritable tour de Babel aux sein de la psychanalyse, l'auteur souhaite restaurer le sens primordial de la conception freudienne de l'interprétation, en dégagant ses transformations et les inflexions cruciales qui ont eu lieu au long du parcours freudien.

# Informations

## **Pénurie de praticiens : les psychiatres poussent un cri d'alarme**

Les huit syndicats de psychiatres français des secteurs public, associatif et privé, ont lancé un cri d'alarme, inquiets des réductions démographiques prévues dans leur profession, déjà très touchée par la pénurie de praticiens hospitaliers. Simultanément, ils ont dénoncé l'absence de politique en santé mentale.

Alors même que les Etats-Généraux de la santé ont mis l'accent sur l'importance des troubles psychiques, « *il apparaît incompatible que les pouvoirs publics aient programmé une réduction démographique drastique de la spécialité* », estiment les huit syndicats dans un communiqué commun, faisant référence à la réduction prévue par les projections de l'INED de 35% du nombre de psychiatres en 2020.

Le Journal Officiel annonçait déjà, début avril, 583 postes vacants de psychiatres hospitaliers pour 1999. En l'absence de création de postes de psychiatres des hôpitaux, le Syndicat des psychiatres des hôpitaux (SPH) prévoit, avec les départs en retraite, l'entrée dans un processus démographique négatif dès 2002, avec 56 départs en retraite pour 53 entrées potentielles en activité par an. Le déficit de postes vacants atteindrait le chiffre de 1893 en 2020. Le nombre de psychiatres serait ramené de 11 511 au 1<sup>er</sup> janvier 1997 à 7321 en 2020, en admettant que le quota d'admission actuel à l'internat soit maintenu à la valeur actuelle de 176 par an, d'après les éléments statistiques de diverses sources.

Selon les syndicats, la première mesure à prendre est « *d'augmenter dès cette année le quota de psychiatres en formation* », ne serait-ce que pour maintenir l'effectif à son niveau actuel. Etant donné le temps que prend la formation d'un psychiatre, cette mesure n'aurait d'impact que dans 5 à 6 ans, et en attendant, dans l'urgence, les syndicats estiment qu'il faut favoriser le post-internat.

## **Concours de l'internat (1999-2000) : 1 843 postes ouverts aux médecins, 385 postes aux pharmaciens**

Pour le concours de l'internat de l'année universitaire 1999-2000, 1 843 postes ont été ouverts aux médecins et 285 postes aux pharmaciens\*. Les 1 843 postes d'internes en médecine se répartissent ainsi : 685 pour les spécialités médicales, 286 pour les spécialités chirurgicales, 182 en anesthésie-réanimation, **176 en psychiatrie**, 148 en pédiatrie, 111 en gynécologie, 100 en médecine du travail, 90 en biologie médicale, et 65 en santé publique. Pour améliorer la démographie médicale en anesthésie-réanimation, gynécologie-obstétrique, et pédiatrie, le gouvernement a fait de ces spécialités des filières à part entière. Le Nord-Ouest (Caen, Rouen, Lille, Amiens) obtient le plus grand nombre d'internes avec 351 postes. Le CHU de Lille est particulièrement favorisé puisqu'il dispose de 170 postes au total et est, notamment, bien doté pour les spécialités chirurgicales (27 places), **en psychiatrie (18 places)**, et en anesthésie-réanimation (17 places). Le Nord-Pas-de-Calais est encore une région déficitaire en praticiens hospitaliers et médecins libéraux pour certaines spécialités.

L'Ile-de-France compte 337 postes, le Nord-Est (Strasbourg, Nancy, Besançon, Dijon, Reims) 281, l'Ouest (Brest, Rennes, Angers, Nantes, Tours, Poitiers) 273, et le Sud (Mont-

pellier, Marseille, Nice, Clermont-Ferrand) 234. La région Rhône-Alpes (Grenoble, Saint-Etienne, Lyon) obtient 178 postes dont 100 pour le CHU de Lyon, le Sud-Ouest (Bordeaux, Toulouse, Limoges) 177, et les DOM 12. Pour les internes en pharmacie, les 385 postes se répartissent ainsi : 125 en biologie médicale, 120 en pharmacie hospitalière et des collectivités, 70 en pharmacie spécialisée et 70 en pharmacie industrielle et biomédicale. L'Ile-de-France qui compte 103 postes reste la région qui recrute le plus d'internes en pharmacie. On compte ensuite 57 postes dans le Sud, 51 en Rhône-Alpes, 49 dans le Nord-Est, 47 dans le Nord-Ouest, 45 dans l'Ouest, et 33 dans le Sud-Ouest.

\*Arrêtés du 31 mars, fixant le nombre de postes mis au concours de l'internat en médecine et en pharmacie, au titre de l'année universitaire 1999-2000, Journal Officiel du 3 et 4 mai.

## **Toxicomanie : la consommation de cannabis se banalise chez les lycéens**

La consommation de cannabis chez les lycéens (15/19 ans) se banalise, un tiers des jeunes l'ayant déjà expérimenté, selon deux enquêtes rendues publiques par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies.

Le Centre d'analyse et d'intervention sociologique (CADIS) a conduit en 1997 une enquête sur les « conduites déviantes » (consommation de substances psychoactives) de près de 10 000 lycéens de province tandis que l'Institut national de recherche pédagogique (INRP), en collaboration avec l'Université Paris X-Nanterre s'est penché en 1998 sur les lycéens parisiens (875 jeunes interrogés dans un échantillon représentatif). 29,8% des lycéens de province et 34,4% des lycéens parisiens interrogés déclarent avoir consommé du cannabis dans l'année. La moitié d'entre eux se déclarent consommateurs réguliers (plus de 10 fois au cours des 12 derniers mois). La banalisation de la consommation est plus sensible à Paris, où 40% des jeunes interrogés ont expérimenté le cannabis.

La consommation d'ecstasy, de LSD et de cocaïne reste relativement faible mais est en hausse, l'ecstasy arrivant en tête avec 3% des jeunes l'ayant expérimenté. Les produits à inhaler (colles, solvants) sont les plus expérimentés après le cannabis, mais aussi à un niveau très inférieur (environ 5%).

Les enquêtes incluent l'alcool, dont la consommation reste stable depuis le début des années 1990 (46,5% de consommateurs occasionnels), avec une tendance à la hausse pour les consommations plus régulières (20%). Les ivresses répétées sont en hausse en province (où la consommation régulière est plus élevée qu'à Paris) : 27% des jeunes ont connu au moins 3 ivresses au cours de l'année, contre 17% en 1993. Le bilan est mitigé pour le tabac puisque les enquêtes montrent une diminution de la proportion de gros fumeurs (13% fument plus de 10 cigarettes par jour) mais un nombre de fumeurs réguliers en augmentation avec environ un tiers des jeunes.

L'usage de médicaments psychotropes « *contre la nervosité, l'angoisse ou pour mieux dormir* », toujours majoritairement féminin (deux fois plus important chez les filles que chez les garçons), est en augmentation, avec 30% des jeunes déclarant y avoir recours. Une analyse plus poussée des résultats de l'enquête du CADIS, distinguant les jeunes scolarisés en zones d'éducation prioritaire (ZEP) et les autres, montre que la consommation de cannabis, d'alcool et de tabac est moins forte dans les ZEP (19% des jeunes ont consommé au moins

une fois du cannabis contre 31% pour les autres). En revanche, pour tous les produits illicites, la proportion d'utilisateurs réguliers est la plus forte dans les ZEP : 2,1% contre 0,9% pour les produits à inhaler et l'ecstasy.

## **ANAES : les hospitaliers préoccupés par les critères de désignation des membres du collège d'accréditation**

L'Observatoire français de l'accréditation hospitalière (OFAH) s'inquiète des critères de désignation des membres du Collège d'accréditation de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). L'OFAH a été constitué, début 1998, par le Syndicat national des cadres hospitaliers (SNCH) et la Coordination médicale Hospitalière (CMH). Le ministère de l'Emploi et de la solidarité doit désigner avant l'été les 22 membres du collège d'accréditation (11 titulaires, 11 suppléants), sur une liste de 66 noms que l'ANAES doit lui transmettre. L'OFAH estime dans une communiqué que « *les critères exclusifs d'appréciation doivent porter sur l'expérience et la compétence des candidats* » et prendre en compte « *la représentation des différents secteurs professionnels* », plutôt que de répondre à une « *recherche illusoire d'équilibres politiques* ». De plus, la fonction de membre du Collège devrait être assurée, en continu, par le même représentant et non en alternance entre le membre titulaire et son suppléant, selon l'organisme. L'objectif de l'OFAH avec cette prise de position est de « *garantir au mieux la pérennité, l'indépendance et la qualité d'expertise du Collège d'accréditation, afin de placer sur un pied d'égalité l'ensemble des établissements de santé engagés dans cette démarche* ».

## **Les français satisfaits de la qualité de vie à l'hôpital, malgré quelques critiques**

Les Français se montrent majoritairement satisfaits de la qualité de vie en milieu hospitalier, même si certains soulignent l'existence de points critiques, selon un sondage IFOP réalisé pour la Fondation hôpitaux de Paris, Hôpitaux de France. L'enquête, réalisée auprès d'un échantillon représentatif de 1 052 personnes âgées de 15 ans ou plus, du 17 au 20 mars dernier, avait pour objectif de mesurer le jugement des Français sur la qualité de vie à l'hôpital, du point de vue des patients hospitalisés, des personnes ayant rendu visite à un proche hospitalisé, ou des personnes non exposées au milieu hospitalier.

Selon les résultats, 17% des personnes interrogées se disent « très satisfaites » et 68% « assez satisfaites », soit 85% des Français pour qui l'appréciation globale est bonne. Des éléments « *très matériels ou pratiques* » contribuent à ce satisfecit général, comme l'obtention du téléphone ou de la télévision dans les chambres, les horaires de visite ou la signalisation dans les établissements hospitaliers. En revanche, il existe des points sur lesquels les taux de mécontentement sont relativement élevés. Il s'agit, en particulier, de la mise à disposition de lieux d'accueil et d'hébergement pour les familles et les proches (51% d'insatisfaction), de l'information du patient sur le déroulement de son séjour (46% d'insatisfaction), de l'accueil aux urgences (40% d'insatisfaction) et de l'information et l'écoute des familles par les équipes soignantes (38%). Pour autant, étant « *difficile de séparer la qua-*

lité de vie à l'hôpital et la qualité des soins », les Français souhaitent avant tout, pour eux-mêmes ou pour leurs proches hospitalisés, la « prise en considération de la souffrance ». Les attentes s'appuient, ainsi, en priorité sur « le soulagement de la douleur » (64%), « l'information du patient » (38%), « le rapprochement avec la famille et les proches » (22%). Sont exprimés également les attentes pour l'environnement familial de ceux qui sont hospitalisés, comme un meilleure information (49%), des possibilités d'hébergement (40%), et un simplification des démarches administratives (31%). Pour améliorer la qualité de vie des enfants hospitalisés, le développement des chambres mère-enfant (39% des citations), et la création de maisons de parents (30%) sont demandées conformément aux principaux projets engagés par la Fondation. Pour les personnes âgées, les personnes interrogées insistent sur l'aménagement d'espaces de réception (30%) et sur la création d'ateliers de cuisine ou de jardinage afin de maintenir le plus possibles les conditions d'une vie quotidienne normale.

### Premier cas de maladie de Creutzfeldt-Jakob diagnostiquée dans les Antilles

Le premier cas de maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ) diagnostiquée dans les Antilles, en l'occurrence en Guadeloupe, a été décrit par des neurologues du CHU de Pointe-à-Pitre et des Hôpitaux Pitié-Salpêtrière et Lariboisière à Paris. « La MCJ, qui a une incidence d'un cas pour un million en Europe, n'avait jamais été rapportée dans les Antilles », indique D. Caparros-Lefevre et ses collègues dans le dernier numéro du Lancet\*. Cette absence de détection de la maladie ne serait pas due à une protection des Antillais, mais plutôt à un déficit de diagnostic. Les auteurs concluent que « la détection de ce cas est probablement liée à l'augmentation de l'intérêt pour la MCJ, en raison de l'apparition récente du nouveau-variant, supposé lié à l'encéphalopathie spongiforme bovine ». Le cas décrit correspond à une MCJ « normale », c'est-à-dire sporadique comme il en survient de façon rare mais régulière dans la population, sans qu'aucune cause puisse être identifiée. Les examens neuropathologiques ont montré que les caractéristiques étaient classiques de la MCJ. Il ne s'agissait pas d'un nouveau variant. La malade était une femme de 75 ans, qui a développé des symptômes cérébelleux du type chute et mouvements incontrôlés, ainsi qu'une désorientation, une apathie et une diminution des capacités cognitives. L'évolution a été rapide. L'examen neuropathologique a révélé l'état spongiforme.

\*Lancet, 1er mai, vol 353, p 1495-1496

### Pays de la Loire : deux syndicats interhospitaliers pour la psychiatrie d'ici l'automne 1999

Le projet de Schéma régional d'orientation sanitaire de psychiatrie pour la région Pays de la Loire prévoit la création de deux syndicats interhospitaliers (SIH), en Loire Atlantique et en Mayenne, d'ici l'automne 1999. Le projet de SROS 1999-2004 a été examiné par les cinq conseils départementaux de santé mentale (CDSM) et soumis jusque fin avril au conférences sanitaire de secteur, avant un passage en Comité régional d'organisation sanitaire et sociale (CROSS).

Le nouveau document précise les principaux points contenus dans les propositions d'orientations stratégiques communiquées au dernier trimestre 1998, et notamment une vaste réorganisation de la psychiatrie dans les départements afin de renforcer la coopération entre les hôpitaux.

Cinq objectifs sont fixés, pour le développement de la coopération entre les établissements spécialisés en santé mentale, les établissements de soins généraux, le secteur médico-social et le secteur social : la réhabilitation sociale du patient, la mise à niveau de la prise en charge des enfants et des adolescents, la coordination de la prise en charge de la dépendance psychique des personnes âgées et la participation aux actions de prévention (alcoolisme, suicide).

En Loire-Atlantique, le syndicat interhospitalier devrait comprendre 5 établissements hospitaliers publics et une structure privée à but non lucratif. Le directeur du CHS de Blain, Yves Bourvéau, doit rendre son rapport sur l'organisation du SIH en juin, pour une constitution en octobre.

En Mayenne, d'ici le 1<sup>er</sup> janvier 2002, l'offre de soins sera profondément remaniée, avec une diminution des lits d'hospitalisation complète, le développement des CMP et de l'hospitalisation de jour, avec un syndicat interhospitalier créé au 1<sup>er</sup> septembre 1999.

Le Nord du département (psychiatrie générale) sera assumé par le CH du Nord-Mayenne (situé à Mayenne), après sa fusion au 1<sup>er</sup> janvier 2001 avec le CHS de Mayenne. Le CH de Laval gèrera deux secteurs de psychiatrie générale et les deux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. La « clinique Sud », actuellement en cours de construction à Laval par le CHS de Mayenne, sera rattachée juridiquement au CH de Laval avant le 1<sup>er</sup> janvier 2001. Enfin, le CH du Haut-Anjou de Château-Gontier suivra un secteur adulte, grâce à un renforcement de ses moyens par redéploiement.

Dans le Maine et Loire, le projet de SROS semble condamner la communauté d'établissements envisagée entre le CHS de Sainte-Gemmes-sur-Loire, le CH de Saumur et le CHU d'Angers, en indiquant que « la loi

### LIVRES

#### Sans père et sans parole

Didier Dumas  
Hachette

Mai 1968, le mouvement féministe des années 70, la législation votée à l'époque (qui

n'autorise pas la constitution d'une communauté d'établissements relevant de secteurs sanitaires différents. A défaut et à minima, un accord cadre conclu par l'ensemble des partenaires de la psychiatrie départementale, y compris les établissements privés, doit définir un cadre pérenne de réflexion entre ces établissements, favorables au développement d'actions de coopération et au travail intersectoriel ». Toutefois, ajoute le projet de SROS, « cet accord n'est pas exclusif de relations plus formalisées et bilatérales entre les établissements d'un même secteur ou pour la gestion en commun d'une activité particulière ».

Le projet de SROS est moins précis sur la constitution d'un Etablissement départemental de santé mentale en Vendée, entre le CHS de La-Roche-sur-Yon, le CH de Challans, le CH de Fontenay et la Société vendéenne d'aide à la santé mentale.

Enfin, le CHS du Mans-Allonnes pour la Sarthe restera le seul établissement en charge de la psychiatrie du département, mais développera des collaborations avec les hôpitaux généraux.

En Loire Atlantique, Maine et Loire et Mayenne, un effort de création de structures pour enfants et adolescents est inscrit, avec, au CHU de Nantes, 30 lits (au lieu de 10 actuellement) dans l'unité intersectorielle, 10 lits de pédopsychiatrie et un centre de crise pour adolescents, 50 lits au Cesame de Sainte-Gemmes-sur-Loire, et 14 lits au CH de Laval (6 adolescents hors carte sanitaire et 8 en unité de soins intensifs).

En Vendée, ce sont des excédents qui doivent être redistribués avec la transformation de 64 lits pour enfants arriérés profonds et psychoses déficitaires graves de La-Roche-sur-Yon, en structure médico-sociale. Le Département des adolescents du CHS est par ailleurs incité à travailler avec les autres départements.

### Biogen réalise un film de paroles de patients atteints de la sclérose en plaques

Biogen a participé à la réalisation d'un film « Paroles de patients » qui présente le « quotidien » de trois patients atteints de sclérose en plaques, pour faciliter l'instauration du dialogue entre eux et leur entourage au sujet de leur maladie. Ce film de 58 minutes illustre la maladie par l'intermédiaire de Claudia, une jeune fille qui va bientôt se marier, Murielle, une mère de famille, infirmière de nuit qui souffre de ne plus pouvoir faire de ski et Joël, un agriculteur, qui malgré les difficultés à marcher, conduit seul son exploitation agricole. Malgré les difficultés rencontrées, Claudia, Murielle et Joël fourmillent de projets aussi bien professionnels que familiaux et gardent un discours optimiste. « Il faut se battre tous les jours, à chaque instant », insiste Murielle.

Biogen, qui commercialise l'interféron bêta-1a Avonex\* dans le traitement de la SEP, met le film à la disposition des médecins sous forme de cassette-vidéo. Il est destiné à être proposé au patient par son neurologue, au moment jugé psychologiquement le plus opportun pour l'aider à instaurer un dialogue avec son entourage, famille ou amis, sur sa maladie. ■

entendait garantir les droits des mères en cas de séparation) ont tout fait pour destituer la fonction et la figure paternelles. Ecartés par des mères toutes-puissantes sur leurs enfants, absents ou incapables de s'affirmer, ceux qui furent pères dans les années 60 ont, par leur démission, donné naissance à des fils et à des filles qui, à leur tour, ont du mal à vivre leur paternité ou leur maternité. Tel père dépossédé de son fils sent, au détour d'une rencontre avec un fils, un sentiment paternel authentique naître en lui : l'enfant fait bien le père, et non l'inverse. Telle jeune femme, élevée par une mère dominatrice et inhibée dans ses sentiments, reproduit avec sa fille des situations d'une violence extrême, faute d'avoir su donner un référent masculin à l'enfant... L'image du père relève d'un inconscient qui se transmet de génération en génération, immanquablement ; et c'est pour mettre en échec la fatalité de la reproduction (qui menace toute la génération actuelle des jeunes parents) que l'auteur a voulu écrire cet ouvrage.

Psychanalyste, Didier Dumas, a publié trois autres livres : *L'Ange et le fantôme* (Minuit, 1985), *Hantise et clinique de l'Autre* (Aubier, 1989) et *La Sexualité masculine* (Albin Michel, 1990). Ses principaux sujets d'études sont la sexualité en général (il travaille actuellement sur la sexualité des adolescents) et la psychanalyse d'enfants.

#### La propreté

Emmanuelle Rigon

#### L'appétit

Sylviane Bonnot-Matheron

#### La jalousie

Danielle Dalloz  
Bayard Editions

Ces petits livres de conseils pédagogiques pour les parents, appartiennent à une nouvelle collection, « La vie de famille » qui aborde chaque sujet du premier âge jusqu'à la préadolescence, offrant ainsi la possibilité de prévenir des difficultés qui pourraient s'aggraver en s'installant. Inspirée de Françoise Dolto, l'approche privilégie le dialogue, la confiance, le respect de l'autre. C'est vrai autant dans la manière dont les auteurs s'adressent aux parents que dans les conseils qu'ils leur donnent. Loin de culpabiliser, il s'agit de rassurer afin que les conseils deviennent recevables.

#### L'hypnose, blessure narcissique

Léon Chertok et Isabelle Stengers

Réédition dans la série de poche « Déjà classique ! »

Les Empêcheurs de penser en rond

Les auteurs montrent, en particulier, que l'ambition de Freud, au moment où il exclut l'hypnose et fonde la psychanalyse, a été de créer les conditions assurant la possibilité d'une approche expérimentale thérapeutique du psychisme humain. L'échec de cette tentative a été reconnu par Freud en 1937, mais Sandor Ferenczi en avait déjà tiré les conséquences et était revenu sur la coupure psychanalyse/hypnose. Un tel échec traduit le fait, douloureux pour le narcissisme humain, que la possibilité de l'expérimentation n'est pas un « droit » de la raison humaine, mais un événement, la découverte d'une possibilité de purifier et d'isoler un phénomène. C'est ce même problème que rencontrent les approches expérimentales contemporaines de l'hypnose. La singularité de l'hypnose est montrée alors qu'il s'agit moins d'un fait « en attente de théorie » qu'un fait mettant en question la position de « jugement sur la réalité » qu'une théorie vise à instituer.

### SYLLABUS GÉRIATRIQUE

Au printemps 98, à l'occasion du VI<sup>e</sup> Congrès International de Gérontologie Francophone qui se tenait à Genève, l'Institut Ipsen a mis à la disposition du corps médical français la première traduction en français du *Geriatrics Review Syllabus* américain, avec le concours de la Société Française de Gérontologie et du Collège des Enseignants de Gériatrie. Le *Geriatrics Review Syllabus* a été lancé voici presque dix ans par l'*American Geriatrics Society*, pour pallier la carence des médecins qui, aux Etats-Unis, n'ont pas eu d'enseignement universitaire de gériatrie. Le contenu du *Syllabus* apporte un enseignement répondant à une demande qui résulte de l'évolution de la démographie et de l'apparition de plus en plus tardive des pathologies au décours de la vie, sorte de décalage chronologique qui rend compte de l'augmentation de l'espérance de vie en santé. Il propose une médecine factuelle et pratique, basée sur des preuves et des évidences, qui aborde les grands chapitres de la pathologie. Un premier tirage de 7000 classeurs a été rapidement épuisé et un tirage est actuellement disponible\* sous la forme d'un seul volume de 500 pages. Très prochainement la totalité des questions qui constitue la base de l'homologation aux Etats-Unis suivra. Chaque médecin pourra ainsi s'autoévaluer et contrôler ses acquis. Différentes modalités de passation seront proposées. ■

B.L.

\*Fondation IPSEN, 24 rue Erlanger, 75016 Paris. Tél. : 33 01 44 96 10 10. Fax : 33 01 44 96 11 99.

## LIVRES

**Kierkegaard****L'Un devant l'Autre**

Jean Wahl

Préface et notes de Vincent Delecroix

Postface de Frédéric Worms

Hachette

Ce recueil rassemble la quasi-totalité des articles et conférences que Jean Wahl a consacré à Kierkegaard. Ils s'échelonnent des années 1930 aux années 1960. Certains sont inédits, d'autres introuvables, d'autres encore furent à la source des Etudes Kierkegaardiennes, publiées par Jean Wahl en 1938, qui introduisait ainsi Kierkegaard en France à l'heure où Kojève y commentait Hegel. Les articles, rédigés ou publiés après la guerre, témoignent de l'attachement continu de Wahl à Kierkegaard, et de son obstination à voir en lui le père de l'existentialisme. Ainsi restitués dans leur originalité et leur intégralité, ces textes proposent une lecture unitaire et multiple de Kierkegaard, où sont abordées toutes ses catégories essentielles : l'angoisse, l'instant, le choix, le paradoxe... On ne manquera pas, non plus, de retrouver dans ce face à face, dans cette « relation d'existence » entre deux hommes et deux pensées, le fil qui les relie à Emmanuel Levinas ou Gilles Deleuze, dont Jean Wahl fut aussi le maître.

**Les bases de la psychothérapie**

Michel Marie-Cardine et

Olivier Chambon

Dunod

Plus de quatre cents formes de psychothérapies existent actuellement. Cet ouvrage décrit les principaux facteurs communs propres aux différentes écoles, de manière à fournir un tronc commun aussi précis que possible. La démarche s'inscrit dans une logique intégrative et éclectique pour ménager un espace de communication et d'enrichissement mutuel entre les différentes écoles. Un premier volet aborde successivement le rapport au patient, les caractéristiques de la relation thérapeutique, ainsi que les notions d'évaluation et de planification du traitement. L'essentiel du livre détaille, avec de nombreux exemples cliniques et tableaux de synthèse, les applications techniques des facteurs communs des psychothérapies individuelles ambulatoires de patients non psychotiques.

**Hippolyte Taine et l'avènement du naturalisme****Un intellectuel sous le Second Empire**

Pascale Seys

L'Harmattan

Philosophe, historien, homme de lettres et de culture, Taine fut considéré en France, pendant près d'un demi siècle, comme la conscience de sa génération. Engagé dans les débats philosophiques, culturels et scientifiques de son temps, il fut le principal porte-parole d'une nouvelle vague théorique, accueillie comme une révélation par la génération de 1850, qui n'eut d'autre ambition que de « souder » les unes aux autres, les disciplines du monde moral et celles du monde naturel, créant de la sorte un nouveau paradigme : le naturalisme. L'émergence de cet « outil du siècle », comme l'appellera Zola, est inséparable de son contexte historique et fournit une grille d'analyse qui permet d'expliquer comment Taine s'est forgé une place originale au sein de la vague positiviste du XIX<sup>e</sup> siècle.

# Matinées

La fatigue du matin, fréquente dans les dépressions, est un prisme où la lumière trop évidente des réveils communs vient se décomposer. Il peut y avoir, chacun le sait bien, des réveils qui posent problèmes, aux matins des nuits de souffrance ou d'amour, aux lendemains des fêtes. Mais ces réveils, pour difficiles qu'ils soient, ne sont pas problématiques en eux-mêmes. Ils gardent en eux la puissance vectorielle de ce qui naît et tire vers l'avenir. La fatigue y est lumineuse. Dans la matinée dépressive, tout au contraire, le naissant hésite, oscille, le temps balbutie, la lumière est fatiguée.

Ceux qui n'ont pas connu ces matinées empoisonnées ont peine à comprendre pourquoi, diable !, les déprimés ne parviennent pas à prendre sur eux et, par de si beaux matins, ne se forcent pas à aller de l'avant. Leurs incitations bienveillantes ne font que surcharger la barque d'humiliation de celui qui voit si proche le rivage et ne parvient pas pourtant à donner le coup de rame salutaire.

Car il y a, entre la fatigue de bonne santé et la fatigue dépressive, cette fatigue en puissance, aussi peu de rapport qu'entre « le Chien constellation céleste et le chien animal aboyant » Leurs fantasmatiques, leurs topiques, leurs structures temporelles, leurs logiques, leurs dynamiques s'opposent point à point.

Ne pourrait-on pas aller jusqu'à se demander si le mot « fatigue » décrit bien ce qui est éprouvé dans ces matinées et, plus loin encore, si le mot ne ferait pas obstacle à la compréhension de ce qui s'y joue ?

**L'élan et le vertige**

Il n'y a pas de réveil ponctuel. Ce que dit nettement notre langue : l'éveil véritable est le Réveil, le re-éveil. La prise de conscience y est tout entière suspendue à sa reprise, le moment d'avant ne prend corps qu'inspiré par le moment d'après. Foncièrement, le réveil est un passage et une élévation : passage et élévation il est, de part en part et l'alternative stricte est donc : se re-éveiller ou se rendormir. La conduite du réveil enchaîne une série de gestes et d'actions. Il s'agit de passer de l'ombre à la lumière, du silence au bruit, du dedans au dehors, de l'horizontale à la verticale, d'hier à aujourd'hui. Mais ces passages ne peuvent se faire sans élan, ce mouvement d'arrière en avant par lequel le corps accumule l'énergie dont il a besoin pour franchir la barre et passer les caps, aux limites : recueillir les éclaboussures des rêves pour irriguer le jour ; chercher les portes et les fenêtres de la chambre close pour l'ouvrir au monde bientôt, ramener les derniers vestiges du soir passé, un livre ouvert ici sur la table, là sur la chaise un vêtement, et prolonger le sillage temporel de ces épaves vers l'avenir. Cette remise en ordre sollicite de la bienveillance du monde éveillé, à peine présent, les lignes de démarcation dont le recoupeusement tracera le cadre du sens nécessaire. Le chaos de la nuit est ainsi soumis à la question : Qu'est-ce qu'il en est de ce qui doit être ? De ce qui se fait jour, qu'est-ce qui doit vivre ? Dialogue de la norme et du fait, du possible et de l'être, de l'idée et du monde. Mais le monde ne peut fournir que les points, au mieux le pointillé de ces lignes. Le tracé, la construction des figures, incombe au sujet, le donneur de sens, seul capable d'injecter dans le monde le possible, la négation, ses transcendances ou ses dialectiques, comme on aimera mieux dire.

Le réveil est un élan. La fatigue du matin des déprimés, en revanche, un vertige. Au plus simple, le vertige est le malaise que l'on sent au creux du ventre lorsque le corps se jette dans le vide, et en même temps, se retient : le mouvement d'arrière en avant, du bas vers le haut que nous décrivions dans l'élan, s'y retrouve, mais il est alors renversé, désarçonné et privé de tout point d'appui. Le corps s'y crucifie entre des cinétiques contradictoires, absurdes et épuisantes.

Le réveil dépressif est vertige en ce sens. Cent fois, le corps s'élance et se retient de tomber, cent fois s'abîme dans des sommeils sans mesure et se convulse sous les chocs d'électrocutions oniriques. La dialectique du réveil ne parvient pas à tisser ses fils d'espace et de temps. Pas de trans-ascendance mais une grasse matinée de souffrance, un corps qui se tord, coudes au ventre, dents serrées, comme pour prier un dieu absent.

**Miracles du sens**

Ce vertige dépressif, s'il doit mériter toute notre compassion, n'est pas pourtant, je crois, ce qui doit le plus nous étonner. Le plus étonnant serait plutôt le petit miracle de l'élan matinal quotidien, le franchissement des frontières, l'ajustement du corps et de ses rythmes à la partition du monde. Car ne nous faut-il pas, chaque matin, et en quelques dizaines de minutes, reprendre le dialogue interrompu avec la pesanteur, ré-initialiser les impératifs de pudeur et de propreté, ré-aviver les rituels sociaux de sortie du jeûne, ré-inscrire à même notre peau, par la tenue et le costume, les marques d'allégeance aux droits coutumiers ? Tout réveil, en effet, doit célébrer, après les fêtes de la nuit, les retrouvailles avec les lois dures et diurnes résistances des lois physiques, prescriptions des lois sociales, interdits de la Loi symbolique. Nous considérons, le plus souvent, que cette limite est posée, borne sur

la route ou tracée, ligne de marge sur la feuille. Comme s'il y avait ainsi, déposés dans le monde, un avant et un après, un tôt et un tard, un dedans et un dehors : illusion bénie de la bonne santé psychique. Comme Leriche disait de la santé qu'elle est « le silence des organes », nous pourrions dire de la santé psychique qu'elle est, quant à elle, le silence des limites ou leur évidence. En utilisant le langage des mythes, nous dirions qu'au matin du monde, le Grand Prêtre doit, de la crosse de sa houlette sacrée, blesser le ciel d'un paraphe sémaphorique, décréter que faste sera la droite et sinistre la gauche. C'est un crime de sens dont nous ne souhaitons généralement pas connaître le secret, nous préférons laisser faire. Mais ce secret, le déprimé l'a entrevu, lui : par delà la mise en scène fondatrice, au-delà des effets de fascination induits par le geste empressé et l'incantation, il n'y a qu'un pauvre vieillard aveugle qui agite un bâton. Ou pour le dire plus crûment encore : il n'y a pas, au sens strict de l'expression, de raison donnée de vivre, pas de raison donnée de naître. « *Aucune raison ne suffirait à donner existence et aucune existence ne peut donner ses raisons* ». Les rituels allègent sans doute le poids de cette absurdité et masquent les traits de cette monstruosité logique : *un commencement*. La dépression, quant à elle, rétablit la vérité des prix.

**Les lits**

Le plus étonnant, pour dire autrement, est que nous ne soyons pas effrayés plus que nous le sommes par nos lits. Lits de naissance, berceaux d'enfance, lits de punition ou lits cachettes, lits des amants, lits du devoir conjugal, lits de douleur des hôpitaux, lits de camp des armées, lits de Procuste, lits de mort : dans le mitan du lit, les enfants le savent bien, eux, la rivière est profonde.

Les lits sont comme les caves, les greniers, les cheminées et les ruisseaux dont Gaston Bachelard a fait jaillir la puissance d'images

**LES SURMOI • SES IMAGES ET SES MAUX  
IV<sup>e</sup> Congrès Apertura • 22, 23 et 24 mai 1999 • Strasbourg\****Le ça représente le rôle de l'hérédité**Le Surmoi, celui de la tradition**Le moi est déterminé par l'accidentel et l'actuel*

Sigmund Freud (1938)

*Le Surmoi, instance refoulante,**L'idéal du moi, instance sublimante,**Le moi idéal, instance persécutrice.*

Jacques Lacan (1938)

Interroger la question du Surmoi et de sa clinique ne peut que nous conduire à questionner ce qui, dans un discours, fait autorité, censure, culpabilité, angoisse. « La voix de la conscience morale », disait Freud. C'est à partir de 1923 (« Le moi et le Ça ») qu'il introduit ce terme dans l'élaboration de sa deuxième topique. *Est-ce par nécessité métaphysique ou réalité clinique ?*

Pour lui, l'enfant face à l'angoisse de la perte de l'amour parental voit ses processus identificatoires renforcés lors de la disparition du complexe d'Œdipe. « Le Surmoi, c'est l'héritier ». *Quels sont la nature et les effets de ses identifications ?*

Lacan, après Freud, pointera que « le Surmoi finit par s'identifier à ce qu'il y a sûrement de plus ravageant, de plus fascinant dans les expériences primitives du sujet ». Le Surmoi est à la fois la Loi et sa destruction tant sont entremêlés les deux aspects de l'interdiction et de l'idéal dans un impératif de jouissance. *N'a-t-il pas dès lors subverti l'utilisation freudienne du Surmoi dans ses derniers séminaires, par l'introduction de l'«unebvue» ? L'hypothèse d'un Surmoi préœdipien ouvre-t-elle de nouvelles perspectives pertinentes pour la clinique ?*

Cette instance qui se fait entendre de l'intérieur, pour le névrosé notamment obsessionnel, mais qui s'est d'abord manifestée de l'extérieur, peut revenir sous cette forme d'extériorité dans les délires d'observation, de persécution, voire de la mélancolie.

Dans cette problématique du « dedans et du dehors », où le Surmoi trouve son énergie au plus profond du Ça, *quelles sont les lectures de la réalité et de la Loi pour le sujet quand la pulsion se noue à la parole de l'interdit ?*

Dans un collectif médiatique nourri de « pensée unique » et d'images de souffrance sans parole, *quelles formes le passage à l'acte peut-il prendre ? S'agit-il de trop ou de pas assez de Surmoi ? Nous touchons là aux questions du féminin, de ce qui du corps ne fait pas image, de la représentation, et du non spéculaire, de l'occulte et du religieux, de l'esthétique, de la transmission dans la tradition.*

Enfin, si une certaine lecture de Freud laisse supposer que la fin de l'analyse passe par une identification du Moi, voire au Surmoi, de l'analyste, ou à l'inverse à l'éviction du Surmoi pour le sujet, *quels mécanismes opèrent pour la destitution de l'analyste* (traversée des identifications et identification au signifiant de la demande) ? ■

F.C.

Pour tout renseignement concernant l'inscription, vous pouvez contacter Apertura au 03 88 61 78 42 (tél. et fax). Les renseignements scientifiques seront accessibles sur le site internet <http://www.chez.com/apertura>.

dans ses *Rêveries*. Ce sont des objets lourds de peurs et de désirs, des objets que sous-tendent les antinomies d'existence : souffrance et jouissance, solitude et rencontre, repos et combats, chaleur d'amour et froid de mort. Les lits savent ainsi dans leur philosophie grinçante que la mort est le prix à payer pour la sexualité. Le lit des déprimés est un lit chaotique : il rejette ce qu'il accueille, il menace ce qu'il protège, il produit le sommeil et empêche de dormir, il refuse la jouissance d'endormissement que pourtant il provoque, il aspire et recrache. C'est un lit sans statut : ni un lit de malade patenté, au chevet duquel il y a une noblesse à venir s'apitoyer, ni un lit d'enfant où l'on vient raconter l'histoire du soir et donner le baiser viatique, ni un lit de mort où l'on peut se recueillir et pleurer, ni non plus un lit d'amour. C'est un bateau ivre qui tangué jusqu'à la nausée entre des rives d'impossibilité : ni se lever, ni rester couché, ni veiller, ni dormir. Bateau fantôme et Soleil noir. Ce lit, pourrait-on dire, est structuré comme un *double bind*, une double contrainte qui, à force de nier ce qu'elle affirme et de contredire ce qu'elle dit, use toute les ressources de la puissance symbolique, efface les frontières du sens et fige les horizons, dans l'imminence d'un naufrage toujours différé. Mais plutôt que Gregory Bateson, c'est Walter Schulte qu'il faudrait solliciter ici pour exprimer ce suspens sans dénouement : « Nichttraurigseinkönnen ».

### Fatigue ?

La fatigue dépressive du matin est une fatigue paradoxale. Elle a peu à voir avec la fatigue d'après l'effort, la bonne, la saine fatigue qui tend naturellement vers le repos et le sommeil pour restaurer les forces. La fatigue dépressive atteint la puissance même de restauration des forces ; elle fausse, par exemple, « l'avoir sommeil ». En cela, se réveiller fatigué ne peut être vécu sans angoisse. Mais sans doute vaudrait-il mieux utiliser un autre mot que fatigue : abattement, épuisement, exhaustion ou, au sens de Winnicott, « agony », conviendraient mieux pour désigner cette fatigue qui gangrène la puissance de repos elle-même, qui assèche la source vive du sommeil, qui inverse la logique du dépassement de soi. Certaines fatigues, nous le savons, offrent l'appui utile pour aller plus loin, pour trouver le « second souffle », pour toucher aux limites. Ces fatigues, fortes qu'elles sont de leur légitimité éthique, s'érotisent bien. La fatigue dépressive, au contraire, fait tourner le lait de l'effort : elle n'élève pas vers des limites, elle enlise sous les seuils de décomposition.

Pour comprendre cet épuisement, il faut abandonner le paradigme de l'effort et aller chercher celui de l'ennui. L'ennui, comme la dépression, est une puissance de décomposition du monde et du temps. S'ennuyer c'est résister comme nul ce qui n'est pas tout. L'en-

nui arase le monde sous le feu de sa logique de tout ou rien, dans son attente de l'éternité. Rien de plus contraire à la vie qui est, de part en part, médiation, compromis, temps. Celui qui s'ennuie diffère indéfiniment le moment de l'action : il ratiocine, raisonne, réfute. Il exige pour se mettre en train que le Sens se présente en personne. Et cela ne se peut, comme l'a montré P. Janet : le sens ne peut venir qu'avec l'action, le sens est chose à faire. La fatigue dépressive ressemble beaucoup à l'ennui. Mais il y a dans l'ennui beaucoup de complaisance. On ne saurait dire cela de la fatigue dépressive. L'adolescent qui s'ennuie garde espoir malgré tout et la passion rédemptrice n'est jamais bien loin de lui. L'épuisement dépressif, en revanche, est sans espoir, sans filet de secours. Le déprimé fatigue même les dieux. L'action n'est pas ici différée par resseusement : elle est proprement paralysée. Le déprimé n'est pas dans l'attente mais dans la poisse d'une temporalité qui bégaie.

La notion de fatigue, qui toujours traîne derrière elle les présupposés de l'effort, de la dépense et pousse devant elle les idées de réparation et de repos, ne nous semble pas adéquate. La sensation de vertige, l'image de l'ennui, le concept d'agonie et l'idée d'une contemplation triste éclairent sans doute mieux.

### L'ordre et la dette

On ne dira pas pour autant, et malgré l'autorité d'Aristote, que le déprimé est philosophe, au sens qu'il affronterait par choix les impensés de sa pensée ou accepterait, par défi, de marcher sur les lignes de crête de ses impensables. Le déprimé est souvent, comme on dit, « du matin ». C'est souvent un spécialiste du lever tonique. Il appartient au monde qui appartient à ceux qui se lèvent tôt. Il se soucie bien peu de l'oiseau de Minerve et son ordre tend à se réduire à de rigides identités remarquables : il faut ce qu'il faut, un chat est un chat. L'unité de ce monde n'est pas gagnée mais simplement affirmée. L'unité de ce moi n'est pas construite mais seulement compensée. L'unité de cette vie n'est pas gagée sur des rythmes mais emprisonnée dans des cadences.

Sous le nom de « constellation d'includence et de rémanence », Tellenbach désigne le champ de gravitation bipolaire du « typus mélancolicus » : les mélancoliques s'enferment derrière les barreaux de tâches incessantes, de mise en ordre, de mise au propre, qu'ils s'imposent d'effectuer avec méticulosité. Ce perfectionnisme se double d'une intolérance morbide à la critique et à tout endettement. Nous pourrions dire qu'il s'agit d'un double verrouillage spatial (l'ordre est une simple mise au carré) et temporel (pas de passifs et refus du crédit).

Dans la mesure où le moindre détail est important, c'est-à-dire dans la mesure où l'essentiel réside dans l'inclusion du détail et

non dans sa dévaluation, l'ordre anancastique, l'équilibre pointilleux de cet univers, sont sous la menace, permanente de l'incident catastrophe. Les avantages que les proches et la société tirent de cette constellation mélancolique les amènent à protéger les mélancoliques, à leur éviter les changements déstabilisants, à leur épargner les reproches : c'est ce qui limite, au moins pour un temps, les dégâts.

Ce qui caractérise le bon ordre et la bonne tenue des comptes dans les matins de la bonne santé psychique, s'oppose diamétralement à cette comptabilité pointilliste. Il en va de ces matins comme des cérémonies de mémoire que les vivants offrent aux morts. Toujours ces rituels se doublent de rituels de pardon, toujours le travail de mémoire y redouble la nécessité de l'oubli : la Fête de Toussaint, où les morts sont sanctifiés et les vivants purifiés de leurs rancœurs, précède la Fête des Morts. Pas de deuil en dehors du triangle de l'oubli, de la mémoire et du pardon.

L'action a la même structure temporelle que le deuil et le pardon : agir, c'est pardonner et laisser tomber le passé. Comme le montre Minkowski, être déprimé c'est traiter le passé comme un temps d'action possible-impossible, comme un pseudo-futur, pourrait-on dire : « Ah, si seulement j'avais... ». La santé et l'action vont de pair, accordées l'une à l'autre par le primat donné à l'avenir et les amnisties qu'elles s'octroient pour les actes manqués certes, mais révolus. La politique, comme on sait, exige cette bonne santé.

### Conclusion

Nous avons aujourd'hui à peu près perdu la maîtrise sociale et religieuse de nos rituels de passage. Ces rituels n'en poursuivent pas moins leur existence. Dans une nature sans passages, nous ne saurions nous dispenser de poser les balises de notre ordre précaire. Ainsi en va-t-il pour le lever matinal. Nos rituels sont là mais nous n'en avons pas la maîtrise. Demeure pourtant le fameux « pied gauche » qui inaugure les journées d'humeur noire.

Il n'y a pas de latéralisation possible sans un acte fondateur par lequel le sujet accepte de s'orienter, c'est-à-dire, dehors et dedans à la fois, de se faire trait d'union entre lui-même et le monde. Il n'y a pas de pied droit ou de pied gauche en soi mais seulement par le jeu de relations qui s'amorce quand le sujet agit sur le monde. Nous n'avons de pied d'appui que dans la perspective d'une marche ou d'un saut : hors de cette perspective, comment savoir. ■

Michel Soubiran\*

1 Pour Tellenbach, ce typus est moins d'ailleurs, en dépit de l'écho qu'induit la lettre latine, un archétype constitutionnel qu'un prototype relationnel « endo-cosmogénétique ».

\* Professeur de Philosophie, 10, Uzelles, 91210 Draveil

## LIVRES

### Santé et économie

*Les cahiers du Gratice\**

Les Cahiers du Groupe de recherche et d'analyse des théories institutions et conventions économiques (GRATICE) publient avec le concours du CREDES, une série d'articles, d'économie de la santé. Au sommaire : les emplois dans l'industrie pharmaceutique, l'approche économique des équipements hospitaliers, les modalités de financement des systèmes de santé, l'accès aux soins des plus démunis, les contrats incitatifs et l'asymétrie d'information dans le financement des biens et services.

\*320 p., 45 francs. Tél. : 01 49 76 80 82.

### Immigration et intégration, l'état des savoirs

Sous la direction de Philippe Dewitte  
*La Découverte*

Les questions relatives à l'immigration et à l'intégration font l'objet de débats pour le moins confus. Pourtant, l'éventail des connaissances concernant ces sujets est assez large, fiable et précis pour que les amalgames, les idées reçues et autres contre vérités n'aient plus cours. Les auteurs de cet ouvrage collectif, présentent un panorama complexe et nuancé de l'immigration en France, hors des modes intellectuelles et des polémiques.

La première partie du volume revient sur les concepts de base et la terminologie, afin de comprendre et d'expliquer les dynamiques sociales de l'exil et de l'expatriation. Le rapport entre l'immigration, mouvement de populations par définition transitoire, et l'intégration, processus social, économique, politique, culturel et même psychologique, n'est pas automatique : l'immigration ne débouche pas toujours sur l'intégration, et celle-ci ne concerne pas les seuls immigrés et étrangers. Après un inventaire pluridisciplinaire des populations immigrées résidant en France, des processus d'intégration à l'œuvre, ainsi que des obstacles qui les freinent ou les contrecarrent, les deux dernières parties abordent les politiques publiques et les débats concernant l'entrée sur le territoire et l'installation de populations qui, pour l'essentiel, ne repartront pas.

### La passion du réel Esquisses phénoménologiques

Rémy Paindavoine

*L'Harmattan*

Centrées sur quelques figures classiques ou contemporaines (Héraclite, Virilio, Bonnefoy, etc.), les esquisses rassemblées dans ce volume replacent la question du réel (plus que jamais actuelle à l'ère du virtuel). Tragique et « belle », c'est-à-dire impossible, la réalité nous est pourtant indispensable... *cette feuille brisée, verte et noire, cette feuille qui montre dans sa blessure la profondeur de ce qui est, cette feuille infinie est présence pure, et par conséquent mon salut* (Bonnefoy). Le « salut » n'est pas à chercher loin de la réalité, dans un autre monde plus conforme à nos attentes. Il est à chercher du côté de ce qui est, c'est-à-dire du côté de l'inattendu. L'évasion hors du réel est mortelle. L'allégorie de la caverne de Platon nous enseigne déjà, à sa façon, qu'une humanité privée de réalité (abandonnée au rien des apparences ou des « ombres ») est une humanité en quelque sorte privée d'elle-même, réduite à rien. La sagesse s'oppose à la folie comme à l'abandon ou à la perte de la réalité. Elle exige, à titre de condition essentielle, présence au réel, éveil ou réveil.

## LIVRES

### L'évangélisation des profonds

Simone Pacot

*Cerf*

Ecrit dans un langage clair avec de nombreuses références aux textes religieux, cet ouvrage rappelle, pour ceux qui l'avaient oublié ou qui n'en veulent rien savoir, les multiples articulations entre les plans spirituel et psychologique.

L'auteur montre le rapport vital qui existe entre la psychologie et la foi. Les termes utilisés par l'auteur peuvent surprendre le scientifique mais Simone Pacot n'est pas psychiatre ni psychologue, elle est avocate honoraire à la cour d'appel de Paris et anime depuis de nombreuses années des sessions

sur l'évangélisation des profondeurs avec l'équipe de l'association Bethasda. Prise dans l'impuissance d'un blocage relationnel elle a découvert sa voie lorsqu'un prêtre dans l'extrême sud marocain lui a dit qu'il était inutile de travailler sur des symptômes et que l'épicentre de son problème était ailleurs et qu'il lui appartenait de le mettre à jour. Le soulagement qui a suivi cette rencontre a été le début de la découverte d'une terre inexplorée en elle-même. Elle a commencé à découvrir la dimension psychologique de sa vie. « C'est à cette époque que j'ai découvert que l'Esprit Saint était réellement vivant et à l'oeuvre en moi comme en chaque être humain et que j'avais à apprendre à collaborer avec lui ». L'auteur dit que les lois spirituelles ne sont pas antinomiques des lois psychologiques. Elles sont plus larges et leur but est différent. La loi spiri-

tuelle dépasse, oriente la loi psychologique, lui donne sa finalité mais elle ne peut ni tuer ni éteindre ni ignorer ni dénier le fonctionnement psychologique.

La toute puissance de Dieu, la peur de Dieu ou la peur de nous-mêmes, entendre puis ouvrir les blessures enfouies, les confusions dans les fonctions familiales, prendre sur soi le chemin de l'autre, quelques repères sur l'autorité, sur l'obéissance, le manque d'amour, sa perte, comment Dieu nous restaure-t-il, l'acte de foi, l'exhaussement, recevoir le pardon, pardonner... Autant de thèmes, autant de mots, autant de questions qui ne sont plus d'actualité dans les recherches et les réflexions du monde « psy » actuel. C'est pour cela, sans doute, qu'il n'est pas inutile de se laisser emporter dans les profondeurs de ce livre.

S. Tribolet

## LIVRES

**Faux souvenirs et désordre de la personnalité multiple**  
*Une perspective sociocognitive*Traduit de l'anglais par Michel Gottschalk  
Nicholas Spanos

De Boeck Université

La théorie du désordre de la personnalité multiple (DPM) en tant que maladie, est une théorie locale de l'identité multiple. Du fait que ses défenseurs sont invariablement des professionnels de la santé mentale, les manifestations de multiplicité qu'ils observent sont limitées à des personnes en détresse et en demande d'aide. Ces restrictions à leurs observations influent sur la façon dont ces chercheurs conceptualisent la multiplicité. La théorie pathologique du DPM est basée sur la conception selon laquelle la détresse et/ou la déviance comportementale, ont pour origine des événements particulièrement traumatiques qui se seraient produits durant l'enfance, abus physiques, surtout sexuels.

Étant donné qu'elle place l'accent sur les antécédents précoces du DPM et sur la notion de « symptômes » qui reflètent des défenses inconscientes, cette approche a tendance à éluder le caractère social et stratégique du DPM ainsi que les rôles remplis par les contextes institutionnels qui les encouragent, les façonnent et les accréditent. Depuis le XIX<sup>e</sup> siècle, le nombre de personnalités par patient est passé de 2 ou 3 à souvent plus de 20 et parfois à des centaines. Beaucoup de premiers cas se distinguaient par des comportements tels que la catalepsie, des périodes de transitions marquées par le sommeil et, souvent, des convulsions, symptômes rares de nos jours.

Il est difficile d'expliquer ces changements à partir d'une perspective selon laquelle les manifestations du DPM sont des « symptômes » causés par des traumas précoces, plutôt que par des attentes suggérées et des comportements téléologiques qui changent en fonction de nouvelles informations relatives aux conditions requises. Les changements de rôles de ce type ont été couramment observés dans les manifestations de possession, d'une culture et d'une période historique à l'autre.

**Physiologie du neurone**Danièle Tritsch, Dominique Chesnoy-Marchais, Anne Feltz  
Doin

Cet ouvrage décrit le fonctionnement élémentaire du système nerveux : l'émission, la transmission, la réception et le traitement des signaux. Les protéines membranaires impliquées, canaux ioniques et récepteurs canaux des neurones, peuvent maintenant être étudiées sous leurs aspects fonctionnel et structural, grâce à l'utilisation conjointe des techniques d'électrophysiologie et de biologie moléculaire.

Une présentation du tissu nerveux et des concepts de base permet d'aborder l'objectif majeur du livre : faire comprendre le fonctionnement du premier niveau de complexité du système nerveux, celui du neurone. Les principales propriétés des différents types de canaux ioniques des cellules nerveuses sont illustrées, en soulignant certaines relations structure-fonction. Les événements moléculaires, mis en jeu au niveau de la synapse sont également analysés. Un système intégré modèle, la rétine, permet ensuite d'aborder le fonctionnement d'un réseau de neurones. Enfin, les derniers chapitres éclairent sur les mécanismes utilisés au cours du développement pour mettre en place de tels réseaux.

## De l'encoprésie à la pyromanie : déplacement d'un symptôme ?

D'une façon générale, les actes de pyromanie présentent un aspect imprévisible et dangereux. Nous avons été amenés à suivre un jeune patient pyromane que nous appellerons Lucien. Son histoire révèle une encoprésie secondaire sévère. C'est à partir de ces deux symptômes que s'est centrée notre réflexion. Leur succession dans le temps a conduit à émettre l'hypothèse d'une signification équivalente que nous tenterons d'analyser. Mais, d'abord, revenons sur le terme de pyromanie. Le D.S.M. IV exclut dans sa définition la notion de vengeance, motif invoqué par Lucien après dans l'après coup. C'est pourquoi nous utiliserons le terme d'acte incendiaire qui permet la notion de passage à l'acte.

**Cas clinique**

La première hospitalisation de Lucien remonte à juin 92. Il a alors 19 ans. Peu après le décès de son grand-père paternel, il adresse de nombreux faux appels aux pompiers pour signaler un faux accident, ou la nécessité d'intervenir pour secourir un enfant en danger, etc... Il limite ses appels à 36, sans pouvoir expliciter ce nombre et constate rapidement l'inefficacité de ses appels pour entendre la sirène des pompiers. En fait le premier faux appel aux pompiers remonterait à l'âge de 15 ans : il était destiné à les faire venir chez ses voisins, mais il a été découvert. A posteriori, il trouve cet acte ridicule. Après la série d'appels (en 1992), l'idée de mettre le feu le poursuit, « ça me poussait ». Il collectionne également des photos de pompiers qu'il regarde chaque soir. Il écoute fréquemment de la musique techno, en particulier un morceau dont le son est proche d'une sirène. Il commet alors trois actes incendiaires en deux semaines. Il repère les lieux une semaine à l'avance et vérifie l'absence de toute personne ou tout animal aux endroits choisis. Les incendies ont été réalisés en milieu rural : une grange, une bache sur du foin et une ne bache de stand de buvette. Il ne semble pas connaître les propriétaires des lieux. Interpellé par les gendarmes, il est reçu en hospitalisation d'office. Lucien est un jeune homme de petite taille, relativement effacé. Lors des différents entretiens, son discours spontané est réduit. Ses réponses, brèves, sont le plus souvent imprécises et changeantes. Il sera difficile d'aborder son ressenti au moment des faits ainsi que la chronologie devant des difficultés de repérage temporel. Les faits sont évoqués sans affects. Il justifie ses actes par l'idée de vengeance vis-à-vis des pompiers. En effet, durant son service national il était volontaire pour aller dans le corps des pompiers mais a été réformé P4 au bout de cinq mois. Il n'a pas supporté la vie militaire. Il se faisait traiter de déserteur par les autres appelés en raison de fugues répétées. Il raconte, également, avoir été l'objet de tentatives d'agressions sexuelles par ses camarades de chambrée, ce qui le conduira à dormir sous son lit. Du fait de sa réforme il n'a pas été accepté dans la brigade de pompiers de son village.

Lors de cette première série d'incendies, il ne pensait pas être pris. Il a plaisir à entendre les pompiers, s'identifiant à distance à l'un deux, et imaginant leurs gestes. Il a également pensé à quelque chose de plus grave : il possédait à ce moment une arme à feu et avait envisagé d'abattre sept personnes avant de se suicider. Il voulait « emporter ses

ennemis avec lui ». Sa liste était prête. Il s'agissait de personnes à qui il en voulait, parfois pour des motifs futiles. Son parrain était sur la liste en raison d'une dispute au sujet de goûts musicaux. Le chiffre de sept « ennemis » était conditionné par le barillet de 8 balles. Il évoque ces faits en disant : « Je n'étais plus humain ». Il doit choisir entre le feu et l'arme à feu. Sur le plan professionnel, à cette époque il travaille dans une fonderie en tant que mouleur. Il se sent persécuté et pense qu'on parle de lui. Il dira également se sentir tout petit par rapport aux autres. Condamné à deux ans de prison, il sera incarcéré deux mois et demi. Par la suite, il effectue divers contrats C.E.S. Il a tendance à s'alcooliser et peut devenir agressif. Lors d'une ivresse pathologique, il menace ses parents avec un couteau.

De 1993 à 1996, il décrit deux incendies volontaires pour lesquels il n'a pas été inquiété. Il semble avoir présenté un syndrome dépressif et se situer au moment des faits entre l'envie de mettre le feu ou de se pendre. Lorsqu'il évoque sa perte d'appétit, il se souvient « qu'il se nourrissait de tabac ».

En mars 1997, il est réhospitalisé pour de nouveaux actes incendiaires (cinq à six feux en trois mois dont deux en quatre jours). La période précédant les faits est marquée par une dépression atypique avec idées suicidaires, clinophilie, aboulie, apparition d'un retrait social sous-tendu par des intuitions proches du délire de relation : « le regard des autres me gênait », associé au sentiment d'être tout petit alors que les autres sont très grands. Il décrit, également, une inversion du cycle nyctéméral avec isolement dans sa chambre où il écoute de la musique « transe : j'étais un mort vivant ». Juste avant le passage à l'acte proprement dit, il se sent dans un état de tension : « comme si je faisais trois mètres de hauteur mais après, je rapetissais ». Ni soulagé, ni culpabilisé, « c'était fait ». Avant de passer à l'acte, il pense aux risques pour lui, c'est-à-dire celui de se faire prendre, ce qu'il souhaite cette fois « pour qu'on l'aide ». A posteriori, il établit un parallèle entre l'alcool et le feu. Sous l'emprise de l'alcool « j'étais bien, comme un ballon gonflé, quand les effets s'arrêtaient, j'étais dégonflé ».

De ses antécédents, on retiendra une encoprésie sévère de l'âge de cinq à seize ans. Ce trouble, exclusivement diurne, survenait deux à trois fois par jour sans facteur déclenchant évident. Il a suivi un régime alimentaire spécial pendant un an sans effet. Lucien raconte qu'à l'école, une de ses institutrices l'a déshabillé plusieurs fois devant les autres enfants pour lui faire honte. Sa scolarité a été médiocre ; il n'a obtenu aucun diplôme et son niveau reste limité. Lucien est surprotégé par une mère qui minimise ses problèmes et en attribue la responsabilité aux enseignants et au milieu professionnel de son fils. Pour son père, la poussière de fonderie monterait aux sinus puis au cerveau... L'histoire familiale nous apprend que les grands-parents maternels de Lucien ont été déçus de leurs droits parentaux, le grand-père pour éthyliisme chronique. La mère de Lucien, issue d'une fratrie de six, a été placée chez une nourrice âgée et célibataire dès l'âge d'un an, avec deux de ses sœurs. Lorsqu'elle a 21 ans, elle retrouve, après des recherches, sa mère qui décède quelques temps plus tard d'un accident de voiture. Par la suite, elle se marie avec un homme cardiaque, éthylique et violent dont

elle a cinq filles. Lorsqu'il décède, elle épouse le parrain de sa dernière fille alors âgée de quelques mois. De cette union, Lucien est le seul enfant. La mère est autoritaire et ne laisse pas la parole à son fils. Le père est effacé. Il ne travaille plus depuis plusieurs années et est en contentieux avec les organismes sociaux pour faire valoir ses droits à une invalidité.

Il semble que le grand-père paternel ait joué un rôle important pour Lucien. C'est après son décès d'un « cancer de l'anus » que les appels ont commencé puis les incendies.

**Commentaires**

Face à l'histoire de Lucien, nous nous sommes tout d'abord interrogés sur les symptômes principaux que sont l'encoprésie et les actes incendiaires. Quels liens peuvent exister entre eux et sous-tendent-ils une même problématique ? Face à cette interrogation, l'approche descriptive et purement psychiatrique nous semble insuffisante pour comprendre la complexité de la personnalité de Lucien et de ses symptômes. Aussi nous proposons, également, une approche à orientation psychanalytique.

Revenons à l'encoprésie secondaire. Kohler et coll. définissent plusieurs types d'encoprésie : primaire, secondaire avec passivité ou agressivité. Lorsque « la passivité semble dominante chez l'enfant comme chez la mère, le couple ainsi constitué s'accommode ou plutôt trouve une mutuelle satisfaction au maintien de l'enfant à ce stade primitif qu'est l'analié érogène ». Ces encopries secondaires correspondent pour Bendjilali à une régression répondant à un facteur déclenchant tel que le début de l'école ou la séparation de la mère. Lucien en tant que fils unique se trouvait dans une relation d'exclusivité avec sa mère. Son entrée dans le milieu scolaire, où il découvre et rencontre d'autres enfants lui fait perdre cette relation privilégiée qu'il entretient avec l'Autre (la mère en l'occurrence). L'apparition de son symptôme encopritique à ce moment particulier de son existence a pour but, semble-t-il, de faire à nouveau exister cet Autre dont il se suffisait. Confronté aux autres, à ses semblables, Lucien réagit sur un mode régressif, il redevient ce nourrisson objet de toutes les attentions et de toutes les sollicitudes, ce qui vient combler au plus haut point les attentes de sa mère. Ainsi Lucien devient objet de la jouissance de l'Autre. Tout d'abord, par rapport à sa mère, qui va de plus en plus se réapproprier son fils, en faire son objet. Dans une relation de toute puissance, elle démonte les différents projets de Lucien. Elle nie sa pathologie qu'elle dit induite par les autres, tout en cherchant à enfermer son fils dans un statut d'handicapé. Elle insiste notamment pour qu'il obtienne une Allocation Adulte Handicapé. Ensuite, à l'école, l'institutrice le ridiculise devant les autres enfants. On peut parler de sadisme dont il est l'objet. Il est à nouveau objet de la jouissance de l'Autre à l'armée. Ses camarades de chambrées tentent de le violer. Plus tard lorsqu'il travaille dans une fonderie, il fait l'objet de railleries parce qu'il n'a pas offert un « pot » à son arrivée comme le veut la tradition. Il devient alors rapidement une « tête de turc ». Nous noterons qu'il exerce alors la profession de mouleur, début de tentative pour répondre et mettre quelque chose en forme ?

**Ses mécanismes de défense**

Le premier mécanisme de défense qu'il met en oeuvre est la fuite.

**Fuite au niveau de son corps :** en effet l'encoprésie de Lucien n'est pas une encoprésie classique. Ce que sa mère et lui décrivent ce sont des « fausses diarrhées », selon leurs propres termes.

Un bilan somatique avait été réalisé et écartait une étiologie organique. L'encoprésie paraît secondaire au sens descriptif et elle semble avoir été particulièrement bien supportée par l'entourage familial. On peut noter ici une certaine passivité de la mère face à ce symptôme. Ce qui est mis en avant par la famille, c'est l'attitude pathologique de l'institutrice, faits dont les parents n'ont eu connaissance que tardivement.

Lucien a vécu les explorations fonctionnelles comme une intervention chirurgicale sur le colon. D'après lui, « cette maladie » aurait pu entraîner un cancer s'il n'avait pas été opéré. D'après Coudert, l'encoprésie s'adresse à la mère et, par delà la mère, au père de l'enfant. La constellation familiale que l'on peut retrouver en général dans l'encoprésie est celle d'un milieu où les relations sont perturbées et l'image paternelle inexistante, ce qui est le cas ici. Le corps de Lucien n'apparaît pas suturé ni clos. Le signifiant défaille pour médiatiser sa relation aux autres. L'intervention chirurgicale imaginaire vient éviter le pire mais la faille symbolique subsiste et l'objet (les fèces), vient prendre sa place dans cette béance symbolique. Ainsi, le corps de Lucien fuit pour mieux capter le désir de l'Autre. D'ailleurs, ce trouble cesse lorsqu'il quitte l'école pour rester deux ans peu actif à aider ses parents qui ne travaillent pas. Son père est en invalidité pour problèmes lombaires ; sa mère reste au foyer. Il est à nouveau « celui qui se suffit de cet Autre préalable » (J. Lacan).

A partir de cette fuite au niveau du corps, Lucien se structure progressivement dans sa relation à l'Autre comme sujet qui fuit. Il déplace ce mécanisme de défense et devient sujet fuyant face au monde extérieur.

**Les fugues :** c'est ainsi qu'il déserte au moment de son service militaire. Il ne supportait pas la vie de régiment. Comme pour l'encoprésie, cette fuite en avant semble renforcer la position de jouissance de l'Autre. C'est parce qu'il fuit qu'on le traite de déserteur et qu'il est à nouveau persécuté, pris dans un cercle vicieux. Lors de son séjour en hospitalisation d'office, Lucien va fuguer à plusieurs reprises du service. Ses fugues non organisées répondent au désir qu'il a de se rendre chez ses parents. Il ne supporte pas la séparation du milieu familial. Alors qu'il restera hospitalisé six mois supplémentaires, ses fugues cesseront à partir du moment où seront aménagées des permissions de sorties au domicile parental, au rythme d'un week-end tous les quinze jours.

### Autre mécanisme de défense : le passage à l'acte incendiaire

La première série de feux est consécutive au décès du grand-père paternel. Ce personnage a probablement joué un rôle important sur le plan de l'identification imaginaire. Le « cancer de l'anus » dont il a souffert est un élément d'identification probable compte-tenu de l'encoprésie. Par ailleurs, les choix professionnels de Lucien pour être bûcheron puis palefrenier ont sans doute un lien avec son grand-père qui était propriétaire de quelques hectares de bois et qui possédait également des chevaux. On peut ainsi considérer que le décès du grand-père, figure paternelle, a joué un rôle déclenchant amenant un vacillement des identifications imaginaires, puis le passage à l'acte qui résoud l'angoisse. Le grand-père, soigné par sa belle-fille pendant les six derniers mois de sa vie au domicile des parents de Lucien, reste dans le discours de la mère une personne importante. Nous pouvons alors parler d'identification supplétive, dans la mesure où elle assume le désir de la mère. Les faux appels que Lucien adresse aux pompiers concernent toujours un enfant qui se trouve en danger. Ces appels paraissent être

adressés à la fonction paternelle qui a pour rôle principal de symboliser la séparation primordiale de la mère. Le nombre 36 auquel il se limite, correspond au double du numéro d'appel des pompiers, le 18. Lucien tente ainsi de se constituer comme double imaginaire des pompiers, en quête d'une image idéale. L'acte incendiaire proprement dit, s'il peut être lié à la position idéale en puissance et en domination qu'occupe le feu, est aussi la conséquence de l'absence de réponse à ses appels. Il y a chez Lucien un impossible à dire qui est lié à cette carence de la fonction paternelle en tant que rupture de la chaîne symbolique. Fortement ébranlé par le décès du grand-père, qui l'oblige à un réaménagement des identifications, il est à la recherche d'un autre support identificatoire. N'obtenant pas de réponse à ses appels au Père, il pose l'acte qui doit le transformer. « *L'acte est le lieu d'un dire dont il change le sujet* » nous dit J. Lacan. Lucien, victime des autres, accumulant échec et frustration, nous décrit une impression de puissance par ses changements de taille que lui procure la vision des flammes, probable inflation narcissique de courte durée. Après l'acte, c'est un nouveau sujet qui surgit, tel le Phénix renaissant de ses cendres. Freud (cité par Laxenaire) décrit ainsi le déplacement du narcissisme vers « *ce nouveau moi idéal qui se trouve comme le moi infantile en possession de toutes les perfections* ». L'appel ne semble pas avoir été entendu puisqu'une deuxième série d'incendies survient cinq ans plus tard. Toujours dans la fuite, il vit la nuit évitant la confrontation à l'autre. Plusieurs mois après les faits, il explique la signification de son geste. Il a été le témoin d'une scène où son père battait sa mère. Il nous dira avoir mis le feu pour faire souffrir son père et lui faire comprendre qu'il ne devait plus recommencer. Cette explication n'est dévoilée que progressivement et à demi-mots. Dans un processus de pensée magique, il affirme et est certain que son message a été entendu. Cette certitude lui apporte un apaisement et vient régler les appels au Père.

### Evolution vers un discours proche de la mythomanie et la recherche d'un partenaire symptôme

Suivi en hôpital de jour, Lucien nous raconte ses exploits du week-end : il a récemment piloté une voiture de course à la vitesse de 200 Km/heure au retour d'une boîte de nuit, il veut être secouriste et a déjà sauvé une vie humaine. Il n'appelle plus au secours, c'est lui qui sauve. On ne peut pas vraiment parler de délire dans la mesure où ses propos n'envahissent pas totalement sa pensée et qu'il peut en émettre la critique. Ces fabulations permettent une reconstruction narcissique. Actuellement, il est également le protecteur de sa dernière petite amie qui « ne sait pas faire grand chose ». Depuis six mois il s'est fiancé deux fois. Dès qu'une rupture a lieu, il se fixe rapidement sur une nouvelle compagne qui n'est pas obligatoirement avertie. Sa mère active les mariages aussi vite qu'elle incite à la rupture. Lucien recherche ainsi un partenaire symptôme auquel il peut coller. Le travail fantasmatique trouve-t-il un répit lorsque se produit la stabilisation apportée par « l'amour » ? La stabilisation vient-elle de cette adhésivité ou de l'accomplissement du désir de sa mère de le voir marié ? Bien que prenant quelques initiatives à l'hôpital de jour où il est suivi, l'implication de Lucien est étroitement liée au désir de sa mère.

### Conclusion

Les fausses diarrhées, les faux appels, puis récemment les fausses paroles, reflètent un

faux self au sens de Winnicott. Effectivement, à l'hôpital de jour, Lucien est décrit comme un patient se conformant parfaitement au fonctionnement de l'unité.

Il est noté quelques réactions anxieuses lors de changements. Lucien s'exprime peu sur son ressenti. Il ne se sent pas coupable de ses actes antérieurs. Ses faibles capacités d'élaboration ainsi que les antécédents de récurrences d'actes incendiaires nous obligent à une certaine prudence. La compréhension de sa problématique semble indispensable pour apporter une réponse tant thérapeutique que pronostique.

Cette trajectoire existentielle qui va de l'encoprésie à l'acte incendiaire montre un sujet qui tente d'élaborer une suppléance à la forclusion du Nom-du-Père. Avec ce symptôme encoprétique, Lucien, dans un premier temps, se positionne comme objet de la jouissance de l'Autre. Le passage à l'acte incendiaire inaugure une nouvelle étape dans laquelle il essaie de se dégager de cette position d'objet en inscrivant sa jouissance non plus sur son corps mais au champ de l'Autre. Dernièrement, les fabulations de Lucien montrent que sa jouissance n'est plus hors discours mais prise dans le langage. Il dispose désormais avec tous ses mensonges et fabulations d'une possibilité d'aménager sa jouissance par un travail du signifiant. Ses dernières rencontres amoureuses sont d'ailleurs la démonstration qu'il peut régler sa jouissance au désir de l'Autre sans être objet sadisé ni sujet fuyant, mais sauveur de celle qu'il aime. ■

Bodin M., Martin Th., Villeneuve H., Monnier D. \*

\* Service du Dr Lesvigne, CHS Pontorson

### Bibliographie

- (1) Bendjilali D., *L'encoprésie chez l'enfant*, Actualités psychiatriques, 1980, 3.
- (2) Coudert A.J., *Apport de la psychanalyse à la compréhension de l'encoprésie*, in Encoprésie, Société Française de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Séances du 20 novembre 1982, Paris, *Neuropsychiatrie de l'enfance*, 1983, 31 (4), 210-215.
- (3) Kohler C., Carel A., *L'encoprésie : impasse ou labyrinthe ?* Annales Médico-Psychologiques, 1971, 2, 4, 497-508.
- (4) Lacan J., *1/ Subversion du sujet et dialectique du désir* en Les Ecrits, Editions du Seuil, Paris, 1966, 2/ *Ornicar n°29*, Revue du Champ Freudien, Commentaire sur le séminaire « *L'acte analytique* ».
- (5) Laxenaire M., Kuntzburger F., *Les Incendiaires*, Masson, Paris, 1995.
- (6) Winnicott, *De la pédiatrie à la Psychanalyse*, Payot, Paris, 1969.

### Etudes sur la Mort Rites et rituels

*L'esprit du temps n° 114*

La Société française de Thanatologie publie dans sa revue *Etudes sur la Mort* un numéro consacré aux rites. Ils sont une expression sociale, la propriété d'une culture, des comportements codifiés, et se distinguent des pratiques, des usages et des coutumes.

Le rite funéraire a pour principale fonction de ressouder des liens de la communauté lorsque la mort emporte l'un des siens.

Le deuil de l'enfant mort-né ; les réflexions sur des célébrations de funérailles civiles ; les rites funéraires et leur prise en compte actuelle dans l'église catholique, quelques apports psychologiques des rites funéraires... sont les sujets parmi d'autres traités. Notons l'article original intitulé « *La mort selon Descartes* » rendant compte d'un point de vue philosophique, métaphysique et d'un rapport biographique avec la vie du philosophe.

S. Tribolet

### LIVRES

#### Les mots pour guérir

Gérard Bonnet

*Editions Payot et Rivages*

Une nouvelle façon, beaucoup plus radicalement, de concevoir l'action de la psychanalyse, montrant comment elle travaille avec les pulsions démoniaques qui peuplent nos univers cachés, pour en faire, grâce aux mots, des forces de transformation. Encore faut-il repérer ces forces, et que les mots surviennent en accord avec elles. La grande originalité de cet ouvrage est de mettre clairement en lumière deux des paradoxes qui font la différence entre la thérapie fondée sur l'inconscient et toutes les autres : le premier, c'est que le chemin de la guérison y passe par une lutte, une lutte à la vie à la mort, comme celle de Jacob avec l'ange, dont il est rarement fait état dans les récits de cas, alors qu'elle transparaît partout dans les écrits de Freud. Le second paradoxe, c'est que ce combat s'y effectue surtout avec des mots, des mots très ordinaires, dont les effets se font parfois attendre, mais qui nous stupéfient par les transformations dont ils sont porteurs. Ni formules magiques ou rituelles, fondées sur l'idéalisation, ni jeux d'esprit brillants flattant le narcissisme, ni formules secrètes débusquant des secrets bien gardés, les mots de la psychanalyse sont des mots ordinaires qui jaillissent de la libre association et tiennent leur efficacité de nos forces les plus refoulées. L'auteur émaille son propos de nombreux cas cliniques actuels : passages à l'acte dangereux, tentatives de suicide, abus de médicaments, addictions, stérilité, boulimie, phobies, etc... Cet ouvrage est destiné au large public des praticiens de la psychisme qui s'inspirent, à un titre ou un autre des méthodes de la psychanalyse, ainsi qu'aux personnes qui souhaitent en savoir plus sur leur analyse. Issu d'un enseignement donné durant plusieurs années à un public très divers, il en a volontairement gardé le caractère direct et la simplicité.

Ph. Lacroix

#### Le fœtus, le nourrisson et la mort\*

Sous la direction de Catherine Le Grand-Sébillé, Marie-France Morel, Françoise Zonabend

*L'Harmattan*

Ces morts, qui peuvent survenir pendant la gestation ou juste après la naissance, tendent-elles aujourd'hui à se rejoindre dans l'inacceptable et l'indicible alors qu'un ensemble de paroles, de gestes et d'actes permettrait de rendre pensable et visible ce malheur ?

Les regards nuancés des ethnologues, des historiens, des juristes, des psychanalystes, des médecins viennent éclairer et enrichir l'analyse des problématiques propres à chaque discipline. Une telle lecture plurielle, argumentée et inédite par son ouverture, a permis que se fassent jour les difficultés grandissantes rencontrées par ceux qui soignent et la grande souffrance des familles qui demandent une reconnaissance symbolique de leur statut de parents d'enfants décédés. Dans nos sociétés occidentales contemporaines, la mort du fœtus ou du nourrisson quittera-t-elle alors le domaine de l'innommable pour donner à penser, à dire, à partager ?

Ont participé à ce livre : Geneviève Delaisi de Parseval, Maryse Dumoulin, Muriel Flis-Trèves, Nathalie Goyaux, Catherine Le Grand-Sébillé, Jean-Philippe Legros, Marie-France Morel, Pierre Murat, Catherine Nessmann, Catherine Rollet, Bernard Saladin d'Anglure, Anne-Sylvie Valat, Saskia Walentowitz, Françoise Zonabend.

Ce livre rédigé par un économiste aborde un certain nombre de points techniques, obscurs pour la plupart des soignants, sur le financement hospitalier. Nous utilisons pourtant régulièrement les points ISA, l'évaluation et sommes sollicités de plus en plus fréquemment quant aux problèmes de gestion. Les enjeux économiques, stratégiques qui sous tendent ces aspects apparaissent primordiaux à saisir afin de les coordonner avec les impératifs cliniques.

L'auteur permet de réarticuler entre eux différents problèmes pour saisir la logique d'un système et, par un rappel des conditions anciennes de financement, de tracer une historicité du financement de l'hôpital. En terme de généralité il convient de rappeler que le service public représente 64% de l'offre totale des lits d'hospitalisation.

Situant son propos en termes économiques l'auteur rappelle que le financement des hôpitaux repose sur quatre acteurs principaux : le demandeur (le malade), le médecin, l'Etat, le directeur d'hôpital.

Ces acteurs aux logiques différentes voire contradictoires doivent se lier par une loi commune pour assurer la pérennité du dispositif hospitalier en termes d'efficacité et de viabilité économique.

Les déficits chroniques de l'assurance maladie, la part de plus en plus importante donnée aux hôpitaux, la demande croissante du public pour l'accession à la santé pèsent lourd sur le budget général des collectivités. Il est donc paru nécessaire aux différents gouvernements de rationaliser cette dépense en lui adaptant un certain nombre de lois économiques qui régissent d'autres activités hors champ sanitaire. Sur le plan économique le marché de l'hôpital est virtuel, l'échange de biens et services étant déconnecté de sa contrepartie financière. Les lois du marché appliquées tentent de s'organiser sans que les mécanismes régulateurs classiques fonctionnent.

#### La première partie permet de saisir l'évolution du financement des hôpitaux, du prix de journée à la dotation globale avec la mise en place progressive des GHM.

Jusqu'en 1983 les hôpitaux publics étaient financés en fonction du critère « prix de journée » qui correspond au coût complet pour l'ensemble des prestations hospitalières sans différenciation de soins ni de pathologie. La journée du sortant était tarifée de la même manière que celle de l'intervention chirurgicale, par exemple. Il faut préciser que cette logique émanait du fait que le coût des journées d'hospitalisation était initialement constitué, principalement, par les frais d'hôtellerie et que, progressivement, la part des soins techniques médicaux a explosé avec l'évolution technologique.

Le prix de la journée étant, de surcroît, calculé sur le budget de l'exercice précédent, l'intérêt de l'établissement était de multiplier les quantités de soins. Les analyses économiques montraient que les gestionnaires de l'hôpital avaient intérêt à minorer le budget prévisionnel et à montrer, secondairement, une activité conséquente en demandant un budget supplémentaire. Dès 1965, les américains avaient attiré l'attention sur le danger de ce système en montrant que « l'offre générale sa propre demande » dans une spirale sans fin.

Au-delà de sa mission de soins, traditionnelle depuis sa création, l'hôpital public est chargé d'autres missions qui n'apparaissent pas dans la prise en compte budgétaire mais qui ont un retentissement dans le coût : l'accueil de l'urgence pour les plus démunis et l'enseignement comme la recherche.

Les économistes insistent sur le surcoût généré par ces fonctions pourtant plébiscitées. En effet, l'enseignement et la recherche sont souvent sources d'attractivité pour certaines

## A propos de « Le financement des hôpitaux publics », J. Grolier, Editions ENSP

pathologies et le service des urgences adresse vers les services intra-hospitaliers. Il s'avère donc essentiel de coordonner les types de services présents dans un même établissement. Le constat inflationniste, global du financement par prix de journée, conduira le gouvernement à intervenir devant le coût insupportable pour la collectivité et de proposer par la loi du 19/01/1983 la dotation globale qui est calculée à partir d'un taux directeur, et versée mois par mois par la CPAM de la région d'implantation hospitalière.

Cette dotation globale n'est absolument pas révisable en cours d'année, ce qui est une donnée opposée au principe du prix de journée, où l'établissement devait croître son activité pour financer ses charges. L'hôpital public doit, évidemment, faire fructifier son capital technique directement générateur de soins au détriment de son secteur hôtelier.

L'auteur insiste sur les effets paradoxaux de la dotation globale où, par exemple, il apparaît préférable de diminuer l'activité d'un équipement pour en réduire les charges alors que tout excès d'activité serait non facturé.

Le principe de la dotation globale ne tient pas compte du niveau de l'activité et fige des situations inégalitaires au sein des établissements publics. Cette limitation de l'activité a conduit, paradoxalement, à renfoncer le secteur privé, financé proportionnellement à son activité et qui propose donc des délais plus courts et des qualités hospitalières incontestablement supérieures. De plus, elle renforce l'activité du secteur privé non hospitalier et impose souvent pour l'établissement public un transfert de certains de ses services (techniques notamment) vers des entreprises privées.

Finalement, le principe de la dotation globale n'a pas eu les résultats escomptés en termes de diminution des dépenses de santé publique ce qui était pourtant l'objectif recherché en 1980 et il est apparu lors de plusieurs études que la durée moyenne de séjour n'avait pas significativement baissé. La loi du 31/07/1991 propose une prise en compte de l'activité réelle des établissements publics et une harmonisation des moyens médicaux régionaux et nationaux par l'établissement des schémas d'organisation sanitaire, révisables tous les cinq ans. Chaque établissement produit un projet (projet d'établissement), intégré au sein du dispositif sanitaire global, et sera encouragé à signer des conventions de partenariat afin de permettre une homogénéité, une complémentarité des différents services de soins proposés, couvrant l'ensemble des missions de service public. Progressivement, est mise en place une tarification par pathologie dans un souci d'optimiser l'offre de soins. Depuis 1989 le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) afin d'estimer plus justement l'activité et les coûts, concerne les disciplines MCO. Les ordonnances du 24/04/96 complètent cette démarche et ont insisté sur la nécessaire maîtrise médicalisée des dépenses de santé et ont créé l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), et surtout les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH). La mise en place du schéma d'organisation sanitaire et de la tarification par pathologie correspond à un double objectif. Celui d'harmoniser sur le plan régional les offres de soins et celui de proposer dans chaque établissement (voire dans chaque service) une dynamisation par la prise en compte de l'activité, grande absente du mode de financement par la dotation globale.

#### Le financement des établissements publics de santé s'effectue actuellement autour de ces deux axes.

Une dotation globale nationale, établie selon des critères d'évolution des dépenses de santé votée par le parlement. Il persiste donc un taux annuel d'évolution défini par l'équilibre budgétaire. Toutefois cette dotation globale nationale, autrefois attribuée systématiquement à chaque établissement, apparaît allouée à chaque région et répartie selon les besoins exigés par la carte sanitaire. Cette attribution de moyens par l'ARH doit intervenir selon le principe de contrats d'objectifs et de moyens (procédures de contractualisation externe). De plus, au sein de chaque établissement, il sera possible de créer des pôles de responsabilité de gestion afin de suivre, pôle par pôle, l'évolution budgétaire (procédures de contractualisation interne).

#### Un financement par pathologie avec enveloppe limitative

Dès les années 1980 la mise en place des groupes homogènes de malades (GHM) a eu pour but de produire une mesure médicalisée de l'activité en étant établis à partir de la mise en place des PMSI.

Chaque PMSI a pour objectif de déterminer plusieurs coefficients : les RSS (résumés de sorties standardisées), complétés par les IPSI pour la pondération des soins infirmiers et l'ICR pour la prise en compte des services techniques. Cet ensemble vise à établir des GHM et, secondairement, des CMD (catégories majeures de diagnostics) avec, évidemment, une tentative de corrélérer un coût par pathologie.

Le PMSI a été mis en œuvre à grande échelle de 1989 à 1991 avec des établissements volontaires, dotés d'un DIM (département d'informatisation médicale) dirigé par un praticien hospitalier. La généralisation des calculs à partir de plusieurs établissements a permis de définir, plus précisément, les dépenses affectées à chaque GHM. Ce coût est converti en point ISA (indice synthétique d'activité) dont la valeur dépend, évidemment, de facteurs locaux, ce qui entre dans la logique d'un financement régional et non national.

#### Certaines remarques s'imposent

La valeur intrinsèque du point ISA apparaît

très corrélée à la DMS. Lors de la réforme de 1983. La dotation globale avait comme but, parmi d'autres, de diminuer les durées de séjour ou du moins d'éviter que la DMS soit un facteur de financement pour l'établissement. Les analyses faites après la mise en place de la dotation globale ont montré que la DMS avait finalement peu baissé. L'apparition des GHM a remis la DMS au goût du jour. Les pathologies lourdes restent plus longtemps hospitalisées. Au-delà de ce constat évident, le problème, en fait, est de ne pas faire de la DMS un indicateur en tant que tel et donc d'en préciser les aspects pervers, à savoir l'allongement artificiel.

La budgétisation se faisant sur la base GHM, l'établissement n'a pas intérêt à accepter des patients avec des écarts-types trop importants donc déviants. Ce risque concerne essentiellement les patients aux pathologies lourdes. Aux Etats-Unis la mise en place des PPS (perspective payment system) avait mis en évidence l'apparition de ce phénomène de « skimming ». Les hôpitaux ont tendance à transférer un maximum de services vers des prestataires extérieurs, ce qui entraîne, évidemment, une baisse du coût du GHM, mais un surcoût pour la collectivité. Alors que la tendance de surcotage des cas (upcoding) peut permettre de majorer artificiellement les recettes, le financement des établissements par pathologie peut conduire à un fractionnement des séjours (unbundling). Le patient sort et est réadmis pour une éventuelle aggravation ou un nouveau tableau pathologique.

#### Dans une deuxième partie, le rôle du directeur d'établissement, acteur central du fonctionnement financier des hôpitaux, est apprécié.

L'auteur aborde, notamment, la place des organismes régulateurs comme les ARH et l'ANAES pour limiter les effets de rente et les risques de collusions afin de maintenir un niveau de compétitivité entre les établissements. Exercice périlleux puisque chaque établissement a des missions spécifiques au regard des missions de service public. Les écueils classiques sont évidemment le rejet de malades coûteux ou, à l'inverse, l'hyper-spécialisation vers des pathologies hautement « rémunératrices ».

Ce chapitre se conclut par les tentatives d'amener une gestion dynamique et individualisée pour chaque établissement, en utilisant le ressort constitué par le budget discrétionnaire constitué par le capital-entreprise de l'établissement par ailleurs modulable. ■

M. Fouillet et G. Massé\*

\*Centre Henri Rousselle SM15, CH Sainte-Anne, Paris

#### LIVRES

##### Un promeneur solitaire

Victor N. Smirnoff  
Calmann-Lévy

Victor Smirnoff (1919-1994) est une des figures importantes, non conventionnelles du, ou disons, des mouvements psychanalytiques. Il fut l'un des pionniers d'une pratique psychanalytique (aujourd'hui pour une part controversée et difficile) en dispensaire, créant le Département de psychothérapie sur la rue Tiphaine à Paris, et le dirigeant durant plusieurs années. Il fut également l'un des fondateurs de l'Association psychanalytique de France, où il occupa des positions institutionnelles et se consacra assidûment à l'épineuse question de la transmission de la psychanalyse et de la formation des jeunes praticiens-analystes. Il fait par ailleurs partie, dès le début, du comité de rédaction de la très regrettée *Nouvelle Revue de Psychanalyse*. Marie Moscovici, préfaçant ce beau recueil d'articles

couvrant les années 79-80, présente la pensée et la pratique de Smirnoff comme celle d'un « compagnon de la psychanalyse », dont « la simplicité d'expression » ne nuit en rien à « la force de transmission ». Les écrits réunis n'imposent pas une pensée ; ils autorisent le fonctionnement de la pensée chez ceux qui en prennent conscience par la lecture. « Voyageurs à leur tour »... Effectivement, « De Vienne à Paris » au « Pouvoir sexuel » ; de « La Transaction fétiche » au « Contre-transfert, maladie infantile de l'analyste » ; de « L'argent » au « Style dans l'interprétation »... Ces textes stimulent l'esprit comme la volonté d'en travailler d'autres encore, d'y revenir, d'en partir, de remettre comme toujours en question la place et le rôle de la psychanalyste par les temps qui courent. Avec cette vague idée, comme l'écrit Smirnoff en conclusion, de l'article qui figure à la fin du livre, un article intitulé justement « Le mot de la fin » : « La véritable difficulté est de savoir non pas quand l'analyse finit, mais ce qui s'y consume et où elle commence ». Ch. Paradis

## BIOGRAPHIE (suite)

parts entre l'extérieur (à savoir ce qu'il avait perdu : sa mère) et lui-même le soin acharné apporté à l'édification de cette digue donne, me semble-t-il, la mesure du danger dont il croyait devoir se protéger. Le danger pour Descartes est à l'extérieur. L'objet extérieur, la reconnaissance du monde, n'arrive que très tard dans sa philosophie (la 6<sup>ème</sup> méditation) : le monde reste longtemps incertain. Descartes pratiqua toute sa vie de longues grasses matinées dans son lit mêlant tour à tour ses rêves et la réalité : « *je mêle insensiblement mes rêveries du jour à celles de la nuit* ». Il se méfiait profondément de l'incertitude de séparation de ces deux mondes. Et il n'a eu de cesse de donner raison à l'une (la réalité) et « *tout* » à l'autre (le rêve). Mais il faut, tout de même, savoir que les fondements de sa philosophie, Descartes les a trouvés dans les fameux trois rêves de la nuit du 10 novembre 1619 auxquels je renvoie mais qui peuvent se résumer ainsi : la peur d'un corps ensorcelé, qui est le sien, incontrôlable. Rappelons également la théorie de la pesanteur, la théorie de la force centrifuge, la théorie de la lumière qui furent élaborées lors de rêves.

De plus, Descartes était manifestement phobique du contact humain, ce qui l'a fait très tôt émigrer en changeant constamment de résidence de façon à vivre parmi des hommes qu'il ne connaissait pas et dont il ignorait la langue, afin de pouvoir les prendre « *pour des arbres, ou mieux pour des animaux* », qui, on le sait, ne sont à ses yeux que des machines. A ceci s'ajoute un incontestable goût du secret. Ainsi s'explique le mot célèbre des *Cogitationes privatae* (texte de jeunesse 1619-1662, dont les originaux sont perdus mais dont les copies, faites par Leibniz ont été retrouvées à la bibliothèque de Hanovre) : « *je m'avance masqué* » ainsi que cette devise qu'il dit avoir fait sienne : « *celui-là a bien vécu qui s'est bien caché* ».

## PEUR DU VIDE : RIGIDITÉ DES DÉFENSES DU MOI

La mort de sa mère lui a laissé un espace vide. Il n'aura de cesse de le remplir, au sens physique du terme comme au sens psychologique. Dans les *Principes*, Descartes explique « *qu'il n'y a donc qu'une même matière en tout l'univers* ». Cette matière homogène est continue ce qui exclut le vide.

En effet, l'univers pour Descartes doit être compact sans trou, sans fissure. Le vide n'existe pas, il ne peut être que virtuel. Jugez-en plutôt, par un exemple (pris dans sa physique) : l'univers matériel est tout entier de lumière, de grosseurs différents. Ces parties ne sont pas des atomes, c'est-à-dire insécables, au contraire, ils sont divisibles à l'infini. Ce qui permet, remarquons-le, de remplir exactement l'intervalle entre ces corpuscules physiques.

L'analogie du vide avec l'inconscient est bien évidemment tentante et je vous la propose. Un vide, dont on le sait, Descartes affirme l'inexistence comme il affirmerait l'inexistence de l'inconscient (Lacan inscrira le nom d'inconscient dans l'ordre rationnel). Descartes ne parle à aucun moment d'*inconscient* mais il parle du *diable* ce qui pour nous revient au même. *Le risque du vide serait*, en effet, *que le diable s'y incruste*. En d'autres termes ce serait se mettre en danger de mort : « *c'est moins de perdre la vie que de perdre la raison* ». Descartes faisait, par ailleurs, un grand usage dans la physique de la force centrifuge parce qu'il faisait un grand usage de tourbillon d'abord pour se débarrasser du sentiment d'en être le jouet (cf ses rêves) et aussi parce qu'il lui permettait de mieux résoudre le problème du plein absolu en dépit du mouvement. A savoir : si un corps a bougé,

il laisse sa place ; celle-ci doit être immédiatement occupée par un corps B. Or il n'est pas sûr que ce corps B animé d'un mouvement d'une autre origine soit justement mis là où il faut, il est donc préférable que le corps A assure lui-même l'occupation de l'espace laissée. Comment ? Un seul moyen : que la trajectoire des corps qu'il pousse devant lui soit circulaire : il s'agit de *maintenir parfaitement le remplissage de l'espace* (ainsi empêcher toute ouverture au diable). En tout cas, pour que le vide n'ait pas le temps de se creuser, il faut que ce mouvement circulaire ne prenne aucun temps, qu'il soit instantané. C'est une conception cartésienne de la plus grande importance. Le changement continu, le mouvement qui dure, (le passage progressif de l'Être au Non Être, le glissement du même à l'autre) sont inexorablement évacués de la physique de Descartes. Il y a chez Descartes le sentiment d'une incapacité à persister dans son être, d'une incertitude profonde quant à sa permanence, même concernant son passé le plus immédiat, lequel ne peut être validé par le cogito qui n'est qu'au présent. Cette incertitude le livre a un seul changement alors resenti comme destructeur. Sans la garantie intérieure d'une Identité qui dure (je pense, je suis) il le vit comme un substrat.

## CONCLUSION

Descartes a tenté de tout savoir, à rendre compte de tout, à sonner un sens univoque à tout. Il est resté dans l'univers de la conscience, même s'il a flirté quelque peu avec le diable. Il a déclaré forfait devant le mystère insondable et scandaleux pour la raison de l'union de l'âme et du corps. Mais il a reconnu et montré l'hétérogénéité de l'Être : « *je sais que je ne comprends pas* » dit-il devant Dieu, devant l'infini. En dépit de certaines idées reçues, les solutions cartésiennes sont souvent complexes et même apparemment contradictoire. *Les Passions de l'Âme* (1649) est le meilleur éclairage que j'ai trouvé de cette complexité et de sa compréhension. Disciple et amie de Descartes, réfugiée en Hollande,

Elisabeth, princesse palatine, entretint avec lui une correspondance importante, traitant de problème de métaphysique et surtout de morale. C'est, en effet, dans les lettres à Elisabeth que l'on a coutume de chercher la « *morale définitive* » de Descartes. La Princesse s'intéressait aussi beaucoup à ce qui touchait la vie affective et émotionnelle de l'homme et c'est pour Elisabeth que Descartes composa d'abord, en 1646, un « *petit traité* » qui, remanié et enrichi, devait paraître en Novembre 1649 sous le titre *Les Passions de l'Âme*. Si l'œuvre de Descartes a révolutionné la pensée occidentale, il nous a laissé un système inachevé dans la mesure où il mettait à nu, dans l'image qu'elle nous présentait de l'être, des zones d'opacité définitivement impénétrables et des apories irréductibles telles qu'il en existe en effet.

La force de la psychologie aux USA c'est la propension à évaluer le réel. C'est aussi ne pas être prisonnier de théories si les faits ne les confirment pas. Et c'est un vrai plus que je découvre ici. Mais il y a une limite au quantitatif. Et ce que je constate dans mon domaine, aux USA, c'est une propension à s'abriter derrière les chiffres et les codes. Les chiffres ne sont que des instruments et ils ne remplacent pas une intuition fondamentale. « *Les statistiques sont comme les bikinis : ils montrent beaucoup de choses mais cachent l'essentiel* ».

Je ne peux conclure cette réflexion sans mentionner la place considérable de Dieu dans les écrits de Descartes. Bien que constante je dirais qu'elle est passée d'une situation formelle (besoin d'approbation des représentants de l'Eglise) à une situation personnelle. Mais là n'est pas le sujet de mon étude. ■

## Bibliographie

GUY LE GAUFÉY, *L'incomplétude du symbolique*, René Descartes à Jacques Lacan.

FRANCIS PASCHE, *Le sens de la psychanalyse*, 1988, PUF.

*Être dans la solitude*, Nouvelle Revue de Psychanalyse n°36, 1987.

GEORGES PASCAL, *Descartes*, 1986, Bordas.

## EPILEPSIE EURO SERVICES MOBILISE LES ACTEURS ECONOMIQUES, MEDICAUX ET SOCIAUX DES REGIONS SUR LE THEME « EPILEPSIE ET TRAVAIL »

L'initiative de l'association *Epilepsie Euro Services*, les acteurs économiques, médicaux et sociaux, ainsi que les personnes épileptiques et les acteurs de l'insertion professionnelle se sont rencontrés le 20 avril à Poitiers et le 22 avril à Amiens, pour faire le point sur l'insertion dans le monde du travail des personnes épileptiques.

Dans le cadre du programme européen *PIC-Emploi Horizon PH*, programme d'initiatives communautaires pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées, des réunions sont organisées dans trois régions-pilotes la Picardie, le Poitou-Charentes, et le Centre, cet été. Cinq organisations en Europe (dont *Epilepsie Euro Services*, pour la France) ont travaillé ensemble sur le projet Horizon, avec pour objectif de favoriser l'intégration dans le travail des personnes épileptiques. En Allemagne, en Finlande, en France, en Irlande, associées à la Norvège, les employeurs et les agences gouvernementales se sont concertés pour mettre en place des actions auprès des personnes épileptiques, pouvant améliorer l'accès à l'emploi : « *La Formation vers le Succès* ». En France, ce programme biannuel (1998-1999) est mis en œuvre par *Epilepsie Euro Services* et cofinancé par l'AGEFIPH (Association Nationale pour la Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées), et l'Union Européenne via le FSE (Fonds Social Européen). Il bénéficie, en outre, du soutien financier des laboratoires Cessenne, société du groupe Hoechst Marion Roussel.

*Epilepsie Euro Services* est une association loi 1901, créée en avril 1997 fondée par des gens de terrain et des professionnels de la réadaptation dont les objectifs sont :

- favoriser l'information de la personne épileptique et de son entourage,
- développer tous les modes de formation pour son insertion,
- assurer la mise en œuvre de tout projet relatif à ces objectifs,
- promouvoir la participation de tout organisme ou association concerné par ces actions.

La réalisation de ces objectifs passe par des actions concrètes : par exemple, organiser des réunions dans différentes régions, afin de créer des réseaux entre les acteurs de l'insertion professionnelle. L'association a également participé, avec les quatre autres partenaires européens, à la création d'un *Manuel pour l'Emploi*, et en assure la diffusion, en France, auprès de tous les acteurs de l'insertion économique des personnes épileptiques\*. ■

G.M.

\*Le classeur *Le Manuel pour l'emploi* est disponible sur demande à Epilepsie Euro Services, 133 rue Falguière, 75015 Paris. Tél./fax : 00 33 (0)1 45 66 79 59. E-mail : bepilesie@aol.com.

## LIVRES

## Les errants de la chair

Jean-Pierre Winter  
Calmann-Lévy

Il fallait oser ce beau sujet, auquel tant de choses conduisent, mais qui renvoie aussi à de sérieuses difficultés historiques, conceptuelles. Il fallait oser s'attaquer, de cette manière, naturellement pas irréprochable, au « *psychanalytiquement correct* » et au « *littérairement correct* ». Winter s'y risque donc, en douceur et parfois sans ménagement, à grand renfort d'une culture vivante et animée, en abordant non sans un certain courage, un tel « *impensé théorique* », quelque chose comme un « *tabou de l'esprit* » qui n'a pas fini de faire parler de lui... On a pu dire et entendre que *Les Errants de la chair* était « *un essai à la fois neuf et rigoureusement iconoclaste* »... Le travail de l'auteur *Des hommes politiques sur le divan* (1995, également chez Calmann-Lévy), n'en reste pas là. Au-delà des formules toutes faites, la question n'est pas tant qu'un siècle après les travaux de Charcot, l'idée paraisse toujours aussi subversive... Il s'agit de se demander, sur le cheminement tracé ici avec force et subtilité, ce que les grands textes fondateurs nous enseignent. Des avatars surprenants (un passage extraordinaire du livre) du maranisme aux métamorphoses érotico-littéraires de Casanova-Don Juan ; de l'œuvre de Freud à celle de Shakespeare, de Spinoza à Lacan... L'auteur analyse comment les hommes hystériques ont toujours eu tendance à tyranniser, donc à chercher leur maître, dans les « *corps constitués* » (politique, judiciaire, médical, etc.), jouant à la fois de cette faculté à ne pas se protéger de la déception qui leur semble précieuse et de leur utopique prétention à la perversion. Citant dans un même mouvement de pensée un spécialiste de « *l'espace non peint* » dans la peinture chinoise de Spinoza, celui du « *désir est l'essence même de l'homme* », Winter nous fait traverser l'hystérie du côté de ses impasses comme du côté de ses issues forcément incertaines. Est-ce un hasard si son chapitre de conclusion, après un passage (lacanien) presque obligé par Sade, porte sur la question (interminable et controversée) des processus sublimatoires ?

Ch. Paradis

## Les politiques locales de lutte contre le sida

## Une analyse dans trois départements français

Olivier Borraz, avec la collaboration de Patricia Loncle-Moriceau et Cristel Arrouet

L'Harmattan

L'ouvrage propose une analyse des actions de lutte contre le sida dans trois départements : la Gironde, l'Hérault et le Val d'Oise. Le constat porte, tout d'abord, sur les contestations dont a fait l'objet la prise en charge hospitalière, qui débouchent sur la constitution d'un milieu associatif critique, l'organisation d'actions de suivi extra-hospitalières et l'ouverture de l'hôpital sur son environnement, sans toutefois remettre en cause la prééminence de l'hôpital dans le système sanitaire français. La démarche s'attache, ensuite, à montrer que les actions de prévention sont le produit de configurations locales qui confèrent des sens particuliers au risque VIH, et qui débouchent sur des discours alternatifs par rapport aux campagnes nationales de prévention. Enfin, le rôle de l'Etat dans la lutte contre le sida, notamment dans sa capacité à mettre en forme l'action publique locale, est cerné.

## LIVRES

**Santé mentale  
Bilan et perspectives**

Être Handicap Information  
Avril-mai-juin 1999  
Numéro double 40-41\*

Être handicap information est le seul magazine grand public, non associatif, vendu en kiosque. Destiné aux personnes handicapées, leur famille et leurs proches, il recense les informations pratiques et utiles sur l'actualité médicale, sociale, juridique, professionnelle et culturelle. Il est aussi un lieu de dialogue entre personnes handicapées et valides afin que chacun comprenne et accepte mieux la différence.

Ce numéro spécial de 140 pages dresse un état des lieux de la psychiatrie en France : l'institut Ipsos et le magazine Viva ont réalisé et analysé un sondage sur la perception qu'ont les français de la maladie mentale, dans une interview, Bernard Kouchner, Secrétaire d'Etat à la Santé et à l'Action sociale, explique ses préoccupations.

Ce numéro spécial fait aussi le point sur : la recherche pharmaceutique dans le domaine de la psychiatrie ; l'insertion sociale et professionnelle des personnes affectées par des troubles mentaux et le rôle joué par certains organismes, en particulier l'Agefiph, pour favoriser leur accès à l'emploi ; les droits de la personne malade mentale ; les régimes de protection des majeurs.

Bien d'autres aspects sont abordés comme les associations de patients de familles, certaines modalités de soins, l'insertion en entreprise.

\*Être Handicap Information, 5, villa Wagram-Saint-Honoré, 75008 Paris. Tél. : 01 40 68 07 04. Fax : 01 40 68 03 81

**La mort vue autrement**

François Dagognet et Tobie Nathan  
*Les Empêcheurs de penser en rond*

François Dagognet et Tobie Nathan ont travaillé ensemble sur le problème de la mort car il leur semblait que les textes actuellement disponibles étaient insuffisants : le deuil était renvoyé à une question psychologique, à la souffrance psychique. Un point de départ leur est commun : l'importance accordée aux objets. Pour Tobie Nathan, si l'on veut comprendre les problèmes posés à des personnes par un deuil, il faut regarder comment on a traité le corps et les biens qui appartenaient au défunt. Pour François Dagognet, il faut d'abord analyser les pratiques funéraires puisque la mort est avant tout un phénomène social et humain total, plus encore qu'un instant décisif de la vitalité qui se termine.

**De l'inconscient  
phénoménologique  
L'art de comprendre**

1999 n° 8\*

La question de l'inconscient phénoménologique permet de problématiser ensemble le concept générique d'inconscient, avant sa spécification freudienne ou jungienne, et l'hypothèse d'un travail transcendantal de l'existence nécessaire à la construction de tous thèmes et déploiements. Y-aurait-il ainsi de l'inconscient phénoménologique, des traces, des sentes, et des contraintes d'inconscient phénoménologique qui détermineraient notre expérience du monde ? Loin de nous égarer vers un monumental inconscient phénoménologique, se trouve ici interrogé le rapport originaire de soi-même, à autrui et au monde.

\* L'art de comprendre (Le Cercle Herméneutique)  
4, boulevard de l'Hôpital, 75005 Paris  
Fax : 01 39 81 24 96

# Le trouble obsessionnel compulsif

Le TOC (Trouble Obsessionnel Compulsif), longtemps considéré comme très rare, touche en réalité 2 à 3% de la population. Le Symposium organisé par les Laboratoires Pfizer a permis de faire le point sur cette affection, dont l'éventail thérapeutique s'élargit aujourd'hui avec la sertraline (Zoloft®), qui a démontré non seulement son efficacité, mais aussi son profil de tolérance, particulièrement important dans le cadre d'un traitement souvent long et difficile.

Si les études actuelles retrouvent un taux de prévalence du TOC de 2 à 3%, celui-ci ne représente que la face immergée de l'iceberg, car si l'on prend en compte les syndromes obsessionnels compulsifs (SOC), c'est-à-dire les formes infra-cliniques, il faudrait ajouter 6% de plus de prévalence, et encore 10% supplémentaires si l'on ajoute les symptômes obsessionnels compulsifs. La prévalence du TOC est identique dans les deux sexes et à travers des cultures différentes. Les différents facteurs psycho-sociaux étudiés ne semblent pas corrélés avec l'existence de TOC ou de SOC. L'évolution de l'affection est parfois chronique, mais également marquée par un taux important de rémission (complète ou non), avec une sévérité fluctuante au cours du temps.

**Il existe plus de 30 types  
d'obsessions et de compulsions**

Si les formes cliniques les plus connues sont celles des « laveurs » et des « vérificateurs », le TOC recouvre un spectre beaucoup plus large de présentations cliniques, telles la lenteur obsessionnelle primaire, les formes à dominance obsessionnelle (obsessions agressives, sexuelles, sacrées...) compulsive (besoin de symétrie, de rangement, ordre, comptage...), l'amassage compulsif... Dans la pratique, il est recommandé de faire l'inventaire le plus complet possible des obsessions-compulsions (par exemple en s'aidant de la check-list de Yale-Brown), car dans la plupart des cas, les symptômes sont multiples. Certaines variables sont également utiles à prendre en compte, notamment pour évaluer le pronostic et faire un choix thérapeutique optimal : ce sont notamment la dominance syndromique, l'âge de début, le sexe et la comorbidité avec d'autres affections psychiatriques et neurologiques (tics et mouvements anormaux notamment).

**Une stabilité développementale  
au cours de la vie**

De nombreux arguments convergent pour souligner la stabilité développementale du TOC au cours de la vie, que ce soient la relative stabilité de l'incidence et de la prévalence du trouble, les similarités évolutives et phénoménologiques ou, plus récemment, l'efficacité comparable des traitements dans le TOC de l'enfant et de l'adulte. La reconnaissance de ce trouble chez l'enfant est cependant récente, les conditions particulières du diagnostic et la banalisation fréquente des manifestations par l'entourage expliquant ce retard.

**Un nouvel outil thérapeutique  
dans le TOC**

La sertraline (Zoloft®) vient enrichir l'éventail thérapeutique du TOC de l'adulte (seules la clomipramine, la fluoxétine et la paroxétine étaient approuvées en France dans cette indication). Les IRS sont en effet efficaces dans cette pathologie, et il ressort de l'ensemble des données existantes que l'effet anti-TOC est plus long à apparaître que l'effet antidépresseur, qu'il est progressif et s'ac-

croît régulièrement sur plusieurs semaines, voire plusieurs mois, mais qu'il reste le plus souvent partiel. Plusieurs études ont comparé directement l'efficacité et la tolérance de la clomipramine à celle des IRS plus récents, mais seule l'une d'entre elles, menée avec Zoloft®, met en évidence des différences significatives avec la clomipramine<sup>(1)</sup>. Ainsi, 168 patients présentant un TOC sévère ont été randomisés dans une étude d'une durée de 16 semaines (86 patients dans le groupe Zoloft®, 82 dans le groupe clomipramine). L'amélioration mesurée en fin d'étude, analysée en intention de traiter, est significativement supérieure dans le groupe Zoloft® : 51 % versus 43 % sur l'échelle Y-BOCS (p = 0,04). Etant donné le plus grand nombre de sorties d'étude pour effets indésirables chez les patients traités par clomipramine, l'analyse des résultats chez les patients ayant reçu au moins quatre semaines de traitement n'a pas permis de mettre en évidence de différence significative entre les deux groupes. Un traitement à long terme est le plus souvent nécessaire. L'étude la plus longue a été menée avec Zoloft®, administré en double aveugle contre placebo pendant 1 an<sup>(2)</sup> puis en ouvert pendant une deuxième année<sup>(3)</sup>. Zoloft® est significativement plus efficace que le placebo après 48 semaines et de plus, l'amélioration se maintient ou tend à s'accroître avec le temps. Le profil de tolérance a également été évalué dans ces différentes études. Les principaux effets indésirables observés confirment les données déjà disponibles dans la dépression, mais les études réalisées sur 1 et 2 ans<sup>(2,3)</sup> montrent qu'ils tendent à diminuer avec la durée du traitement. De plus, la tolérance de Zoloft® apparaît supérieure à celle de la clomipramine<sup>(1)</sup>, comme en témoigne le taux d'arrêts de traitement (10,5% dans le groupe Zoloft® versus 25,6% dans le groupe clomipramine, p = 0,02). En pratique, Zoloft® est indiqué dans le TOC de l'adulte à la posologie de 50 mg par jour (soit 1 gélule), matin ou soir, au cours du re-

pas. Une adaptation posologique est possible après trois semaines de traitement, en fonction de la réponse clinique, par paliers de 50 mg, jusqu'à 200 mg/j.

**La thérapie cognitive**

La thérapie cognitive repose sur 20 séances de 1 heure pendant 6 mois, qui permettent la mise à jour et le questionnement des pensées automatiques et des postulats de danger et de responsabilité. Elle aboutit à une modification de la pensée magique et des schémas précoces de danger. Les études ayant évalué cette psychothérapie mettent en évidence des résultats similaires à ceux de la thérapie comportementale par exposition, notamment sur les rituels, voire supérieurs sur la dépression.

**L'AFTOC : information et  
soutien des patients et des  
familles**

Les répercussions du TOC sur la vie des patients qui en souffrent sont souvent sous-estimées. Pourtant, elles touchent tous les secteurs de la vie quotidienne, sociale et professionnelle, familiale et de couple et provoquent une souffrance intense chez le malade comme chez son entourage. Ces difficultés sont encore aggravées par les sentiments de honte et de culpabilité qui amènent trop souvent les patients à s'isoler. Les familles sont souvent plongées dans le désarroi et les conflits fréquents avec le membre de la famille atteint, faute d'information et de soutien. C'est dire toute l'importance d'une association telle que l'AFTOC, notamment pour aider au quotidien les malades et leur entourage et les orienter vers des thérapeutes et des centres thérapeutiques appropriés. ■

Conférence de presse organisée par le laboratoire Pfizer, dans le cadre du Symposium « Le TOC : une maladie à découvrir », auquel participaient le Pr P. Pichot (Paris), le Pr A.-F. Allilaire (Paris), le Pr J. Angst (Zurich), le Dr E.-G. Hantouche (Paris), le Pr M. Bouvard (Bordeaux), le Pr P. Blier (Montréal), le Dr M. Flament (Paris), le Dr J. Cottraux (Lyon) et Mme A. Lecarpentier (Présidente de l'AFTOC).

(1) Bisserbe JC et al., *A double-blind comparison of sertraline and clomipramine in outpatients with obsessive-compulsive disorder*, Eur Psychiatry 1997, 12: 82-93.

(2) Greist JH et al., *A 1-year double-blind placebo-controlled fixed dose study of sertraline in the treatment of obsessive-compulsive disorder*, Int Clin Psychopharmacol 1995, 10: 57-65.

(3) Rasmussen S., *A 2-year study of sertraline in the treatment of obsessive-compulsive disorder*, Int Clin Psychopharmacol 1997, 12: 309-16.

**LE MOI PAR MOIS**

Maurice Ferreri et Philippe Nuss de l'Hôpital Saint-Antoine (Paris) ont réalisé un agenda intitulé « *Le moi par mois* ». Cette action a été présentée par les deux auteurs lors d'une rencontre de presse organisée par les Laboratoires Synthelabo, à Paris le 11 mai dernier.

Les cliniciens sont souvent en présence de patients dont les doléances réitérées sont focalisées sur leurs corps alors même qu'aucune anomalie lésionnelle n'est décelée. Ces troubles sont tenaces, variables dans le temps, intermittents, exacerbés par des moments de tensions émotives ou permanentes, aggravés par des conflits ou des difficultés liées aux aléas de la vie quotidienne. La prise de conscience par le patient comme sa capacité à réfléchir sur sa souffrance, sur son mal-être, aide à mieux l'appréhender et mieux y faire face. Dans cette perspective, il est intéressant, à l'aide d'un carnet d'auto-évaluation appelé « *Le moi par mois* », réalisé dans le cadre d'un essai d'une meilleure prise en charge sous Dogmatil® 50 mg, d'apprécier l'expression de la plainte, son intensité et son évolution en fonction de situations émotives ou de difficultés relationnelles.

« *Le moi par mois* » est un carnet de suivi des difficultés des patients. Son objectif est d'aider à prendre du recul pour observer le retentissement de l'état de santé sur le moral et le comportement quotidien. Pour remplir correctement ce carnet, le patient doit répondre, chaque semaine, aux 10 questions qui sont posées et qui concernent la semaine qui vient de s'écouler. L'évaluation est faite à l'aide d'une échelle visuelle analogique (VAS). Le carnet est apporté à chaque consultation, ce qui permet de l'utiliser aussi en tant qu'outil transactionnel dans la relation médecin-malade. Ainsi, cet agenda propose d'améliorer le lien du patient à son corps, mais aussi au médecin, d'objectiver les fluctuations temporelles des plaintes et de faire le lien avec les événements et les émotions et, enfin, de créer les conditions d'un vrai partenariat thérapeutique entre médecin et patient. ■

G.M.

## DÉPRESSION : CONCEPT DE RÉMISSION ET ÉVOLUTION DE L'OBJECTIF THÉRAPEUTIQUE

Le clinicien qui prend en charge un patient présentant un épisode dépressif majeur ne peut pas se satisfaire de la seule réponse au traitement. Certes, celle-ci traduit une amélioration clinique, mais l'objectif est que le patient retrouve son état de bien-être antérieur et que cet état se stabilise dans le temps. Il apparaît évident que, dans les essais thérapeutiques, la seule réponse au traitement ne peut pas plus constituer un critère suffisant pour conclure au succès du traitement. La définition d'un critère valide a fait l'objet de la conférence de presse organisée par le laboratoire Weyth-Lederlé à l'occasion de la commercialisation d'Effexor® I.P. réunissant Julien-Daniel Gueffi (Paris) et Eliseo Salinas (Paris). Actuellement, pour évaluer l'évolution, sous traitement antidépresseur, des patients atteints d'un épisode dépressif majeur, certains critères sont définis d'une façon consensuelle. Un premier critère est la rémission thérapeutique, objectif ambitieux, car le but est d'obtenir que le patient soit asymptomatique. On distingue rémissions partielle et complète. Lors de rémission partielle, il s'agit d'une période d'amélioration, allant de quelques semaines à 6 mois, durant laquelle les critères de sévérité syndromique n'existent plus, mais où restent présents des symptômes résiduels. La rémission complète suit, en général, une période transitoire de rémission partielle. Il s'agit d'une période limitée (2 mois, selon le DSM-IV) d'absence de symptômes. Enfin, lorsqu'une période de rémission complète se poursuit de 4 à 6 mois, on parle de guérison. Ce terme s'applique à chacun des épisodes dépressifs et non au trouble dépressif lui-même.

Dans les essais thérapeutiques, ces critères peuvent mieux rendre compte de l'efficacité d'un traitement antidépresseur que la simple réponse au traitement, qui a été utilisée le plus souvent jusqu'à présent. Par exemple, la comparaison de la fluoxétine à l'imipramine montre que, pour un taux de patients répondeurs comparable, il existe un plus fort pourcentage de patients en rémission sous imipramine que sous fluoxétine (environ 35% versus 20%).

Dans les études récentes portant sur la venlafaxine (Effexor®), le principal critère utilisé afin d'évaluer l'efficacité du traitement a été la rémission. Deux études peuvent illustrer cette donnée. Une première étude a comparé la venlafaxine (75 à 225 mg/jour) à la fluoxétine (20 à 60 mg/jour) et au placebo, au cours d'un suivi de 8 semaines. Le taux des patients en rémission a été significativement plus important avec la venlafaxine, dès la quatrième semaine et jusqu'à la fin de l'étude, versus placebo, et à la huitième semaine versus fluoxétine. Une autre analyse groupée de huit études réunissant près de 1800 patients traités par la venlafaxine, IRS ou un placebo a été réalisée pour les patients en rémission (HAM-D < 8). La venlafaxine, comme les IRS (fluoxétine, paroxétine et fluvoxamine) s'est montrée significativement supérieure ( $p < 0,001$ ) au placebo sur le critère de la rémission. La venlafaxine a été significativement supérieure aux IRS ( $p = 0,05$ ) sur ce même critère. La dualité d'action de la venlafaxine, sur la sérotonine et sur la noradrénaline, permet d'expliquer l'efficacité, en terme de rémission. ■

F.C.

\*Conférence de presse organisée par les laboratoires Wyeth-Lederlé à Paris le 4 mai 1999

procéder par étapes clairement définies. Après une phase de mise en route (apprentissage et développements des capacités de mentalisation, installation d'un transfert stable, garant du lien thérapeutique), fait suite une deuxième étape déterminante de restauration narcissique et de lutte contre les mécanismes de défense. Enfin, la cure doit s'achever par l'abord et la résolution du conflit oedipien.

L. Patry

### Histoire de l'athéisme Les incroyants dans le monde occidental des origines à nos jours

Georges Minois  
Editions Fayard

Au début de ce livre, l'auteur remarque combien sont rares les histoires de l'athéisme. C'est qu'il est difficile de se déprendre de la conception qui veut que celui-ci soit en quelque sorte l'envers de la foi et qu'il peut donc se résumer à un bref chapitre de l'histoire des religions. Une autre erreur, courante, serait de réduire l'incroyance à l'athéisme moderne : à l'inverse de Febvre, Minois affirme qu'il était possible de ne pas croire au temps de Rabelais. Le détour, par la vieille question des origines, lui permet de replacer les schémas partiels d'explication dans la perspective de la longue durée. C'est à partir du moment où l'humanité perdit le sens du mythe vécu, c'est-à-dire le moment où elle faisait corps avec le monde, que purent naître les grandes religions, les superstitions, mais aussi l'incroyance. La religion, comme sacré conceptualisé et ritualisé, tentative pathétique de retour à l'état mythique, fut en effet menacée, dès l'origine, par le rationalisme qui en organisait le révéler. Le rationnel contenu dans la religion ouvrait ainsi la voie au développement d'un athéisme théorique. La superstition, cet autre mode d'accès au sacré, a pu, quant à elle, conduire à un naturalisme magique, autrement dit à un matérialisme pratique. Si l'auteur repère des athées au sens strict dès la plus haute antiquité, il n'en reste pas moins qu'ils furent pendant longtemps minoritaires et pourchassés. Le mot même servit surtout à déconsidérer l'adversaire hétérodoxe, panthéiste, agnostique, déiste. Cet ouvrage retrace, selon une chronologie très classique, la destinée (souvent brève et tragiquement interrompue par la répression) de tous ceux, célèbres ou peu connus, qui « croient en l'homme ». On retiendra plus particulièrement les aperçus sur l'athéisme médiéval, la description du lent travail de sape qui mina la France très chrétienne sous Louis XIV, le chapitre consacré au curé Meslier, l'analyse du rôle joué par le déisme aux XVIII<sup>ème</sup> et XIX<sup>ème</sup> siècles, l'histoire, rarement évoquée, des organisations rationalistes et de libre pensée. Il est de règle, dans un tel essai, de conclure en évoquant le présent. L'athéisme semble avoir perdu de sa vitalité et pourtant notre fin de siècle n'est pas redevenue religieuse : la

question de Dieu ne paraît plus centrale et si l'on assiste au retour de l'irrationnel et à l'irruption du confusionnisme, c'est que les contemporains ne se posent littéralement plus, de questions. Un ego stéréotypé, un ego de masse, véritable inconscient collectif, imprègne la vie quotidienne et détermine les actes de tous. L'athéisme critique s'est estompé et un matérialisme d'habitude se développe qui peut faire bon ménage avec toutes sortes de croyances et de superstitions.

Ch. Bétron

### L'écoute psychosomatique

F. Moreau  
Coll Perspectives Psychanalytiques  
Editions L'esprit du temps

L'écoute psychosomatique a pour but d'aider à élaborer mentalement un symptôme physique et cela, en respectant cinq règles de base. « L'aventure initiale » consiste à permettre au patient d'amener l'investigateur où il veut et à lui demander sa conception personnelle sur sa maladie. Cette démarche a trois pôles d'intérêts : explorer les « capacités représentatives et défensives » du sujet, ne pas esquiver la « causalité psychique » telle que le patient se la représente et lui permettre de préserver sa « liberté intérieure » par une neutralité bienveillante. Tout l'intérêt de « l'anamnèse associative » réside dans le fait que l'écoute psychosomatique permet de faire exister les représentations non pas en les formulant mais en les inventant. La deuxième règle est « le fil d'Ariane » important à suivre car le patient et l'investigateur ont besoin de repères temporels et spatiaux : Où? Quand? Comment? Pourquoi?. Ces questions sont essentielles car elles montrent l'intérêt que porte l'investigateur à l'activité mentale du sujet. Et elles favorisent l'écoute tout en ne faisant pas s'effondrer les résistances mais, au contraire, en aidant à les expliquer. Il est également important de considérer le patient d'égal à égal afin que ses capacités représentatives soient toujours sollicitées. Dans la troisième règle, le « narcissisme » de l'investigateur est mis à l'épreuve car il est soumis à la frustration du discours du patient. A partir de là, un certain dégageant relationnel et une prise de distance sont nécessaires. Il ne faut pas que les questions de l'investigateur soient intrusives, elles doivent être posées en des temps partagés de l'écoute. La « fin de l'entretien » est souvent vécue comme un abandon et trois moyens sont disponibles afin de faciliter la séparation : l'évocation d'un rêve, connaître ce qu'a pensé et éprouvé le patient de l'entretien et pour terminer, lui proposer une nouvelle rencontre dans un temps relativement proche. La cinquième et dernière règle concerne les « perspectives pédagogiques » qui consiste à entendre les mots et à se représenter ce qui est agi.

N. Guillebot

## LIVRES

### Etats limites et passions narcissiques

Patrick Juignet

Editions Berger-Levrault

L'état-limite est une entité encore mal définie et controversée dans le champ de la nosographie psychiatrique et de la psychopathologie. Ce livre, clair et didactique, se propose de faire la synthèse des connaissances acquises sur ce sujet et d'y apporter des compléments nouveaux. Il dresse un tableau complet de la clinique et de la psychopathologie des états-limites, en les définissant comme une entité nosographique à part entière distincte des psychoses et des névroses. Un trouble de l'évolution narcissique en serait l'étiologie. L'état-limite correspond à une structure psychique stable, dite limite ou intermédiaire. Le repérage des conflits psychiques en jeu amène à une restructuration de la métapsychologie freudienne traditionnelle, en reprenant la définition d'une nouvelle instance psychique, le soi (déjà décrite par H. Kohut), et en apportant une redéfinition du moi.

P. Juignet défend l'hypothèse de l'autonomie d'une lignée libidinale narcissique, siège de l'investissement du soi, à côté de la lignée libidinale strictement objectale. Cette lignée aurait son propre développement psychogénétique en quatre stades distincts : un stade pré-narcissique (le narcissisme primaire freudien) (de 0 à 6 mois), avant l'existence du soi ; un stade d'individuation (de 6 mois à 2 ans), qui correspond à la naissance du soi ; un stade d'autonomisation (de 2 à 4 ans),

où le soi se stabilise ; enfin, un stade de consolidation (au-delà de 4 ans). L'état-limite constituerait un trouble narcissique secondaire à une altération de la phase d'autonomisation. La résolution du conflit oedipien serait secondairement compromise et la problématique narcissique serait mal remaniée à l'adolescence (cette dernière est normalement l'occasion d'une stabilisation du soi par des identifications secondaires).

Dans les états-limites, s'exprime un conflit entre un soi fragile, investi sur un mode primaire, un idéal hypertrophié et un moi, incapable de garantir les intérêts globaux de l'individu (notamment lors de conduites à risques caractéristiques). Le surmoi, absent ou faible, ne permet pas l'intégration de la loi et des interdits parentaux. Les fonctions symbolique et réalitaire, normalement constituées, sont fragiles. Les mécanismes de défense sont principalement le clivage, le déni, la projection et la répression.

L'auteur consacre, ensuite, une large partie à la description des différentes formes cliniques, regroupées en 3 grandes catégories : la forme centrale, dite « narcissique dépressive », où la problématique narcissique s'exprime directement et qui comprend des variantes graves ; les formes aménagées (plusieurs types : caractériel égoïste, addictif) ; enfin les formes de transition (pré-névrotiques et pré-psychotiques, avec des symptômes comme le délire).

Une prise en charge psychothérapeutique est indispensable dans tous les cas. L'indication d'une cure analytique pure doit rester prudente : les formes graves et avec aménagements pervers en constituent des contre-indications. L'abord psychothérapeutique doit

## ANNÉE UNIVERSITAIRE 1999-2000

Le Diplôme Inter-Universitaire de *Médecine et Santé de l'Adolescent* organisé par les Facultés de Poitiers et de Tours, est destiné aux psychiatres, pédopsychiatres, pédiatres, généralistes, médecins scolaires, autres spécialistes (option : D.I.U. Médecine de l'Adolescent) et aux professionnels travaillant auprès d'adolescents (option D.I.U. : Santé de l'Adolescent). Cet enseignement vise à approfondir les connaissances sur l'adolescence dans ses aspects physiologiques, médicaux, psychologiques, psychiatriques, éducatifs et à étudier les interactions entre ces domaines. Les participants pourront acquérir une capacité à travailler de façon complémentaire, coordonnée et cohérente entre les diverses professions dans une perspective de santé globale de l'adolescent. L'enseignement dure un an, réparti sur 9 sessions de 2 jours (108 heures d'enseignement). ■

Renseignements : Secrétariat du Professeur D. Marcelli (Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent), Centre Hospitalier H. Laborit La Milétrie, 86021 Poitiers. Tél.: 05 49 44 57 59. Fax : 05 49 44 57 51.

## LIVRES

**Géographie de la santé en France**

François Tonnellier et Emmanuel Vigneron

Coll. *Que sais-je ?*  
PUF

L'accès aux soins en France varie suivant de nombreux paramètres, variables suivant les régions et analysés de façon très précise par F. Tonnellier, directeur de recherche du CREDES et E. Vigneron, professeur de géographie à l'Université Paul Valéry de Montpellier. Des nombreuses données, rassemblées sous forme de tableaux et de cartes en couleur, renseignent sur le personnel soignant et les différentes infrastructures de santé dont dispose chaque région. Ces informations permettent non seulement de relever l'opposition Nord Sud, mais de distinguer 12 paysages socio-sanitaires et d'élaborer des modèles pour améliorer l'accès aux soins. La notion de bassin de santé est établie avec un outil mathématique et appliquée pour analyser une région test, le Languedoc-Roussillon. Les programmes visant à rationaliser les dépenses de santé, comme le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) ou l'allocation per capita pondérée instituée en Grande-Bretagne (RAWP) sont également expliqués.

**Le consentement amoureux**Claude Habib  
Hachette

Ce livre est une réflexion sur l'amour et la féminité. Paradoxalement, on voit coexister aujourd'hui en Europe et aux États-Unis un féminisme radical et un comportement féminin ultra-conformiste. La passion de l'égalité se heurte partout au désir de se marier et d'avoir des enfants. Bien souvent les femmes se trouvent tiraillées entre leur exigence de justice et leur aspiration au bonheur. Ce paradoxe appelle un réflexion plus approfondie. Rousseau est l'un des seuls penseurs à pouvoir nous y aider, pour la bonne raison qu'il est un des seuls philosophes avec Platon à prendre l'amour au sérieux. Car chez lui, la réflexion sur l'amour n'est pas un domaine à part, disjoint de la pensée politique. Elle fait partie intégrante de la réflexion sur la vie en société. Pour qu'une vie politique existe, il faut qu'elle ait eu sens humain. Et ce sens ne peut être donné que par l'amour. S'appuyant sur la pensée rousseauiste, l'auteur aborde des thèmes aussi variés que la beauté, l'homosexualité, le sado-masochisme, la douceur féminine, la famille et l'amour, la fidélité, l'usure du temps ou l'adultère.

**Fou de vous**Illustrations d'André François, textes de Vincent Pachès et Serge Vallon  
Préface de François Barré et Christian Gautellier  
Conception graphique Anne Meige  
Editions Alternatives\*

Ce livre rassemble une soixantaine d'illustrations originales réalisées durant les dix dernières années par André François pour VST. Ainsi regroupées, elles donnent à voir et à lire les préoccupations de notre époque en matière de santé mentale. Car la souffrance psychique génère une foule d'images qui participent de l'exclusion dont sont victimes les « patients ». La révolte, l'insoumission, l'exclusion sous toutes ses formes, l'enfermement intérieur, les problèmes liés aux soins et à la prise en charge, sont les principaux thèmes abordés à travers ce

# Art spontané naïf et brut au Québec

Le Module services à la communauté a participé à la présentation de « *Art spontané naïf et brut* », une exposition initiée par le Centre hospitalier Douglas, l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, « Les Impatients », le Centre d'expression et d'interprétation de l'art thérapeutique et de l'art brut et la Ville de Verdun. Sous la présidence d'honneur de Marcelle Ferron et avec la collaboration du Commissaire invité, Léo Rosshandler, l'événement a débuté le 3 mars et s'est poursuivi jusqu'au 23 avril, au Centre Culturel de Verdun.

Plusieurs activités ont entouré cet événement. Mais, d'abord, l'exposition en tant que telle a mis en lumière deux formes d'art spontané. Le premier volet rend hommage à l'art brut et réunit des œuvres réalisées par des patients des ateliers du Centre Hospitalier Douglas. L'exposition présente, également, quelques œuvres qui appartiennent à l'art naïf dont des œuvres de Marie Gélinas, peintre naïf, âgée de 91 ans, qui peint sa vie et celle d'un Québec oublié.

Pour en savoir un peu plus sur l'art des naïfs, le 15 avril une soirée rencontre a été animée par le critique d'art Jean-Claude Leblond. Une autre soirée a permis un échange d'idées alors qu'un table rond portant sur l'œuvre de Marie Gélinas réunissait Jean-Claude Leblond, critique d'art, Monique Mercier, fille de Marie Gélinas et Pierre Migneault le 17 avril.

## L'artiste et le fou : la maison sous verrous a-t-elle des fenêtres ?

Je ne suis pas psychologue ni psychiatre... je suis artiste. On a souvent rapproché le fou de l'artiste : et ce qui m'intéresse c'est leurs différences et les questions qu'elles soulèvent. Un artiste tente d'exprimer ses virtualités et se prouver ainsi son autonomie, condition première de sa liberté. Cette quête dure tout la vie, elle me transforme et transforme mon expression ; il y a métamorphose. Un fou a dit en peignant : « *Je suis incapable d'agir, incapable de faire le choix, je n'ai pas confiance en moi* », et, l'artiste, lui, reconnaît dans le *Faire* tout le contraire de ces dires. D'ailleurs, les deux, par le *Faire* attaquent par la couleur la feuille blanche, la créativité du matériau agit sur eux ; ils y trouvent l'action, le choix, et la confiance qui constitue chez l'artiste une recherche de la beauté qui peut être considérée chez l'individu réprimé comme une amorce du vécu, qu'il a désappris souvent depuis des années. En somme, la principale différence serait-elle que l'un procède par liberté et l'autre par compensation ?

À la recherche de l'identité personnelle sous-tendue par l'inconscient correspondent peut-être les expressions qui diffusent de celui-

voyage en images aux marges de la « normalité ».

Les illustrations d'André François ont marqué la nouvelle formule de VST développée depuis 1988. L'illustration y est devenue une écriture à part entière qui ne se contente plus d'accompagner les textes, mais développe, elle aussi, un langage tenu par des artistes aussi prestigieux et divers que Roland Topor, Folon, Isabelle Bauret, Jan Lenica, Nicolas Guilbert, Jean Kerleroux, Denis Pouppeville ou Antonio Segui pour les illustrateurs, Jean-François Bauret, Sarah Moon ou Isabel Munoz pour les photographes.

\*Cet ouvrage a été réalisé avec la participation de la direction des publications des CEMÉA.

ci : la couleur, réalité fondamentale de l'écriture plastique, qui se trouve à projeter hors de celui qui peint ce qu'il ignore en lui-même et qui se trouve de la sorte un moyen de réinsérer, de voir réapparaître devant ses yeux l'identité, en évitant les interdits du mot. Il semble que si le fou s'exprime, on l'enferme dans un symbolisme. Il peint ses chaînes, elles sont siennes, mais cette contemplation morbide ne me semble pas très exaltante. Si je fais un trait, j'agis, j'ai du courage, si je fais deux et trois qui se « causent », j'ai un peu, beaucoup confiance en moi... et si ce monde de mon expression devient une réalité que j'organise, que je structure, qui me structure, je suis guérie. J'ai apprivoisé ma folie, je peux en vivre et personne n'y trouvera rien à redire ; cette folie n'est pas une maladie. Il y a aussi communication avec autrui ; ce n'est pas un voyage en circuit fermé « qui ne renvoie que sa propre image ». Pourquoi ces pouvoirs de création et de communication ne sont-ils vécus que chez certains individus qui ne semblent pas être ceux qui en ont le plus besoin ? Le tableau est un tout qui se voit d'abord comme tel et l'analyse se déroule ensuite ; le cheminement est aléatoire et plusieurs cheminements sont possibles (l'analyse de la promenade de l'œil). pourquoi cette dimension semble-t-elle oubliée en art-thérapie ?

On dit que l'artiste comme le fou tente de se délivrer de son sentiment de culpabilité. Le changement de la vision du monde ne serait donc dû qu'à la culpabilité ? Pourquoi l'homme ne peut-il pas s'emparer d'un matériau qui devient pour lui un microcosme ? Pourquoi ne dit-on pas la même chose d'un savant, d'un mathématicien ? « Le phénomène de régression serait commun à l'artiste et au malade », ce qui donne à penser que pour ces doctes personnes, l'art n'est pas une quête de progression lucide. L'artiste se guérit lui-même parce qu'il crée un univers qui lui est propre mais qui est réel et qui participe aux grandes lois du grand univers. Le fou semble s'interdire ce droit à la créativité. Ainsi s'enferme-t-il, quelquefois, dans le sujet du tableau qui est une maladroite photo, en gros plan, de sa maladie. Le sujet d'un tableau perd de sa signification avec le temps. La symbolique des tableaux de Cranach m'est inconnue parce que trop hermétique, mais ces tableaux me fascinent d'autant plus qu'ils sont loin de mes *apparentes* préoccupations. Le désir d'explorer le monde intérieur, extérieur n'est pas pour y lire sa maladie mais pour en vivre. La lucidité ne règle rien si elle n'est faite que sur l'aspect négatif de la maladie. La créativité peut la rendre positive. L'univers intérieur du malade nous donne l'impression d'une maison sous verrou : la maison de l'artiste l'est aussi, mais lui, il rentre par les fenêtres ; il a gardé le besoin du jeu, le fou l'aurait-il perdu ? L'artiste se protège contre les assassins de l'imaginaire ; le fou est à leur merci... Et comme disait je ne sais plus qui « *le profit que l'on tire à être créateur, c'est l'être* ». C'est une façon d'être mais peu recommandable pour qui n'aime pas les être libres. le fou et l'artiste sont des gens très mal vus en cas de dictature. Au-

raient-ils en commun les deux faces d'une même médaille ? L'un refuse l'aliénation sociale et culturelle, l'autre la vit.

Tout ça pour dire que ce qui a pu me servir de maître à penser, d'équilibre, de constat de ma vie, de jeu, de fête, de hantise, toutes choses partagées avec les enfants, est accessible à tout homme. Le fou ne s'accorde pas cette arrogance, ce droit, cette croyance en l'homme, cette superbe des superbes ; chaque homme est maître de son univers intérieur et ni l'autorité ni la haine ne peuvent rien contre ça. L'artiste vit sa culture ; son présent est lié à son devenir ; le faire lui semble manquer d'espace existentiel.

Marcelle Ferron

## Marie Gélinas

Je suis née sur une ferme à la campagne d'une famille de seize enfants : huit garçons et huit filles. Deux sœurs sont nées les premières et les autres sœurs après moi. Vous imaginez-vous la place qui m'a été réservée ? Presqu'au milieu d'une armée !... Cinq garçons avant moi et les trois autres après... Malgré que je les aimais bien, je vous jure que ce n'était pas les plus sages et les moins turbulents... Mais surtout les plus taquins.

J'ai appris vite à lutter, à prendre ma place. Avec le temps, je suis devenue combative et je me défendais assez bien merci ! Si je suis devenue aussi courageuse et volontaire dans la vie, jusqu'à commencer et entreprendre à l'âge de 74 ans, une carrière comme peintre. Aujourd'hui, pour leur faire plaisir, je leur dirais peut-être que c'est à cause d'eux si j'ai cette tenacité. Ma mère est décédée des fièvres typhoïdes à 49 ans laissant plusieurs enfants en bas âge, la plus jeune n'avait que quatre ans. Nous restions onze enfants et notre père. J'avais seize ans... J'ai été obligée d'abandonner mes études pour aider ma sœur plus âgée que moi à tenir la maison. Ce fut ma première famille. L'aînée de la famille, Emilia, était déjà religieuse (Sœur Madeleine-du-Calvaire). Elle a fait ses Beaux-Arts à Montréal et a toujours enseigné les arts plastiques dans sa communauté des Sœurs de l'Assomption-de-la-Sainte-Vierge à Nicolet. Toutes les élèves qui sont passées par cette institution l'ont bien connue et appréciée. Ce fut une pionnière dans l'enseignement des arts plastiques. Grande pédagogue reconnue, elle a toujours favorisé la créativité et l'image authentique chez ses élèves. Elle est maintenant âgée de 93 ans.

Je me suis mariée en 1932 à Napoléon Mercier agronome du comté de Nicolet. Nous avons eu cinq enfants, un garçon et quatre filles : Raymond, Monique, Céline, Liliane, Louise. J'aimais beaucoup la campagne. Quand les enfants étaient jeunes, je partais avec mon mari et la petite famille me promener et pique-niquer dans la belle nature. C'étaient des moments privilégiés, quelle belle école pour développer tous les sens. Très tôt, suivant les recommandations de ma sœur Emilia, j'ai encouragé mes enfants à dessiner à partir de leurs émotions, leurs sensations, leurs intuitions, spontanément. Je n'ai jamais acheté de cahiers à colorier mais je leur ai offert à profusion de la gouache, des papiers à dessin et des craies de cire. La petite armoire de la cuisine réservée aux matériaux pour les arts plastiques était le coin préféré et le plus fréquenté... si j'en ai nettoyé des chantiers... rangé... affiché... et conservé des réalisations au crayon, à la gouache, et des modelages... de terre glaise, de sciure de bois... et ça, pendant des années ! Aujourd'hui chacun de mes cinq enfants a reçu ses précieux souvenirs. En plus de leurs études régulières, tous mes enfants ont fréquenté quotidiennement durant l'année scolaire le studio de ma sœur Emilia. Pendant les grandes vacances d'été, je les stimulais à faire des croquis, et des dessins de mémoire

## UN NOUVEAU BUREAU POUR L'UNAFAM

Le Conseil d'Administration de UNAFAM s'est réuni le 5 mai 1999. Il a procédé au renouvellement de son Bureau national dont le mandat était arrivé à expiration.

Le nouveau Bureau est composé comme suit : Président: Jean Canneva. Celui-ci remplace Henri Lachaussée qui ne souhaitait pas le renouvellement de son mandat.

Vice-Présidents : Christian Delorme, Jacques Devise et Bertrand Escaig.

Trésorier : Pierre Roussel. Secrétaire Général : Bernard Laude.

Henri Lachaussée reste administrateur et devient Président d'Honneur. Il poursuit ainsi son engagement auprès des familles de l'UNAFAM. Jean Canneva, occupait jusqu'alors la fonction de Vice-Président en charge des régions et-sections départementales.

Le nouveau Bureau souhaite conforter les actions traditionnelles de l'Unafam, c'est-à-dire :

- l'accueil, l'information et l'accompagnement des familles confrontées aux troubles psychiques en la personne d'un proche, et la représentation de ces familles au sein des organismes compétents en la matière ;

- en ce qui concerne les personnes soignées, l'action en faveur des structures d'accompagnement d'une part, et celle en faveur de la Recherche en matière de santé mentale d'autre part. Il souhaite plus spécialement, pour faire face à un environnement en pleine mutation :

- promouvoir et s'il le faut revendiquer, pour les personnes qui souffrent de troubles psychiques, une autonomie adaptée et accompagnée ;

- élargir le champ d'activité de l'UNAFAM, en améliorant les moyens d'accueil et en adaptant cet accueil aux demandes spécifiques des familles. La création du service « Ecoute-Famille », de l'UNAFAM, tél. 01 42 63 03 03, en est un exemple. L'action spécifique vis-à-vis de la fratrie en est un autre ;

- renforcer sensiblement la formation des bénévoles appelés à représenter l'UNAFAM dans les départements et dans les institutions qui sollicitent son avis (Administrations, Agences, Régionales de l'Hospitalisation, Conseils d'Administration des hôpitaux, Commissions Départementales des Hospitalisations Psychiatriques, COTOREP) ;

- préciser dans l'opinion ce que signifie un « autre regard » sur le handicap psychique, particulièrement dans le domaine social.

Avec plus de 8.000 familles adhérentes sur l'ensemble du territoire national, l'UNAFAM regroupe, depuis de nombreuses années, les intérêts de plusieurs dizaines de milliers de personnes confrontées aux troubles psychiques en la personne d'un proche. ■

UNAFAM villa Compoint, 75017 Paris.

Accueil des familles : 01 42 63 03 03. Secrétariat : 01 53 06 30 43. Fax : 01 42 63 44 00

G.M.

mettre de s'interroger sur les difficultés quotidiennes rencontrées. Le psychanalyste doit soutenir l'équipe dans la confrontation à ses propres limites et étayer sa problématique du deuil afin d'améliorer la prise en charge des enfants dont elle est responsable. Ce travail, accompli par l'équipe en collaboration avec le psychanalyste, propose de s'exprimer sur les problèmes rencontrés et de travailler sur le transfert. Il permet aux parents de mettre des mots sur ce qu'ils vivent. Le psychanalyste a pour rôle de préserver son statut d'interlocuteur à l'enfant, d'aider les parents à accepter d'être parent et d'assumer leur bébé comme de soutenir l'équipe soignante. Il aide chacun à préserver sa liberté de penser.

N. Guillebot

### Du flirt

Adam Philips

Bayard Presse

En introduisant un élément de jeu dans l'incertitude et le besoin d'être convaincu, le flirt joue, flirte avec l'idée de surprise. Dans le contexte de cet ouvrage, il est, entre autres, un moyen de reconnaître la contingence de notre existence, son imprévisibilité, combien nous sommes sujets aux accidents, sans en faire tout un drame. Le flirt confirme le lien qui existe entre l'excitation et l'incertitude, souligne combien nous rendons l'incertitude possible en la rendant existante...

### La construction des îlots insalubres Paris 1850-1945

Yaukel Fijalkow

L'Harmattan

Dans le discours et les moyens d'investigation qui concernent l'hygiénisme et la ville, l'auteur met en évidence un jalon essentiel, celui de la construction d'une catégorie d'analyse et d'intervention : les îlots insalubres. Il en précise la période, 1880-1920. Ce qui signifie pour la France, la confrontation internationale des expériences, une période d'incubation et d'institution de l'urbanisme.

Le risque de la territorialisation est de valoriser les facteurs locaux d'explication et leur traitement (ou leur disparition) par rapport à des causalités sociales et médicales plus larges ; de faciliter l'amalgame du cadre et des hommes, des lieux et des habitants, dans une stigmatisation commune ; de labelliser "ponctuellement", en aggravant les différences, la question urbaine ; d'ignorer par cela même, ce que peuvent être les modes de vie populaires, débits de boisson et meubles, dans le collimateur. La réflexion sur la

territorialisation paraît ainsi se limiter au constat de la dégradation de l'habitat et des pratiques de la population qui y trouve asile et non à l'étude des mécanismes, stratégies des politiques ou des propriétaires ou phénomènes d'agrégation qui expliquent la concentration des signes de l'insalubrité.

En relatant l'émergence et l'évolution de la notion d'insalubrité, en établissant les liens entre les innovations statistiques décrivant l'habitat, les représentations et les politiques éducatives, cet ouvrage d'histoire et de sociologie urbaine contribue au renouvellement de la réflexion sur l'intervention publique dans les quartiers difficiles d'aujourd'hui.

### De la médecine du travail à la santé du travail

Alain Domont

Ed. de la Santé, Ed. Octarès

Ergonome, médecin spécialiste en pathologie professionnelle et en médecine du travail, le Pr Alain Domont a réuni un certain nombre de contributions organisées autour de deux axes relatifs l'un à l'aptitude médicale au travail, l'autre à la dynamique ergonomique du passage de la médecine à la santé du travail. Cet ouvrage coédité par les Editions de la Santé et Octarès Editions, s'adresse aux médecins du travail, dans le cadre de leur discipline, et, plus encore, aux acteurs sociaux, aux non-médecins concernés par la santé au travail et à tous ceux qui s'interrogent sur la prévention des risques professionnels.

### Les nouvelles figures du sous-prolétariat

Patrick Bruneteau et Corinne Lanzarini

L'Harmattan

La thèse des auteurs est la suivante : si l'ordre capitaliste produit aussi des sous-prolétaires, l'Etat social, gère ces derniers à la marge en bricolant une fausse insertion tout en déployant une gamme sophistiquée de mises en dépendances.

Il crée « l'assistant » et les « violences » qu'il dénonce. Si le prolétariat des sociétés occidentales ne meurt plus de faim, il n'es reste pas moins assujéti à des conditions de survie partagées tant par les jeunes des cités que par les personnes à la rue. Ces deux figures du « sous-prolétariat actuel » sont étudiées avec le souci de mettre en relief, à partir de monographies issues de travaux de terrain, les violences communes auxquelles ces personnes sont confrontées mais aussi les comportements qui les unissent dans leur opposition au monde des travailleurs sociaux.

## BOURSE LILLY D'ÉTUDE ET DE RECHERCHE INTERNATIONALE

L'Institut Lilly offre chaque année à un jeune médecin français se destinant à la recherche, à l'enseignement ou à la santé publique, la possibilité de se perfectionner dans un *centre de recherche de son choix aux Etats-Unis ou au Canada*, pendant un an, sur un sujet de son choix.

Trente-cinq médecins de notre pays ont déjà bénéficié de cette Bourse.

Les candidats à la bourse 1999/2000 peuvent se procurer un dossier de candidature auprès de l'Institut Lilly.

Les dossiers complets doivent impérativement parvenir à l'Institut Lilly avant le 31 décembre 1999.

Principales conditions :

- être docteur en médecine, de nationalité française,
- être âgé de moins de 40 ans,
- occuper un poste hospitalier ou universitaire non statutaire,
- s'engager à revenir en France à la fin du stage,
- avoir une bonne connaissance de l'anglais.

\*Institut Lilly, 327, bureaux de la Colline, 92213 Saint-Cloud Cedex.  
Tél. : 01 49 11 34 16. Fax : 01 49 11 33 08. E-mail : dalilab@lilly.com

et d'imagination. Ils étaient tous doués pour les arts plastiques, et ont toujours eu beaucoup de plaisir à dessiner. Quand on possède les arts, on ne s'ennuie jamais. Mon mari et moi, on s'est beaucoup préoccupés des études des enfants. Tous, bien librement, ont pris des routes différentes. Raymond est ingénieur en électricité, Monique, Céline et Liliane ont fait un Bac en arts plastiques, Louise est médecin. Mon mari et moi nous avions un projet qui nous tenait à cœur, c'était d'écrire nos mémoires. Mais... avant même de commencer, mon mari est décédé d'une crise cardiaque en 1981 à l'âge de 74 ans. Mes enfants étaient tous partis de la maison, je me trouvais donc toute seule. J'étais déterminée à écrire mes mémoires. Je voulais aller chercher le plus loin de mes rêves d'enfant et remonter jusqu'à 73 ans. Je mijotais tout ça dans ma tête et me plaisais à me rappeler ces souvenirs, plus savoureux les uns que les autres, en attendant de les mettre sur papier.

Ma fille Monique qui était professeur en arts plastiques à l'U.Q.T.R. m'annonce qu'un cours en couleurs pour adultes commençait à l'Université du Québec à Trois-Rivières en février 1982. Comme je n'avais jamais été aussi libre que cette année là, je décidais donc de suivre ce cours une fois par semaine. J'allais faire mes travaux à la craie de cire chez Céline. J'étais tellement enthousiasmée par ce cours !... Je travaillais énormément, encouragée par mes filles. C'est à ce moment-là que j'ai pris la décision de continuer d'écrire mes mémoires en images. Puisqu'une image vaut mille mots, je me suis assurée de tout raconter sans rien oublier. Après quelques cours à l'U.Q.T.R. je m'inquiétais du peu d'attention à mon égard pendant les cours, et je m'entendais dire « des naïfs on touche pas à ça, ils font leur cheminement seuls ». Suivant mon instinct, j'abandonne les cours et décide de poursuivre seule ma carrière. Depuis... je n'ai pas cessé de peindre.

C'est vital pour moi ! Je suis si heureuse à mon chevalet, je trempe mes pinceaux dans ma mémoire, pour peindre la couleur de mes souvenirs. Je souhaite vivre en santé très longtemps, car j'en ai long à raconter. ■

Marie Gélinas Mercier

## LIVRES

### Le sourire de la Joconde : clinique psychanalytique avec les bébés prématurés

Mathelin C.

Coll L'espace analytique

Denoël

Catherine Mathelin aborde le travail du psychanalyste dans un service de néo-natalogie en collaboration avec l'équipe soignante et explique que ce travail s'effectue en trois phases.

« Un travail auprès de l'enfant » qui consiste à essayer de comprendre la souffrance de l'enfant prématuré dans un service de réanimation. Pour que ce travail soit possible, il faut tenter d'établir un contact avec lui car la communication est délicate pour le nourrisson. C'est à l'équipe soignante d'aller vers l'enfant et d'essayer de décrypter ses appels afin d'être dans une vraie relation avec lui. « Il « est » dans la mesure où on s'occupe de lui ». L'enfant s'inscrit dans une parole et il doit être intégré dans de nombreux réseaux de communication. C'est un travail mené sur le fantasme conjointement avec l'analyste, les parents et aussi l'équipe soignante.

« Un travail avec les parents » doit débiter dès la prise en charge de l'enfant dans le service, Il doit permettre aux parents de parler de leur angoisse et de leur permettre de symboliser. Le travail réalisé par le psychanalyste avec les mères est un travail de deuil car celui-ci est rendu quasiment impossible dans le cas de la naissance d'un prématuré. Le sentiment d'être dangereuse pour le bébé est mis au premier plan. Il faut donc aider la mère à se projeter sur son enfant et à « fabriquer » son bébé. De là, l'équipe soignante a une double fonction, celle de séparer l'enfant de sa mère et d'autoriser celle-ci à devenir mère pour son enfant. Le psychanalyste et l'équipe soignante doivent aider la mère à se sentir valorisée par le bébé et également l'aider à se séparer de lui.

« Un travail avec l'équipe » pour lui per-

## LIVRES

**Crise sociale et psychiatrie**

Vassilios Papadakos  
P.U.F.

Cet ouvrage explore les multiples interférences entre crise sociale et psychiatrie ainsi que leur implication au niveau du soin et de l'équipe soignante. Il montre pourquoi la psychiatrie, et plus précisément la psychiatrie publique, doit poursuivre sa mutation en diversifiant ses points d'ancrage dans la communauté, en multipliant les structures légères et en appuyant davantage le travail en réseau et en partenariat. L'efficacité de la démarche thérapeutique ne peut se consolider et se renforcer que dans le respect de la personne à soigner, ainsi que dans le maintien d'une spécificité.

**Autour des études su l'hystérie**

**Vienne 1985, Paris 1995**

Jean Clair, Nicole Edelman, René Major, Mark S. Micale, André Michels, Jacqueline Rousseau-Dujardin  
Présentation par Elisabeth Roudinesco  
*L'Harmattan*

Pour célébrer le centenaire des « Etudes sur l'hystérie » la société internationale d'histoire de la psychiatrie et de la psychanalyse a réuni lors de son colloque annuel à Sainte-Anne, le 18 novembre 1995, des orateurs venus de divers horizons. En historien de l'art, Jean Clair analyse les expressions comparées de l'hystérie dans l'*Iconographie de la Salpêtrière* et dans la peinture moderne, tandis que Nicole Edelman s'interroge sur la naissance d'une nouvelle catégorie de la féminité sous la III<sup>e</sup> République. Mark Micale trace les grandes lignes d'une culture de l'hystérie dans la littérature française de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle. René Major et Jacqueline Rousseau-Dujardin abordent la question de la genèse et de l'interprétation de l'ouvrage, l'un par la biais d'un débat historiographique, l'autre par une réflexion sur la notion freudienne de la sexualité féminine. Enfin, André Michels propose l'étude d'un cas clinique actuel.

**Hello Dolly, les doubles**

Psychiatrie Française 1998, vol XXIX, n°4

La revue *Psychiatrie française* propose une réflexion sur le concept de doubles, dans le contexte de la réalité du clonage esquissé par Jacques Testart. Une brochette de collègues nous rappelle la fascination qu'ont longtemps exercée les jumeaux et illustrent de cas cliniques la problématique du double.

**Dictionnaire des principaux termes de référence en droit pharmaceutique de l'union européenne**

Philippe Brunet  
*Editions de la Santé*

Membre de la Commission européenne, Philippe Brunet préside le Comité permanent des médicaments à usage humain et a été nommé en 1998, chef d'unité adjoint de l'unité « produits pharmaceutiques et cosmétiques ». Conscient de la complexité du droit pharmaceutique communautaire, il s'est attaché à définir et à expliciter le plus clairement et simplement possible les concepts et principes du droit communautaire nécessaires à la bonne compréhension des procédures européennes, à destination des entreprises et administrations qui s'intéressent au marché pharmaceutique européen. En résumé, des clés de compréhension pour aider à la lecture des textes de base, directives, règlements et décisions communautaires.

## ANNONCES EN BREF

**4 juin 1999.** Paris. 11<sup>e</sup> Colloque National de l'Association Didier Seux, Santé Mentale et Sida, sur le thème : *Du soin à la parole. Parler n'est pas dire, écouter n'est pas entendre...*  
Renseignements : Association Didier Seux, Santé Mentale et Sida, 6 rue de l'Abbé Grégoire, 75006 Paris. Tél. : 01 45 49 27 78. Fax : 01 45 48 07 77.

**11 juin 1999.** Paris. Journée d'études Nationale organisée par Le Journal des Psychologues sur le thème : *Psychologues et pratiques professionnelles.* Renseignements : Le Journal des Psychologues, 8 rue de l'Hôpital St-Louis, 75010 Paris. Tél. : 01 53 38 46 46. Fax : 01 53 38 46 40. E-mail : jdpsycho@worldnet.fr.

**11 et 12 juin 1999.** Paris. 5<sup>èmes</sup> Journées Nationales des Equipes Mobiles de Soins Palliatifs sur le thème : *1989-1999, quel devenir ?* Renseignements : secrétariat du Dr G. Desfosses, UMASP, Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière, 47 Bd de l'Hôpital, 75651 Paris Cedex 13. Tél. : 01 42 16 25 71. Fax : 01 42 16 25 72. E-mail : gilbert.desfosses@ppl.ap-hop-paris.fr.

**14 au 18 septembre 1999.** Zurich et Lausanne. Congrès international sur le thème : *Neurosciences et psychiatrie : au-delà des frontières*, organisé par l'Association Européenne d'Histoire de la Psychiatrie, EAHP, la Société Internationale d'Histoire des Neurosciences, ISHN et le Club Européen d'Histoire de la Neurologie, ECHN. Secrétariat : Puspaa Agarwalla, Universitätsspital Zürich, Neurologie, Frauenklinikstrasse 26, CH-8091 Zürich. Tél. : ++ 41 1 255 55 43. Fax : ++ 41 1 255 44 29. E-mail : puspa.agarwalla@nos.usz.ch. Eliane Lehmann, Institut d'Histoire de la médecine, Chemin des Falaises 1, Case postale 196, CH-1000 Lausanne 4. Tél. : ++ 41 21 314 70 50. Fax : ++ 41 21 314 70 55. E-mail : hist.med@inst.hospvd.ch.

**20 au 22 septembre 1999.** Nice. 48<sup>èmes</sup> Journées Nationales de Formation Continue, Fédération d'Aide à la Santé Mentale, Croix-Marine sur le thème : *Précarité et troubles psychiques.* Renseignements : 31 rue d'Amsterdam, 75008 Paris. Tél. : 01 45 96 06 36. Fax : 01 45 96 06 05. 3615 Mentalinfo. E-mail : croix-marine@wanadoo.fr.

**30 septembre au 2 octobre 1999.** Caen. V<sup>ème</sup> Réunion Francophone sur *La Maladie d'Alzheimer et les Syndromes apparentés*, avec notamment au programme : hormones, déclin cognitif et vieillissement pathologique ; les stades précoces de la maladie d'Alzheimer ; neurobiologie, génétique moléculaire, tracing memories, épidémiologie, clinique, facteurs vasculaires et maladie d'Alzheimer :

prévalence, spectre des mutations, relations génotype-phénotype ; les mécanismes moléculaires de la maladie d'Alzheimer : quelles voies mènent au désordre neuronal ? ; neuro-anatomie fonctionnelle de la maladie d'Alzheimer ; thérapeutique de la maladie d'Alzheimer. Renseignements : Dr J.-C. Baron, INSERM U 320, Centre Cycéron, Bd H. Becquerel, BP 5229, 14074 Caen Cedex.

**1er octobre 1999.** Thuir. Colloque National organisé par l'Association des Psychiatres Présidents et Vice-Présidents de CME et l'Association des Psychiatres d'Intersecteur sur le thème : *L'hospitalisation temps complet des enfants et des adolescents. Entre théorie et pratiques.* Renseignements : Dr Alezrah, Président de la CME du Centre Hospitalier de Thuir. Tél. : 04 68 84 66 40.

**7 et 8 octobre 1999.** Lille. prochain Congrès de l'Association Franco-maghrébine de Psychiatrie sur le thème : *L'identité en mosaïque.* Renseignements : Dr Ait Menguellet, Chef de Service Lille Nord, EPS de Saint-André, Site Ulysse Trélat, 76 rue de Lambersart, BP 04, 59871 Saint André lez Lille Cedex. Secrétariat : Mlle Baida Myriam. Tél. : 03 28 38 51 02. Fax : 03 28 51 52.

**22 et 23 octobre 1999.** Paris. VII Colloque de la Société Française de Relaxation Psychothérapique (SFRP) sur le thème : *Corps et identité.* Renseignements : SFRP, Service du Pr Quentin Debray, Hôpital Necker, 149 rue de Sèvres, 75743 Paris Cedex 15. Tél./Fax : 01 42 83 81 10. Internet : http://services-worldnet.net/~strp. E-mail : strp@worldnet.fr.

**22 et 23 octobre 1999.** Paris. Réunion de la Société Française d'Alcoolologie sur le thème : *Alcool et précarité.* Renseignements : Pr J.-D. Favre, Société Française d'Alcoolologie, 101 avenue Henri-Barbusse, 92141 Clamart Cedex. Tél./fax : 01 41 46 69 51. E-mail : sfa-jdf@aol.com. Inscriptions : Convergences, 120 avenue Gambetta, 75020 Paris. Tél. : 01 43 64 77 77. Fax : 01 40 31 01 65. E-mail : converge@iway.fr.

**16 novembre 1999.** Paris. Séminaire du CTNERHI sur le thème : *Travail protégé et évolution des concepts en Europe.* Renseignements : Régine Martinez, CTNERHI, 236 bis rue de Tolbiac, 75013 Paris. Tél. : 01 45 65 59 40. Fax : 01 45 65 44 94. E-mail : ctnerhi@club-internet.fr. Site Internet : http://perso.club-internet.fr/ctnerhi.

**25 au 27 novembre 1999.** Paris. Séminaire Pratique d'Art-Thérapie (module 6). Renseignements : Centre d'Etude de l'Expression Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale, Centre Hospitalier Sainte-Anne, 100 rue de la Santé, 75674 Paris Cedex 14. Tél./fax : 01 45 89 21 51. E-mail : cmmecee@chsa.broca.inserm.fr.

**Prix Jean Trémolières 1998**

Le Prix Jean Trémolières 1998, decerné par l'APRID (Association des Praticiens pour l'Information en Nutrition et Diététique) a été attribué à :

**Maurice Corcos**

pour sa thèse de Doctorat de l'Université Paris 7, Denis Diderot UFR de Sciences Humaines Cliniques Spécialité : psychopathologie fondamentale et psychanalyse, intitulée :

« *Dépression et alexithymie : leurs fonctions dans les conduites addictives alimentaires à l'adolescence* »

**4 décembre 1999.** Poitiers. Colloque sur l'Adolescence : *Accidents à répétition.* Inscription : Dr D. Marcelli, Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Centre Hospitalier Henri-Laborit, Cité Hospitalière, La Milétrie, BP 587, 86021 Poitiers Cedex. Tél. : 05 49 44 57 59. Fax : 05 49 44 57 51.

**4 décembre 1999.** Marseille. VIII<sup>e</sup> Journée Annuelle du Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent de Marseille sur le thème : *Les religions monothéistes et l'Enfant.* Renseignements : Secrétariat scientifique, Mme C. Dmerdirossian, Service du Pr Rufo, Centre médico-psychologique de l'Enfant et de sa Famille, CHU Sainte Marguerite, 13274 Marseille Cedex. Tél. : 04 91 74 42 95. Fax : 04 91 74 46 09.

**5 et 9 décembre 1999.** Fort-de-France. XVIII<sup>e</sup> Journées de l'Information Psychiatrique sur le thème : *Psychiatrie, langues et cultures* « *Langues, métissages, échanges scientifiques* ». Renseignements : Secrétariat scientifique, Dr Trémine, Centre Hospitalier Intercommunal Robert Ballanger, Psychiatrie B, 92602 Aulnay-sous-Bois Cedex. Tél. : 01 49 36 71 69. Fax : 01 49 36 71 67.

**6 au 8 avril 2000.** Lausanne. 43<sup>ème</sup> Congrès de la Société Suisse de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent sur le thème : *Sens et non-sens de la violence. Nouvelles expressions, nouvelles approches.* Renseignements : Françoise Evrard, SUPEA, rue du Bugnon 23A, CH-1005 Lausanne, Suisse. Tél. : 41 21 314 19 60. Fax : 41 21 314 19 61. E-mail : francoise.evrard@inst.hospvd.ch. http://www.hospvd.ch/violence.

**Courant avril 2000.** Vietnam. Colloque organisé par l'Association Scientifique Franco-Vietnamienne en Psychiatrie sur les thèmes : *Suicide, dépression et qualité de vie* à Ho Chi Minh Ville (Sud Vietnam), et *Vie sexuelle et affective* à Hanoi (Nord Vietnam). Renseignements : Dr L.C. Liem, 75 avenue d'Italie, 75013 Paris. Tél. : 01 45 85 63 63. Fax : 01 45 85 58 00.

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