

# 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° 9 - Tome XII  
 Décembre 1999/Janvier 2000

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

## LIVRES

### L'impossible rencontre Psychologie et psychanalyse en France, 1919/1969

Annick Ohayon  
 La Découverte

L'auteur retrace, de façon vivante et documentée, les rapports mouvementés entre la tradition de la psychologie scientifique française et la psychanalyse. Dans ce paysage complexe, deux personnages clés émergent successivement : Pierre Janet et Daniel Lagache. Face à eux, deux autres, à la stature imposante, apparaissent : Sigmund Freud et Jacques Lacan. Freud défendrait contre Janet la spécificité et l'originalité de sa doctrine et de sa méthode. Lacan préserverait, contre les tentatives intégratrices de Lagache, « l'or pur » de la psychanalyse du « vil plomb » de la psychologie et des applications sociales. La guerre de tranchée demeure toujours, enfermant psychologues et psychanalystes dans une vision manichéenne. L'auteur a le souci de situer chaque controverse dans son climat intellectuel et social, de restituer la place des institutions universitaires. L'ensemble est prestement mené et émaillé de portraits comme ceux d'Edouard Toulouse, Henri Pieron, Angelo Hesnard, René Laforgue, Henri Wallon, George Heuyer ou Maryse Choisy. Certains chapitres concernent des périodes peu abordées jusque-là dans un travail d'ensemble, comme l'occupation, la Fondation Alexis Carrel ou la guerre froide et la position du PCF sur la psychanalyse.

G. Massé

### L'enfance maltraitée

Yves Tyrode et Stéphane Bourcet  
 Ellipses Éditeur

Ce petit ouvrage de la collection déjà bien connue « Vivre et comprendre » s'adresse au grand public autant qu'aux professionnels. Il a le mérite, en quelques pages très synthétiques, de traiter l'ensemble d'un problème complexe allant des violences sociales aux relations incestueuses en passant par les abandons d'enfants, les sévices physiques, les infanticides, les traumatismes psychologiques et autres agressions sexuelles. Il est complété, avec bonheur par, des annexes constituées par l'intégralité de la convention relative aux droits de l'enfant et la charte européenne des droits de l'enfant ainsi que par une courte bibliographie et quelques numéros de téléphones utiles. On comprendra que dans un si court volume les auteurs n'aient pu approfondir aucune des questions traitées, mais l'intérêt de cet ouvrage réside dans son aspect éclectique et bien documenté.

C. Jonas

I. Cassan\* et J. Fredouille\*\*

## La folie est-elle contagieuse ?

Cette question est posée par Lasègue et Falret dans un article intitulée « *La folie à deux ou folie communiquée* », qu'il co-signèrent en 1877. Deux illustrations cliniques de folie à deux seront l'occasion d'un rappel des études consacrées au partage délirant, études dont nous verrons quelles avancées dans le domaine de la compréhension des interactions psychodynamiques elles ont permises.

Nous tenterons, enfin, de dégager quels éléments nous paraissent importants dans la genèse et l'entretien des situations de partage délirant.

### Illustrations cliniques

Jeanne et Suzanne sont deux sœurs respectivement nées en 1923 et 1921. Elles ont toujours vécu ensemble et la mort de leurs parents, que nous ne pouvons dater précisément, les a livrées à elles-mêmes. D'un grand isolement social leur existence a progressivement glissé vers une relation pathologique extrêmement fusionnelle, qui les fait dormir dans le même lit.

L'histoire psychiatrique de Jeanne débute en 1958 par un placement volontaire à l'hôpital du Vinatier. Jusqu'en 1986, elle sera suivie par un psychiatre libéral, et par la suite hospitalisée à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu à deux reprises en raison de troubles du comportement survenant à l'occasion de décompensations délirantes.

En mars 1993, Jeanne, alors âgée de 70 ans, est hospitalisée d'office à la suite de menaces de mort proférées à l'encontre de sa sœur et de leur aide ménagère. Nous recevons une petite femme maigre aux traits tirés et tourmentés ; sa tenue est démodée mais soignée. Elle est accompagnée par sa sœur Suzanne, personne frêle à l'aspect fragile et à l'attitude soumise. Celle-ci paraît vivre dans l'ombre de la malade, acceptant d'être à son égard une servante simple d'esprit.

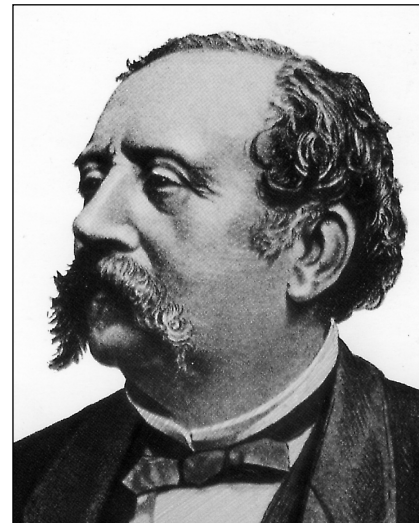
Cliniquement, le délire de Jeanne est assez facilement verbalisé dans une tonalité anxieuse majeure : la patiente est persuadée que son anus est fermé ; des serpents pénètrent sous sa peau ; des voix d'hommes qu'elle aurait connus dans le passé lui suggèrent de mauvaises pensées et son corps est l'objet et de manipulations répugnantes. Enfin, elle est persuadée d'être espionnée par la Gestapo qui dissimulerait des micros à son domicile, détail qui semble d'ailleurs beaucoup effrayer sa sœur qui acquiesce en sourdine.

Ce délire à thème de persécution typique, de mécanisme interprétatif et hallucinatoire, d'évolution chronique était probablement déjà à présent en 1958 lors de la première hospitalisation de la patiente alors âgée de 35 ans.

Plus étonnante est l'attitude de sa sœur qui ne met aucune entrave à l'accentuation des convictions délirantes. Elle se dit au contraire convaincue de la réalité des persécutions décrites, tout en reconnaissant n'en avoir per-

sonnellement jamais été victime. Suzanne n'est pas hallucinée, sa participation au délire se fondant plutôt sur une série d'interprétations et de rationalisations peu élaborées. S'ajoutent à cela une grande perméabilité affective et des phénomènes saisissants de mimétisme, tant du discours que du geste. En définitive, l'impression clinique concernant Suzanne est celle d'une psychose déficitaire et d'une débilité légère, Suzanne apparaissant en tout état de cause aussi malade que sa sœur hospitalisée.

Les entretiens familiaux permettent de mesurer la complicité des deux sœurs, ligüées contre le danger extérieur. Une tentative de compréhension de leur histoire commune se solde, d'ailleurs, par une colère de Jeanne



Charles Lasègue

qui ordonne le silence à sa sœur. Habituee aux coups et aux remontrances, Suzanne se tait ; aucun renseignement biographique ne sera plus obtenu. L'hospitalisation de Jeanne a pour effet de séparer les deux sœurs. Après quelques jours la malade s'apaise, ses sentiments de persécutions s'atténuent peu à peu, au prix d'un enkystement des idées délirantes, et elle glisse lentement vers un registre de plaintes hypocondriaques intéressant la sphère digestive. C'est le moment que choisit Suzanne pour s'exprimer avec une véhémence inattendue. Elle insiste sur une agression sexuelle dont aurait été victime Jeanne en 1958, précédant donc sa première décompensation délirante. Tandis que la principale intéressée paraît avoir surmonté ce traumatisme, Suzanne parle de ce viol avec beaucoup d'émotion, comme si elle en avait été victime elle-même, alors qu'elle n'a jamais été en contact avec l'agresseur de sa sœur. Désormais, elle agit au nom de Jeanne, l'incarne, ne fait plus qu'un avec elle.

La confirmation de l'amélioration psychique de Jeanne permet d'envisager une existence dans une maison de retraite où les deux sœurs seront admises en mai 1994. La patiente déclare peu de temps après un cancer du sein, qui, à l'instar de ses plaintes hypocondriaques

et d'un épisode respiratoire aigu survenu quelques mois plus tôt, semble la protéger de sa psychose. Elle décédera en mai 1995. Sa sœur, de facto, perd l'enveloppe délirante commune qui la protégeait. Celle qui était si effacée, si soumise, devient geignarde, insatisfaite, de plus en plus perdue. Elle importune ses voisines de chambre que, dans une quête désespérée, elle prend pour sa sœur. Rapidement, Suzanne sombre dans une démente de substitution.

Monsieur B., âgé de 50 ans, est hospitalisé en H.O. à la suite de menaces proférées à l'encontre de l'institution judiciaire. Il est le troisième d'une famille de cinq enfants installée en province. Après une scolarité brillante, il devient militant anarchiste dans la mouvance de Mai 68 et échoue volontairement aux concours d'entrée aux grandes écoles qu'il préparait. Il se marie jeune, et part effectuer son service militaire, qui, curieusement, restera pour lui un bon souvenir. Un, fils, Alain naît peu après son retour à la vie civile, mais le couple se déchire, et les époux divorcent après deux ans de mariage. Alain, est confié à sa mère. Monsieur B. entame alors des études d'arts plastiques qu'il mène à terme, puis entre dans l'enseignement. Plus à l'aise en cours qu'en salle des professeurs, il se distingue par son « indépendance d'esprit » qui l'isole de ses collègues.

Rapidement, il est suivi par les services de santé mentale de la M.G.E.N. pour une dépression que le patient attribue aux relations conflictuelles qu'il entretient avec son ex-épouse à propos de la garde de leur enfant. En tout état de cause, rien de ce que peut en dire le patient ne laisse supposer, à ce moment-là, une décompensation délirante. En 1985, il est mis en invalidité. Monsieur B. quitte alors la banlieue parisienne pour s'installer dans un village du centre de la France, avec Martine, une femme de lettre et de tête qu'il épouse en secondes noces. Financièrement plutôt à l'étroit, le couple vit entouré de poules, et de lapins, dans un cadre champêtre propice au ressourcement et à la quiétude. Une petite fille, Julie, est née voici dix ans de cette union. Isolé géographiquement, le patient l'est aussi de sa famille qui le tient depuis longtemps pour marginal. Il voit peu ses frères et sœurs, et ses parents refusent obstinément de considérer Julie comme leur petite fille. Ce n'est rien de dire que le courant ne passe pas, entre lui et son père. Il est en revanche plus attaché à sa mère, même s'il juge qu'elle fut avec lui trop protectrice et « castratrice ».

La mort de celle-ci, au début des années 90, n'était pas attendue. Les explications que lui en donne son père lui paraissent floues, et surtout ce dernier aurait agi en sorte que Monsieur B. ne puisse assister à l'enterrement de sa mère. Que son père se retrouve légataire universel, alors que le couple était vacillant, que la trace de tel ou tel bien familial se soit volatilisée, tout paraît suspect au patient qui, se croyant spolié, entre en guerre contre sa

famille. D'administration des impôts en cour européenne de justice, de chambre des notaires en ordre des avocats, de procédures d'appel en demandes de délocalisation, Monsieur B. multiplie à l'envi les démarches et les poursuites qui, toujours, demeurent infructueuses. Toute

son existence est désormais centrée autour de ce préjudice supposé d'une succession irrégulière. La vague querulente emporte même son propre foyer qui renonce à la douceur pastorale et part en croisade à Lyon où se joue la partie judiciaire. Monsieur B. bénéficie alors du soutien total de son épouse, laquelle ne s'oppose visiblement pas aux bouleversements de leur existence engendrés par cette quête de réparation.

A la fin de l'été 98, convaincu qu'il est temps de remettre de l'ordre dans un Etat corrompu, il adresse à quelques personnalités politiques ou médiatiques une demande d'aide, plutôt maladroitement, dans laquelle il s'interroge sur l'opportunité qu'il y aurait à tuer un magistrat pour que justice lui soit rendue. Au moins, parvient-il cette fois-ci à intéresser l'institution judiciaire, qui le place en garde à vue avant que ne soit décidée son hospitalisation d'office au Vinatier.

C'est un homme froid et distant, s'exprimant avec précision, que nous découvrons dans le service. L'adhésion à son délire de revendication est total, et son sentiment de persécution se nourrit encore, s'il en était besoin, de cette hospitalisation qu'il juge inique. Mais la querulence processive du patient se double d'un idéalisme passionné qui fait de Monsieur B. un chevalier blanc de l'ordre juridique ou social : il mènerait aussi un combat citoyen au service de la démocratie en danger.

En définitive, et d'un point de vue clinique, nous sommes face à un homme présentant une psychose paranoïaque dont le délire en secteur se manifeste sur un registre revendicatif et passionnel. Nous recevons quelques jours plus tard son épouse pour un entretien familial. Entre alors dans le bureau une femme corpulente, vêtue de couleurs vives, et dont l'expression du visage, souligné d'un maquillage généreux, traduit d'emblée la détermination et la colère : il s'agit qu'on lui rende son mari, immédiatement. A ses côtés, le patient fait petit garçon, et paraît mal assuré pour endiguer tant d'énergie. Toujours est-il qu'elle confirme les allégations de son mari. Et déjà, Madame B. fait peser sur nous, la menace d'une intervention en haut lieu, qui ruinerait notre carrière, et qui, surtout, reproduit étrangement le fonctionnement psychique de son mari.

Indiscutablement, Monsieur et Madame B. « *dérisonnent en consonance* », autour du noyau délirant de notre patient. Et nous revient alors en mémoire l'importante mobilisation du couple venu s'installer à Lyon, aux seules fins de mieux défendre ce que Monsieur B. croit être son intérêt. Son hospitalisation, séparé quelques jours de sa femme, aura eu pour effet immédiat de calmer leurs ardeurs procédurières, à défaut de rectifier leur jugement sur le fond. L'H.O. put être rapidement levée, et, naturellement, le patient ne répondit pas à notre offre de suivi ambulatoire. Nous n'avons plus eu de nouvelles de ce couple délirant.

### Rappel historique et théorique

Dans un article d'une grande richesse descriptive sur la dynamique de la contagion mentale<sup>(3)</sup>, les aliénistes Charles Lasègue et Jules Falret proposent sept observations cliniques dont le cadre est assez semblable : tous les sujets sont des femmes, habituellement liées au plan familial (mères-filles, sœurs, tantes-nièces,...). Maris et pères sont absents à la suite de décès ou de séparation. Nous sommes en présence de familles closes où les générations et les individus ne sont pas très différenciés. Le contexte est, dans la plupart des cas, celui de l'isolement et d'une misère sociale et culturelle prononcée. La contagion du délire requiert, selon les auteurs, certaines circonstances de survenue comme de disparition, dites lois de Lasègue et Falret. Ordinairement, la contagion de la folie n'a pas lieu « d'un aliéné

à un individu sain d'esprit », de même que la transmission des idées délirantes est très rare d'un aliéné à un autre aliéné. La contagion de la folie ne serait possible que dans des conditions exceptionnelles : l'un, élément actif, plus intelligent que l'autre, crée le délire et l'impose progressivement au second, élément passif. Ce dernier, après résistance, cède mais recitifie, amende et coordonne le délire qui devient commun, répété au tout venant dans les mêmes termes d'une façon presque identique. Le deuxième critère est celle d'une vie commune depuis longtemps, en milieu clos ; les deux doivent partager le même mode d'existence, les mêmes sentiments, les mêmes intérêts, les mêmes craintes et les mêmes espérances, en dehors de toute autre influence extérieure. La troisième condition est celle du caractère de vraisemblance du délire, qui, seul, le rend communicable. Enfin, la séparation des deux malades entraîne la guérison du sujet induit, ou réceptif, (par opposition au sujet actif, seul vrai malade) et constitue donc un traitement d'épreuve.

De son côté, Régis soutient une thèse<sup>(5)</sup> opposée à l'idée de contagion, mentale au profit du concept de folie simultanée (1880). Selon lui, la folie reste fondamentalement de l'ordre de l'incommunicable et la véritable folie à deux est simultanée. Ce groupe ne requiert comme condition de survenue que la nécessaire vie commune et la prédisposition individuelle. La séparation n'aurait, ainsi, aucune portée curative. Le débat se poursuit sous la plume de Clérambault dans une série de travaux (1902-1924) rassemblés sous le titre « *Délires collectifs et associations d'aliénés* »<sup>(4)</sup>. Dans la lignée de son étude sur les folies collectives, l'auteur est amené à établir une distinction structurale entre psychose et thème délirant. Clérambault conclut que seuls les délires se transmettent (autrement dit, les convictions et les sentiments), mais non les psychoses (autrement dit, les mécanismes génétiques de ces délires). Cette hypothèse marquera une avancée considérable dans la compréhension de la pathologie psychotique.

Lacan, élève de Clérambault, s'intéresse très tôt à la folie à deux. Il en fait mention dans sa thèse (1932) : *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité*. A l'origine de ce qu'il appelle « *les délires convergents* », il invoque « *l'isolement social à deux* ». Lacan réfute l'idée de la contagion mentale et préfère parler de folies simultanées au sens de Régis. Dès la fin de l'année 1933, il publie une étude sur le crime des sœurs Papin<sup>(2)</sup> qui paraît dans la revue *Minotaure*. Pour lui, le délire n'est pas quelque chose qui isole le sujet du monde extérieur. C'est, au contraire, « *un délire de relation* », ce grâce à quoi « *on entre à pleine voile dans le domaine de l'intersubjectivité* », et la visée paranoïaque est de faire entrer l'ordre du monde en composition avec le délire. Son étude sur les sœurs Papin conduira Lacan à l'invention du stade du miroir.

### Hypothèses psychodynamiques

Revenons aux patients qui animent nos deux vignettes cliniques.

L'agression sexuelle dont Jeanne aurait été victime a conduit les deux sœurs à vivre cachées à ne connaître, depuis lors, qu'une existence, marquée par la honte, la misère et l'injustice. « *Les agresseurs, eux, n'ont jamais été punis* », répétaient-elles inlassablement. De ce point de vue, il fut intéressant de noter le sentiment de réparation des deux sœurs lorsqu'elles purent bénéficier de l'aide sociale pour accéder en maison de retraite. La société, cette ingrate, leur devait bien ça.

Cette agression (ou l'événement vécu comme tel, car nous ne pouvons affirmer qu'il eut véritablement lieu), servit de point d'ancrage à un échafaudage délirant auquel se serait ac-

crochée désespérément Suzanne. Vécue en miroir, cette construction délirante donna un sens à leur vie, en plus de les protéger. Les sentiments menaçant leur symbiose, comme la haine ou les désirs incestueux, purent ainsi être projetés sur le monde extérieur qui devint objet persécuteur.

La réaction inattendue de Madame B., en début d'entretien, nous place bien dans le cadre sémiologique des délires à deux (partage par deux personnes très étroitement liées sur le plan affectif de thèmes délirants communs). Mais cette observation semble pourtant constituer une situation atypique : ici, le personnage hospitalisé, et principalement délirant, n'est peut-être pas l'instigateur du délire. Les modalités relationnelles internes de ce couple, telles qu'elles nous sont apparues, suggèrent que Madame B. a pu activer chez son mari un noyau délirant qui ne demandait probablement qu'à s'exprimer.

Si les défenses paranoïaques de Monsieur B. ne font pas de doute, les mouvements psychodynamiques de son épouse sont plus difficiles à cerner. S'agissait-il pour elle d'exciter la fonction phallique de son mari « *Montre-leur qui tu es !* » - dans une perspective castratrice, dont l'actuelle hospitalisation contrainte constituerait en quelque sorte un aboutissement symbolique ? Ou s'agissait-il plutôt d'entraîner son mari dans un délire de persécution, qu'il exprimerait en ses lieu et place, en quelque sorte par procuration, aux fins de s'épargner la coûteuse décompensation délirante dont elle se sentirait menacée, et qu'à l'évidence elle ne parvint que partiellement à éviter ?

Ces deux hypothèses ne s'excluent d'ailleurs pas nécessairement ; mais chacune d'elle suppose l'existence chez cette personne de sérieux aménagements pervers (au sens que Racamier donne à la perversion du lien relationnel : faire supporter par l'autre ses propres conflits psychiques internes<sup>(4)</sup>).

### En conclusion

Il convient de souligner l'importance, dans le partage délirant, des mécanismes d'identification projective, désignée par Melanie Klein comme « *tout ce qui passe activement d'une psyché à l'autre* ».

L'identification projective, dans sa forme la plus archaïque, c'est-à-dire magique et omnipotente, engage un processus circulaire qui s'accompagnait d'un effacement des frontières psychiques de chacun : l'un ne peut renoncer à l'autre, double narcissique indissociable, avec lequel il tente de réaliser son impossible unité.

Comment, dès lors, espérer démêler entre action et réaction, et distinguer aussi formellement que Lasègue et Falret entre un sujet délirant actif et un sujet récepteur, délirant par contamination ? En outre, et pour ces raisons, il nous paraît vain d'attendre de la simple séparation des deux protagonistes une quelconque vertu thérapeutique de fond. ■

\*Hôpital St-Jean-de-Dieu, Lyon.

\*\*Centre Hospitalier du Vinatier, Bron.

### Bibliographie

- (1) DE CLERAMBAULT G.G., *Délires collectifs et associations d'aliénés*, Oeuvres psychiatriques Frénésie Éditions, Paris, 1987, 4-89.
- (2) LACAN J., *Motifs du crime paranoïaque le crime des sœurs Papin*, Le Minotaure, 1933-34.
- (3) LASEGUE C., FALRET J., *La folie à deux ou folie, communiquée*, Annales Médico-Psychologiques, novembre 1877, XVII, 320-355.
- (4) RACAMIER P.C., *Les schizophrènes*, Petite Bibliothèque Payot, Paris, 1990.
- (5) REGIS E., *La folie à deux*, Thèse de doctorat, Faculté de médecine de Paris, 1880.

## LIVRES

### Heinz Kohut

Agnès Oppenheimer

Coll. « *Psychanalyse d'aujourd'hui* » P.U.F.

Heinz Kohut, fondateur de la « psychologie du self », est l'un des auteurs américains les plus discutés, les plus contestés même, parfois injustement, mais avec fertilité. Une courte biographie relate son enfance viennoise, puis sa trajectoire dans les milieux psychanalytiques américains, après son émigration alors qu'il avait achevé ses études de médecine et entamé une analyse avec Aichhorn, analyse qu'il poursuivra aux Etats-Unis avec Ruth Eissler. Il exerce une grande influence au sein de l'Ecole de Chicago dans les années soixante. Théoricien du narcissisme, en marge de l'orthodoxie freudienne, Kohut a élaboré diverses notions – le self objet, la rage narcissique, l'empathie... – et étudié particulièrement le transfert dans ces pathologies ainsi que le mode d'action de l'analyse. Cet ouvrage, après une synthèse de ces notions – rédigée par Paul Denis suite au décès prématuré d'Agnès Oppenheimer, qui avait déjà publié une lecture critique de l'œuvre de Kohut, propose un choix judicieux de textes des œuvres de ce dernier.

### La double absence

Abdelmalek Sayad

Seuil

Directeur de recherches au CNRS, l'auteur a été l'un des spécialistes les plus pointus de l'immigration algérienne en France. Après son décès, Pierre Bourdieu a mis en forme et introduit cette série de travaux jusque-là dispersés. L'idée centrale est de faire comprendre comment des individus, à la fois émigrés et immigrés, déracinés puis placés dans une relation de domination, finissent par être nulle part. Leur « double absence » du pays d'origine et du pays dit d'accueil est à l'origine d'une souffrance que l'on aurait tort d'évacuer sous la vague appellation de syndrome méditerranéen. En même temps, parce qu'ils sont sans lieu, voire inclassables, les émigrés-immigrés ont une fonction d'analyseur des sociétés modernes. Cet essai, illustré par plusieurs récits de vie, sur les « contradictions d'une vie impossible » intéressera doublement les sociologues et les cliniciens.

M. Jaeger

### L'expertise psychologique

#### Procédures et méthodes

Colette Duflot

Dunod

Le rôle du psychologue en tant qu'expert judiciaire a été affirmé en 1993 lors de la réforme de l'article 81 du Code de procédure pénale. L'auteur le situe, comme celui d'un clinicien disposant des outils de la psychologie clinique. Traitant des expertises dans le cadre des procédures pénales, l'étude des délinquants aussi bien que celle des victimes, insistant sur la spécificité du travail auprès des enfants, qu'ils soient eux-mêmes délinquants, victimes ou en danger. L'ultime partie est consacrée aux expertises psychologiques requises dans le cadre de procédures civiles. Outre la question délicate de l'attribution de l'autorité parentale lors de divorces litigieux, celle de la réparation du dommage corporel, chez l'adulte comme chez l'enfant, est soigneusement abordée, ainsi que la nécessaire collaboration entre psychologue et médecin.

# Max Graf

## L'atelier intérieur du musicien et Le cas Nietzsche-Wagner

Les Editions Buchet/Chastel et les Editions E.P.E.L.\* se sont associées pour éditer deux livres du musicologue et critique musical viennois contemporain Max Graf (1873-1958).

### Musicologie / Psychanalyse

Pour les musicologues, Max Graf est un témoin précieux de la vie musicale viennoise du début du siècle. Outre ses travaux d'historien de la critique musicale, il a écrit de nombreux livres et articles sur les lieux et les figures de la musique moderne : Hugo Wolf, Gustav Mahler, Richard Strauss, Arnold Schönberg. Il est aussi très connu dans les milieux analytiques, mais à un tout autre titre : celui de « père du petit Hans ». Car c'est à partir des observations qu'il transmet à Freud sur la phobie de son fils Herbert Graf, que fut écrit le *Cas de phobie d'un petit garçon de cinq ans*, connu sous le nom de *Cas du petit Hans*.

Or dès la publication de ce texte en 1909, les noms des protagonistes du cas disparurent. Ainsi, Herbert Graf, que la psychanalyse n'évoque encore trop souvent que sous le surnom de « petit Hans », fit oeuvre novatrice dans le champ de la mise en scène d'opéra, fut *stage Director* au Metropolitan opéra de New York jusqu'après la seconde guerre mondiale, et participa à de nombreux festivals lyriques. Auteur de plusieurs ouvrages sur la mise en scène et la traduction des livrets d'opéra, il était encore peu de temps avant sa mort en 1973 directeur du Grand théâtre de Genève. Hughes Gall, l'actuel directeur de l'*Opéra de Paris*, lui succédera à ce poste.

Dans l'histoire du mouvement freudien, Max Graf a subi le même destin que son fils. Dans les compte-rendus des discussions de la *Société du mercredi*, cette première école de psychanalyse aux travaux de laquelle Max Graf fut invité à participer par Freud dès sa fondation en 1902, rien ne permet de lire que celui qui intervint dans les discussions en parlant de l'oeuvre et de la biographie de Nietzsche, de Wagner ou de Beethoven, est aussi celui dont il est par ailleurs question comme du « père du petit Hans ». Les communications scientifiques et les nombreux travaux qui, contre l'avis de Freud d'ailleurs, transformèrent le *Cas de phobie* en paradigme de la psychanalyse avec les enfants achevèrent cet effacement des repères. La coédition en langue française des deux livres de Max Graf contribue à rétablir ce que l'hagiographie freudo-lacanienne a effacé. Et les commentaires qui les accompagnent dégagent les conséquences actuelles de cette division entre cas et oeuvre, entre symptôme et symbolisation, tant pour la psychanalyse que pour la critique littéraire et musicale.

### Nietzsche et Wagner : une question toujours actuelle

Le premier ouvrage est une étude intitulée *Le cas Nietzsche-Wagner*. Max Graf la publia initialement en 1900, au moment de rencontrer Freud par l'intermédiaire d'une de ses patientes qui allait devenir sa femme et la mère du « petit Hans ». C'est à partir de l'écriture de ce livre que Max Graf engagera son travail sur les formes du héros moderne et de la scène tragique, dans les coordonnées théoriques de « l'autre scène » que Freud

avait données à cette question.

L'enjeu politique de la rupture entre Nietzsche et Wagner y est dégagé de façon précise. L'analyse psychologique des héros wagnériens, Santa, Siegfried, Parsifal, met en évidence ce qu'ils doivent à la pensée de Schopenhauer, et à la perspective d'une Rédemption de l'homme par la mort, la souffrance, l'annulation qui conduit au Nirvana. C'est en premier lieu du fondement de cette démarche, dont Max Graf souligne les racines religieuses et les conséquences sociales en les comparant avec la fonction politique du théâtre dans la Grèce antique, que Nietzsche se sépare lorsqu'il cesse de soutenir Wagner après Bayreuth, et non pas, contrairement à ce qui commence déjà à se répandre dans les cercles wagnériens, à cause de sa supposée « folie ». En ce sens, trente ans avant le nazisme, l'analyse de Max Graf fait preuve d'une singulière clairvoyance des enjeux. Mais il n'accepte pas pour autant de rejeter, avec l'idéologie nihiliste présente dans les oeuvres wagnériennes, la musique de Wagner. Certes, cette musique se heurta d'abord au silence des grands compositeurs allemands : Schumann, Brahms... Mais par sa décadence, son usage effréné du chromatisme, par sa grande facilité à s'imprégner de la longue tradition musicale dont elle est issue et de ses dérivés, elle oriente vers le renoncement d'où naîtra la musique contemporaine. Contre Nietzsche, Max Graf affirme le génie musical wagnérien, et se tourne vers la théorie freudienne pour l'aider à en saisir les ressorts.

### La psychanalyse à l'école de la création musicale

Le second ouvrage est le fruit de ce questionnement. *L'atelier intérieur du musicien* a été écrit dix ans après *Le cas Nietzsche-Wagner*, alors que Max Graf était sur le point de quitter la *Société du mercredi*, trouvant que le rationalisme qui présidait jusqu'alors aux travaux de celle-ci cédait de plus en plus le pas, dans les nouvelles institutions psychanalytiques fondées après 1908 et dont Jung deviendra le président en 1910, à des formes religieuses d'échange scientifique et d'organisation.

*L'atelier intérieur du musicien* suit de façon détaillée, et largement illustrée d'exemples musicaux, les temps successifs de l'acte créateur en musique. A partir de ses échanges avec Freud, Max Graf élabore à nouveau les conceptions classiques et romantiques de l'inspiration. Il déchiffre les partitions de Beethoven, Brahms, Mozart, Hugo Wolf, J.S. Bach, en suivant les récits de leurs biographes. Il dégage note à note, et analyse mesure par mesure, les conflits au sein desquels la tension érotique s'empare de l'imagination pour donner vie et forme à une oeuvre musicale. Partant de l'inconscient, cette conception concrète et sensible de l'inspiration et du travail du compositeur fait une large place aux fantômes de l'enfance. Elle tient compte de l'expérience de la phobie d'Herbert Graf, comme le fera Freud trois ans plus tard dans *Totem et tabou*.

Dans le champ psychanalytique, Max Graf récuse la position des « bousilleurs d'âmes », qui assimilent oeuvre et symptôme et confondent le démon de chaque artiste avec la folie. L'oeuvre n'est pas l'équivalent d'un symptôme. Au contraire, le symptôme signe l'échec de la mise en oeuvre. Il revient à l'in-

terprétation analytique de relancer les, enjeux de ce conflit potentiellement créateur.

### Une présentation où l'art ne chasse pas la raison

Trop souvent encore, des catégories hâtivement extrapolées de la psychanalyse pallient les défaillances de l'esthétique et de la critique musicale et littéraire. De son côté, la psychanalyse ne s'est pour ainsi dire jamais mise à l'école des compositeurs. En effet, la plupart des études qui dans le champ analytique ont tenté d'aborder l'érotique en jeu dans la musique se sont rabattues sur le texte des livrets d'opéra ou des chansons.

La présentation de cette traduction des livres de Max Graf, par François Datchet explore les conséquences de l'échange entre Max Graf et Freud. Elle éclaire d'un jour différent la part du sonore et celle du musical dans l'élaboration et la pratique de la psychanalyse. Elle fait valoir en particulier l'inflexion de la théorie du signe dans l'enseignement de Jacques Lacan, depuis la prévalence accordée à l'instance de la lettre dans les années cinquante, jusqu'aux explorations du symptôme adossées à la résonance corporelle de la langue dans les dernières années du séminaire.

Les deux ouvrages de cette coédition ont été conçus avec beaucoup d'attention. Hughes Gall a bien voulu autoriser les éditeurs à composer la couverture du *Cas Nietzsche-Wagner* à partir d'une photo de la salle de l'Opéra Bastille de Georgui Pinkhassov. L'actualité des questions philosophiques et musicales qui y sont débattues s'en trouve discrètement soulignée. La *Société des amis de la Musique de Vienne* a retrouvé dans ses archives les manuscrits des esquisses de Brahms, Beethoven, Mozart, etc. à l'aide desquels Max Graf suit au fil des pages de *L'atelier intérieur* le cheminement du fantasme créateur. Enfin, le tableau du Tintoret *Le Miracle de Saint Marc* (Musée de l'Académie, Venise) qui vient en couverture de *L'atelier intérieur du musicien* rappelle que dans la tradition de l'esthétique allemande, Max Graf ne sépare pas les différentes dimensions artistiques, et parvient ainsi, comme dans la formation des rêves, avec la peinture ou la poésie, à rendre sensible, vivant et concret, ce que la présentation musicale seule pourrait avoir d'intimidant pour le lecteur. ■

\*E.P.E.L. : 29 rue Madame, 75006 Paris. Tél. : 01 45 49 29 36. Fax : 01 45 44 22 85.

### LIVRES

#### Folie et spiritisme Histoire du discours psychopathologique sur la pratique du spiritisme, ses abords et ses avatars (1850/1950)

Pascal Le Maléfan  
*L'Harmattan*

L'objet de ce livre est de retracer l'apparition des délires spiritistes dans la société occidentale de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle et du début du XX<sup>e</sup> siècle. Encore appelés délires de médiumnité, leur repérage a suivi, de peu, l'avènement du spiritisme en Europe puis en France. L'ensemble du savoir psychiatrique fut interpellé, et leur originalité, qui empêchait de les dissoudre dans une classe établie, généra autant de certitudes que de doutes ou paradoxes. Avec eux se posait la question des rapports de la psychopathologie et de la croyance, bref de l'anthropologie. En marge de cette confrontation, une sorte de dialogue s'est tenu entre le savoir psychopathologique et la paranormalité de cette époque dont la principale figure rhétorique fut l'analogie. Sait-on encore que Gilbert Ballet utilisa la transe médiumnique pour illustrer ce qu'il entendait par sa *Psychose Hallucinatoire Chronique* ?

#### L'enfant instable Approche clinique et thérapeutique

Maurice Berger  
*Dunod*

Sans a priori sur l'origine de leurs troubles, ce livre présente le suivi clinique de soixante enfants instables mené à partir de leur prise en charge familiale et individuelle. Considérée comme une pathologie du mouvement, l'instabilité psychomotrice est observée selon plusieurs sous-groupes d'enfants, en fonction de leur histoire familiale et relationnelle précoce. Des hypothèses sont émises sur les processus psychiques en jeu : environnement précoce ayant fourni un soutien maternel défectueux, besoin de maîtrise sur l'autre, échec dans la constitution de l'espace imaginaire et de la rythmicité, procédés auto-calmands, « présence flottante » d'un ennemi, incapacité particulière d'être seul en présence de l'autre, etc. Enfin, l'auteur propose des modèles de prise en charge thérapeutique spécifiques.

### CONFÉRENCES DE SAINTE-ANNE Organisées par les Psychiatres-Psychanalystes membres la Société Psychanalytique de Paris

#### CLINIQUE PSYCHIATRIQUE ET PSYCHANALYSE

Ces conférences ont lieu, sauf exception, le 4<sup>ème</sup> Lundi du mois, à 21h00, au Centre Henri Rousselle, amphithéâtre Magnan, 1 rue Cabanis, 75014 Paris

#### Programme

- |                  |  |
|------------------|--|
| 25 octobre 1999  | <b>Samuel Lepastier</b> , <i>L'intérêt du concept de névrose en clinique psychiatrique</i>   |
| 22 novembre 1999 | <b>Bernard Durand</b> , <i>Crise d'identité, folie maternelle et psychose puerpérale</i>   |
| 24 janvier 2000  | <b>Colette Chiland</b> , <i>Identité sexuée</i>  |
| 28 février 2000  | <b>Gabrielle Le Nir, Jacques Fortineau</b> , <i>Malaise face aux adolescents difficiles. Hypothèses théorico-cliniques actuelles</i>       |
| 27 mars 2000     | <b>Gérard Dedieu-Anglade, Henri Danon-Boileau, Gérard Le Gouès</b> , <i>Les seniors sexuels : Tabou !</i><br>Discutante : Paulette Letarte |
| 22 mai 2000      | <b>Victor Souffir, Josiane Chambrier</b> , <i>Freud et les psychoses</i>   |
| 26 juin 2000     | <b>Jacques Azoulay</b> , <i>La psychothérapie des dépressions</i>  |

## LIVRES

**Le propre de l'homme  
Psychanalyse et préhistoire**

F. Sacco, G. Sauvet et coll.

Ed. Delachaux et Niestlé

Freud a consacré à la phylogénèse du psychisme humain plusieurs travaux, notamment *Totem et Tabou* en 1912. Ces textes ont été accueillis souvent avec un certain scepticisme, mais le problème qu'il tentait d'élucider reste actuel. La question est la suivante : peut-on postuler que, de même que le développement embryologique de chacun de nous parcourt l'évolution de notre espèce, le développement psychologique de chacun peut être repéré dans la science préhistorique ? Cette question en recouvre une autre plus fondamentale : quel est le propre de l'homme ? Préhistoriens et psychanalystes échangent leurs expériences dans cet ouvrage collectif. Certaines choses sont l'objet d'un consensus : la neoténie, le biphasisme du développement sexuel, et le caractère continu de la vie sexuelle adulte participent avec la station debout et ses conséquences anatomiques au statut humain. D'autres sont situées dans un ensemble de causalités circulaires. Ainsi qu'est ce qui est premier. La création de l'outil ou son utilisation. Le langage dans sa fonction primitive d'appel sexuel, ou dans sa fonction rythmique. L'investissement hallucinatoire du monde ou sa représentation sur un mode animique ? Certaines problématiques restent sans réponses, en particulier celle qui a trait à la genèse du processus de symbolisation. Les préhistoriens nous font entrevoir sur une immense période de temps, difficile à se représenter (environ 100 000 ans) des processus de figuration artistique, de représentation sexuelle, de rituels mortuaires déjà présents renvoyant l'élément fondateur qu'est la prohibition de l'inceste à un passé encore plus lointain, à un lieu où origine et originaire semblent se confondre. Dans ce qui est décrit, la création de l'outil et sa conceptualisation, la création artistique et ce que l'on peut en inférer sur le langage, il y a le souci de mettre en valeur les arguments en faveur d'un parallèle entre évolutions phylogénétique et ontogénétique, mais alors que penser de certains peuples qui sont restés jusqu'à il y a peu dans un immense dénuement technique (les aborigènes d'Australie ou de Nouvelle Guinée notamment) et qui en deux ou trois générations ont rejoint, non sans souffrances, le niveau de développement général ?

En fait, les traces qui ont subsisté des hommes de la préhistoire les font ressentir très proches de nous, soumis aux mêmes angoisses, l'aptitude à symboliser étant un « déjà là » dont encore maintenant nous ne connaissons pas le support.

A. Frottin

**L'ethnicité dans la cité****Jeux et enjeux de la  
catégorisation ethnique**

Christian Rinaudo

L'Harmattan

A partir d'une analyse sociohistorique du « problème des banlieues » en France et de l'étude ethnographique d'un quartier périphérique typiquement labellisé comme « sensible », « difficile », « à problèmes », cette enquête porte sur les modalités selon lesquelles les catégories ethniques sont rendues saillantes comme ressources de description ou d'identification des personnes et des événements. Leurs usages sont examinés à travers trois types de pratiques sociales : comme le résultat d'une production médiatique, comme un principe de gestion institutionnelle du « malaise des banlieues », comme une ressource routinière de la vie quotidienne.

# Informations

## Disparition de 60 000 lits d'hospitalisation complète entre 1990 et 1997

Environ 60 000 lits d'hospitalisation complète, soit plus de 10% du parc, ont disparu entre 1990 et 1997, selon une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)\*.

Sur ce nombre, 40 000 ont disparu dans les établissements publics (11%), et 20 000 dans les établissements privés (10%). Ainsi, « la densité de lits pour 1 000 habitants a été réduite de 9,8 à 8,5 entre 1990 et 1997 ».

La réduction est « très forte » en psychiatrie (-28% du parc) ainsi qu'en médecine, chirurgie et obstétrique (-14,5%). Elle a été plus modérée en soins de suite et de réadaptation (-4,4%). En revanche, le nombre de lits en soins de longue durée a augmenté de manière « très importante » depuis 1990 (+24%). Celle-ci est « partiellement due à la reconversion de lits de médecine et à l'augmentation tendancielle des besoins liés à la prise en charge des personnes âgées ».

Une étude plus détaillée sur 1997 montre que 6 000 lits ont été fermés lors de cet exercice, pour aboutir à 499 000 lits d'hospitalisation complète, 65% se trouvant dans le public, 25% dans le secteur privé lucratif et 10% dans le secteur privé participant au service public hospitalier (PSPH). « Dans le secteur public, les restructurations internes créent l'essentiel du mouvement ; les opérations de fusion juridique induisent moins de 2% des fermetures ».

Dans le secteur privé, la restructuration de l'offre « est plus difficile à observer ». Il apparaît que seulement 4% des réductions sont dues à des fusions ou absorptions identifiées. « Mais les fermetures provisoires ou définitives d'établissements peuvent correspondre à des opérations de regroupement dont la mise en oeuvre est différée ».

### Le secteur public plus orienté vers la médecine et l'obstétrique, le privé vers la chirurgie

Dans le même temps, la relative spécialisation des deux secteurs s'est poursuivie en 1997, le public s'orientant davantage vers la médecine et l'obstétrique, et le privé vers la chirurgie. En 1997, le public offrait ainsi près de 80% des lits de médecine et 60% des lits en gynécologie-obstétrique. En chirurgie, l'offre restait partagée à parts sensiblement égales (46% environ) entre le public et le privé non PSPH.

En terme d'activité, les entrées en hospitalisation ont continué à augmenter en soins de suite et de réadaptation (+1,6%), en médecine (+2%) et en psychiatrie (+4,7%). En revanche, elles sont restées quasi stables en chirurgie (-0,3%) et ont diminué en gynécologie-obstétrique (-1,2%).

En 1997, comme d'ailleurs en 1998, le recours au secteur public a augmenté lui-même de 1,6%, en particulier du fait de l'activité en médecine (2,1%). Le secteur privé PSPH a une activité stable en 1997 et plus irrégulière en 1998 et le secteur privé non PSPH voit son activité régresser légèrement en raison, notamment, de l'augmentation régulière de la part de l'activité chirurgicale et exploratoire réalisée en ambulatoire.

Pour sa part, le nombre de passages aux urgences a connu une croissance « extrêmement élevée » d'environ 6%, à plus de 10

millions. Mais seulement 3 passages sur 10 ont conduit à une hospitalisation. « L'augmentation rapide de la fréquentation des services d'urgence - comme celles des consultations externes - traduit un changement de comportement des patients qui ont de plus en plus souvent tendance à recourir à l'hôpital plutôt qu'à l'offre de ville », observe la DREES en invoquant les difficultés d'accès aux soins d'une population soumise à des difficultés socio-économiques.

En psychiatrie, la baisse du nombre de lits s'est effectuée au même rythme que la durée moyenne de séjour. De plus, la réduction de l'offre d'hospitalisation complète a été partiellement compensée par la création de places orientées vers l'activité extra-hospitalière (accueil de jour, placement familial thérapeutique et prestations sur le lieu de vie). Globalement, la durée moyenne de séjour à l'hôpital a continué de diminuer en 1997 dans toutes les disciplines de court et moyen séjour. Ce qui a pour conséquence, malgré l'augmentation des entrées, de faire baisser de 1% le nombre de journées dans l'ensemble du champ. En 1998, la DMS s'est au contraire stabilisée en MCO, à 5,7 jours dans le secteur public, et à 6,1 jours dans le secteur PSPH.

\* L'activité des hôpitaux en 1997 et 1998, Etudes et résultats, DREES, n°24, juillet 1999.

## 22 régions, mais seulement 11 « paysages socio-sanitaires »

La France est constituée de onze « paysages socio-sanitaires » illustrant les variations de la morbidité, de la protection sociale et de la consommation de soins à un niveau géographique plus fin que les traditionnels départements, selon une étude du Centre de recherche, d'études et de documentation en économie de la santé (CREDES).

S'appuyant sur les spécificités locales de compositions sociales, d'offre de soins ou de mortalité, ces « paysages » typés constitués à partir de l'analyse des 348 zones d'emploi, montrent des spécificités dans les comportements des Français qui tiennent davantage compte de l'environnement local que de l'appartenance à une région. Aux deux extrémités se situent les parisiens et les ruraux isolés surtout dans le Sud de la France, constituant les deux « classes » opposées, selon la terminologie employée. La classe « Paris » est celle des extrêmes. Elle se distingue par les niveaux les plus élevés de consommation de spécialistes, de pharmacies, d'auxiliaires médicaux et par le plus faible taux d'hospitalisation. « Paris » a les taux les plus élevés de personnes ayant renoncé à des soins et de personnes sans couverture complémentaire (33,6% contre 15%).

Pour les indicateurs d'état de santé, déclarés, les résultats globaux sont conformes à ce que l'on connaît par la mortalité : les Parisiens se perçoivent plutôt en bonne santé, et leurs maladies sont relativement bénignes. Mais ils sont nombreux à se plaindre de dépression et d'anxiété. Les ulcères et les gastrites, de même que les troubles fonctionnels digestifs (solites) complètent cette image du Parisien « stressé ».

Les questions d'opinion donnent une tonalité très libérale à cette classe : 45% de personnes sont favorables au recours aux assurances privées contre 41% en moyenne, et le pourcentage de personnes souhaitant diminuer le remboursement des séances est relativement élevé. Mais ce libéralisme est aussi teinté de scepticisme : cette classe a souvent les pourcentages les plus forts de réponse « sans opinion ».

## Des ruraux isolés : peu de renoncement aux soins malgré un accès plus difficile

La classe « Rural isolé » représente la France des basses densités de population, éloignée des soins et comportant une forte proportion de personnes âgées.

C'est dans cette dernière classe que l'on trouve l'un des pourcentages les plus faibles de personnes qui déclarent avoir renoncé à des soins en 12 mois (9% contre 16%). Ce fait est assez étonnant pour la classe où les densités de professionnels de santé sont les plus faibles et les distances d'accès les plus fortes. L'exonération du ticket modérateur est fréquente mais ceci s'explique par la structure d'âge. On observe le pourcentage le plus élevé de personnes qui pensent que l'état de santé s'est amélioré (52% contre 47%). En général, les réponses montrent une vision plutôt optimiste sur l'évolution de l'état de santé et assez confiante, ou conservatrice, puisque l'on trouve un minimum de personnes favorables aux changements de toute nature. Mais, malgré ces opinions, les ruraux isolés se perçoivent en moins bonne santé que la moyenne, leurs maladies sont plus graves, situation que ne reflète pas la mortalité.

## Bretagne, Nord, Est : le « croissant » de surmortalité

« Est », « Nord » et « Bretagne » sont qualifiés de « défavorisés » car constituant le « croissant » de surmortalité du Nord de la France. Le « Nord » et « l'Est » sont des classes industrielles, alors que la classe « Bretagne » est fortement agricole. Les données d'enquête montrent qu'elles sont également très différentes pour la protection sociale et les questions d'opinion. Dans l'Est, 51% des personnes pensent que l'état de santé s'est amélioré et 45% que l'on pourra maintenir les remboursements à leur niveau actuel. En Bretagne, seuls 19% des personnes interrogées pensent qu'il y a eu une détérioration de l'état de santé (taux plus faible pour l'hexagone). Dans le Nord, 29% pensent que l'état de santé s'est détérioré et 49% pensent que l'on ne pourra pas maintenir les taux de remboursement. Il est vrai que l'état de santé déclaré confirme le surmortalité observée dans cette région.

## Un Sud coupé en deux

Dans la classe « Sud », les auteurs de l'étude du CREDES distinguent deux zones où l'expérience de vie et l'offre de soins sont simultanément élevées. Elle est qualifiée parfois paradoxalement de « favorisée ».

La « Provence » se caractérise par un pourcentage de personnes sans couverture complémentaire élevée (21% contre 15%) et où le taux de renonciation aux soins est de 18% (contre 16% en moyenne). On y trouve une consommation élevée de soins de spécialistes,

## LE 36<sup>e</sup> SECTEUR DE PSYCHIATRIE DE PARIS

(Paris - XX<sup>e</sup> arrondissement)

recherche

un(e) praticien  
hospitalier à temps  
partielfaisant fonction ou contractuel  
(activité intra et extra-hospitalière)

Renseignements :

Dr E. Monduit de Caussade

Téléphone : 01 49 44 33 36

de pharmacie, d'auxiliaires, et un faible recours à l'hôpital. On y observe également des indices élevés pour les maladies de l'appareil digestif et les maladies de l'appareil respiratoire. Dans la classe « Sud-Ouest », les personnes interrogées ne sont pas aussi optimistes, 29% pensant que l'état de santé s'est détérioré alors que les indicateurs d'espérance de vie sont les plus élevés en France.

\* *Environnement local, santé, soins et protection sociale*, CREDES, bobio n°1267, 126 p, 160 F, tél. 01 53 93 43 02.

## Systèmes de soins : le secteur privé va connaître une croissance explosive en Europe, selon un étude

Le secteur privé des soins de santé va connaître une croissance explosive en Europe occidentale au cours de la prochaine décennie, selon une étude publiée par *The Economist Intelligence Unit*. Les Pays-Bas apparaissent, de loin, favoris dans cette course à la privatisation, suivis par la France et l'Allemagne. Le Royaume-Uni et l'Espagne occupent une place intermédiaire, tandis que l'Italie fait figure de lanterne rouge dans le groupe des pays étudiés. Chacun de ces 6 pays s'est lancé dans des réformes importantes de son propre système de santé. Mais « tous restent confrontés à l'enflure de leurs structures hospitalières, incapables de faire face aux besoins médicaux modernes, à une escalade des dépenses médicales, et à une demande apparemment insatiable du consommateur ».

Quatre arguments militent en faveur du développement du secteur privé :

1/ Le vieillissement progressif de la population,  
2/ l'union européenne s'implique de plus en plus dans les questions sociales et sanitaires, et la législation européenne a eu, jusqu'à présent, une orientation essentiellement libérale. Une décision de la Cour Européenne de Justice d'avril 1998, en faveur de la libre circulation des patients dans les différents pays de l'Union, est de ce point de vue caractéristique de ce que pourrait être un marché unique - privé - de la santé,

3/ Les nouvelles technologies de l'informatique et des télécommunications rapprochent le secteur sanitaire du marché, lui donnent plus de transparence, et ont déjà considérablement modifié la relation classique entre soignant et soigné,

4/ Corrélativement, la santé est entrain de devenir rapidement un secteur dominé par le patient (le « client »), dont les moyens d'acquisition d'informations, à travers Internet et les médias, ne cessent d'augmenter.

Dans le cas la France, leader, avec l'Allemagne, des dépenses de santé par rapport à son PIB, les auteurs de l'étude pensent que l'introduction de la CMU va favoriser le privé. Ils relèvent l'implication croissante dans la santé des grands groupes d'assurance, comme AXA, et le mouvement de concertation dans le secteur des cliniques privées.

Où faut-il investir ? se demandent les auteurs de l'étude. Pour ce faire, ils ont opéré un classement, qui tient compte de 8 facteurs : politiques gouvernementales vis-à-vis du privé, concurrence avec les prestations assurées par le secteur public, perspectives de l'assurance maladie privée, développement de l'informatique, politique en matière de « réseaux », influence des mouvements de consommateurs, notamment. Plus petit est le score obtenu, meilleur est le classement. Les Pays-Bas ressortent de l'exercice largement en tête, avec 9 points seulement sur un maximum potentiel de 48 points. La France est deuxième à 21 points, avec de bonnes notes pour tous les

items, sauf en ce qui concerne l'assurance maladie privée. L'Allemagne fait également 21 points, ses points faibles étant les politiques gouvernementales, et l'attitude des consommateurs. Enfin, le Royaume-Uni est à 28 points, l'Espagne à 29, et l'Italie, mauvais élève du privé à peu près partout, fait 42 points.

## Allemagne : forte prévalence des co-morbidités psychiques chez les patients hospitalisés

Plus d'un tiers des patients hospitalisés en Allemagne pour des problèmes somatiques, présenteraient également des troubles d'ordre psychique, selon une étude réalisée au centre hospitalier universitaire de Lübeck, dans le Nord de l'Allemagne.\*

Afin d'évaluer la prévalence de co-morbidités psychiques chez des personnes hospitalisées, Volker Arolt et ses collègues de la clinique psychiatrique de Lübeck ont analysé, selon le procédé standardisé CIDI (Composite International Diagnostic Interview), 400 patients, d'un âge médian de 66 ans, dont 48% étaient des femmes, la moitié était admis en médecine interne et l'autre en chirurgie. Les neurologues ont constaté que 33% des personnes souffraient aussi de troubles psychiques, principalement des syndromes psycho-organiques comme une démence (17,5% des cas) mais aussi des dépressions (8,3%), des abus, en particulier d'alcool (4,6%) et des troubles de la personnalité (2,9%). Intrigués par cette forte prévalence, ils ont décidé de vérifier les données par une analyse clinique de ces 400 personnes. Cette deuxième procédure a plus que confirmé les résultats préliminaires, puisque la fréquence des co-morbidités s'est élevée à 46,8% des patients, avec 27,5% de syndromes psycho-organiques, 15,4% de dépressions, 8,1% d'abus et 7,1% de troubles de la personnalité. La sévérité des désordres constatés était telle que de traitements spécifiques ont dû être prescrits dans 70,4% des cas. Ces traitements ont consisté en une chimiothérapie (19% des cas), une psychothérapie (23%) ou une association des deux (26%).

A leur avis, les co-morbidités d'ordre psychique chez des personnes hospitalisées pour des raisons somatiques paraissent largement sous-estimées, du moins en Allemagne. Ce problème mérite toutefois plus d'attention, ne serait-ce que pour en évaluer le degré d'interférence sur les troubles somatiques diagnostiqués. A l'inverse, l'équipe de Rainer Tölle de l'hôpital psychiatrique à l'Université de Munster a évalué la prévalence de problèmes somatiques chez des patients séjournant en unité de psychiatrie.

## Moins de 10% des patients psychiatriques ne présentent pas de co-morbidité somatique

Sur la base des dossiers cliniques de 1 042 patients âgés en moyenne de 38 ans avec 54% d'hommes, soignés en 1988 et 1989 dans deux centres psychiatriques en Allemagne, les chercheurs se sont aperçus que seulement 7,8% des cas ne présentaient pas d'autres troubles, notamment somatiques, que ceux pour lesquels ils étaient traités. Plus de 5 co-morbidités somatiques ont été diagnostiquées chez 23% des personnes souffrant de psychoses, au moins 3 comorbidités chez 67% des patients soignés pour une toxicomanie, et au moins 2 co-morbidités chez 66% des personnes souffrant de troubles névrotiques. Ces co-morbidités somatiques concernaient des problèmes métaboliques (18% des cas), d'intoxication (16%), inflammatoires (11%) et vasculaires (8,6%). En deux ans, des tumeurs ont été dia-

gnostiquées chez 32 patients des 1 042 dossiers étudiés, soit une incidence relativement élevée de 4%.

\* *Deutsches Arzteblatt*, vol. 93, n028-29, pp 43-48 et vol 94, n°20, pp 50-54.

## 15 % des personnes âgées vivant en institution sont isolées du monde extérieur

Près de 70 000 des personnes âgées résidant en maison de retraite ou dans les services de long séjour hospitaliers sont isolées du monde extérieur, selon une étude récente du ministère de l'Emploi et de la Solidarité\*.

Réalisée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), cette étude s'est penchée sur « les relations familiales et sociales des personnes âgées résidant en institution » mais aussi sur leurs conditions de logement en 1998.

Si l'étude montre que 85 % des personnes hébergées ont des contacts avec leurs famille ou leurs amis, elle constate une coupure complète avec l'extérieur pour 70 000 personnes, c'est-à-dire pour 15 % des 475 000 personnes âgées qui résident en institution : « Le réseau de relations diminue avec l'âge, et la famille devient progressivement le seul sinon le principal interlocuteur ».

Les auteurs estiment que 40 000 personnes âgées, soit 8,4 % du nombre total, « n'ont aucune relation familiale ou amicale à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement, ne retournent jamais dans leur famille, ne participent à aucune activité collective et ne partent jamais en vacances ». Si 42 % des résidents déclarent s'être faits des amis au sein de

l'établissement (4 sur 10), l'étude souligne que cela concerne en majorité des personnes peu dépendantes (66 %), « la perte d'autonomie constituant un frein important à la création de liens d'amitiés avec les autres résidents ».

Sur les 475 000 personnes âgées vivant en institution, les trois quarts vivent en maison de retraite, le dernier quart étant hébergé dans les services de soins de longue durée. La grande majorité des résidents (95 %) sont âgés de 65 ans et plus. L'âge moyen est de 83 ans : 79 pour les hommes, 84 pour les femmes. Les deux tiers souffrent d'une dépendance physique (confinement au lit ou au fauteuil) ou psychique sévère.

Par ailleurs, seule une personne hébergée sur sept a une activité culturelle ou de loisirs : 4 % participent à des associations ou des activités bénévoles, 4 % ont une activité sportive et une personne sur dix seulement se rend à des spectacles. Pour les auteurs, cette faible participation aux activités culturelles peut s'expliquer par le mauvais état de santé des résidents mais aussi par « un effet de génération », peu de personnes âgées ayant eu « l'habitude dans leur vie de consacrer du temps à ce type d'activité ». L'étude qui donne des éléments sur le confort des personnes âgées précise que 28 % des personnes âgées partagent leur chambre, ce qui est beaucoup plus fréquent dans les services de soins de longue durée (55 %) que dans les maisons de retraite (22 %). Les dortoirs subsistent de manière marginale, concernant moins d'une personne sur cent.

\* « Les relations familiales et sociales des personnes âgées résidant en institution », DRESS, 8 pages.

## ■ Informations APM

## L'AUTISME EN CHANGEMENT

Les 18 et 19 juin derniers se sont tenues à Lyon les journées de la Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent consacrées cette année à l'autisme. Ce thème qui a rassemblé plus d'un millier de participants est paradigmatique des questions qui traversent la pédopsychiatrie. J. Hochmann et le comité d'organisation lyonnais ont bien fait les choses en donnant à voir un panorama étendu de la question.

P. Ferrari et S. Tordjman ont fait le point sur les anomalies biologiques, certaines déjà connues comme l'hypersérotoninémie, les composantes génétiques, ou les perturbations des potentiels évoqués à longue latence, d'autres plus récemment repérées comme les anomalies cérébelleuses, les troubles de la maturation cérébrale observées vers l'âge de trois ans, sans doute à une période critique, troubles qui ne sont plus repérables en imagerie cérébrale au cours de la sixième année. Il a pu également être mis en évidence le fait que, contrairement à ce qui a pu être énoncé bien des fois, il n'y a pas d'analgésie dans l'autisme mais une aptitude perturbée à l'expression des ressentis douloureux.

A. Carel a posé le problème du diagnostic précoce, avant dix huit mois. La question est difficile, même pour des praticiens habitués à l'examen de très jeunes enfants. L'auteur propose comme outil diagnostique de repérer ce qu'il nomme « évitement relationnel du nourrisson » à considérer soit comme un élément normal dans l'homéostasie de l'enfant, soit comme un élément dysharmonique précoce, peu dépendant du contexte, plus susceptible d'inquiéter.

La prise en charge régionale de l'autisme a fait l'objet par M. Botbol d'une revue critique, les enjeux identitaires d'appartenance étant peu favorables à la mise en place de réseaux de soins. Il est vrai aussi que l'évaluation de la prise en charge institutionnelle reste difficile, chacun ayant dans sa pratique des souvenirs d'évolutions inespérées ou au contraire décevantes et énigmatiques. Une enquête multicentrique, actuellement en cours, coordonnée par C. Aussilloux, permettra peut-être de dégager des indicateurs pertinents sur ce plan là. Le Docteur Massie de San Francisco est venu présenter une collection de films familiaux de très jeunes enfants, certains jeunes s'étant plus tard révélés autistes, les autres ayant évolué banalement, sans que dans les difficultés manifestes d'accordage affectif on puisse au visionnage des films repérer la pathologie de simples difficultés d'ajustement. G. Haag s'appuyant sur les travaux d'E. Bick a décrit lors des prises en charge de petits les possibilités de restauration de la « première peau », soulignant chez ces enfants leur capacité à investir le cadre de soin dans sa concrétude ; on pense en l'écouter à la « réalité rugueuse à êtreindre » de Rimbaud.

Dans les ateliers, on pouvait noter le même souci de dégager des indicateurs fécondant la créativité soignante : interactions entre dauphins et adolescents autistes (D. Meir), échelle d'évaluation des processus de pensées en classe intégrée (A. Gilbert et coll.), prises en charge de handicaps somatiques associés, etc. Partout, les anciennes oppositions organo/psychogénèse, cognitivisme/psychodynamisme, soin/éducation, tendaient à être remplacées par une démarche de prise en soin intégrant différentes approches.

Un regret : très peu de choses concernant le jeune adulte alors que les secteurs qui veulent bien s'occuper d'eux notent leurs possibilités d'évolution, bien au-delà de la période adolescente. ■

Alain Frottin

## LIVRES

**Janine Chasseguet-Smirgel**

Dominique Bourdin

Coll. « *Psychanalyse d'aujourd'hui* »  
P.U.F.

Analyste « laïque », c'est-à-dire non médecin, et revendiquant la légitimité de ce statut, Janine Chasseguet-Smirgel fait preuve d'une pensée très ouverte, curieuse pourrait-on dire, malgré sa rigoureuse cohérence, dans le prolongement direct des perspectives freudiennes avec une influence particulière de Karl Abraham et de Béla Grunberger. D. Bourdin nous apprend qu'elle a effectué des études de Sciences Politiques, dans le cadre d'un engagement à gauche (dans les années cinquante) et qu'une partie de sa famille, originaire d'Europe orientale, a disparu en déportation, ce qui pourrait rendre compte de son intérêt pour la question de la culpabilité allemande et pour le champ socio-politique d'une manière générale. Elle s'intéresse aussi à l'application de la psychanalyse au champ culturel (art et littérature). Membre de la Société Psychanalytique de Paris, y assumant des responsabilités, ses travaux ont un retentissement international. Ils portent notamment sur l'analité et son lien à la créativité, la sexualité féminine – contestant l'infériorité « naturelle » de la femme, affirmant une dimension phallique commune aux deux sexes – et la perversion, en lien avec un processus d'idéalisation de type narcissique, contrairement à la véritable sublimation, qui apparaît avec la formation d'un surmoi œdipien. Des extraits choisis de son œuvre viennent illustrer le propos, clair et synthétique, de cet ouvrage.

V. Guillotin-Graff

**Le trésor des phobies**

Gérard Bayle

P.U.F.

Montrant par l'exemple les rouages thérapeutiques d'une cure psychanalytique, *Le trésor des phobies* en suit pas à pas le déroulement. Le patient concerné présente une série de symptômes (phobies, moments paniques, troubles comportementaux, éléments dépressifs...) s'inscrivant dans une souffrance qui le fait consulter. La double évolution symptomatique et structurelle est suivie au fil de la cure et de ses difficultés éventuelles. On voit, ainsi, exposés les premiers entretiens et les éléments permettant d'indiquer une psychanalyse, les compromis inconscients qui régissent le psychisme du patient, le jeu transféro-contransférentiel du couple analytique patient/analyste, les attaques contre le cadre, le pourquoi des interprétations de l'analyste et de ses silences, etc. Le processus identificatoire à l'analyste et l'introjection du cadre permettant progressivement au patient de régir ses tensions non plus en les régulant par l'extérieur (par exemple par des phobies) mais grâce à un jeu interne de défenses assouplies. Le cas est suivi du début jusqu'à la séparation des deux protagonistes et un recul de 15 ans permet d'avoir une vue d'ensemble du processus et de ses prolongements. Un rappel théorico-clinique succinct sur la psychopathologie des phobies est ensuite fait par l'auteur. Posée la limite qu'aucun récit ne peut totalement restituer la charge affective libérée sur le divan, « on s'y croirait ». A ce titre et par delà cet ouvrage synthétique (moins de 100 pages) et d'une lecture agréable, il faut aussi saluer l'initiative des P.U.F. qui, créant une nouvelle collection (« *Psychanalyses* »), donnent accès à des récits de cures menées par des praticiens contemporains.

M. Sanchez-Cardenas

# A propos de Le plaisir de lire Freud\*

Entretien avec J.-D. Nasio par S. Tribolet

S. Tribolet – *Quel plaisir de lire Freud ?*

J.-D. Nasio – Un immense plaisir ! Ceux qui le lisent le savent. Ceux qui ne l'ont pas encore lu, je pense à beaucoup de jeunes qui le découvrent en classe de terminale, sauront, s'ils ont un bon professeur de philosophie, que c'est vraiment un plaisir de lire Freud. Pourquoi plaisir ? Parce que c'est un plaisir lorsqu'on lit un texte et que ce texte nous emporte et nous fait oublier que nous sommes là. C'est très curieux le plaisir de la lecture. Quand dirons-nous qu'un texte nous fait plaisir ? Quand dirais-je que tel roman ou tel texte de sciences ou tel texte de sociologie ou de toute autre discipline, m'a fait plaisir ? Je répondrais qu'un texte fait plaisir lorsque, d'abord, il se lit sans que nous pensions à qui l'a écrit, à comment il est écrit, sans que nous nous arrêtions à la qualité même de l'écriture. Je peux trouver qu'un texte est beau c'est vrai, mais ce qui est important c'est que le texte m'entraîne et me fasse m'oublier. Et ce qui est curieux c'est qu'il me fait m'oublier parce qu'il parle de moi, il m'engage dans mes propres rêves et fantaisies. Paul Valéry disait que la beauté d'un texte se mesure à la rapidité de sa lecture. C'est comme un rêve, comme une nuit. Ces nuits où nous dormons bien ; nous nous réveillons avec l'impression que la nuit s'est écoulée en une seconde. C'est la même chose avec un beau texte : il s'écoule très vite.

S. T. – *Et est-ce vraiment le cas de Freud ?*

J.-D. N. – Freud a cette particularité : il peut se lire très vite. Je ne dis pas tous les textes de Freud mais supposons un texte comme « L'au-delà du principe de plaisir ». C'est un texte qui se lit très vite, très facilement. C'est vrai que lorsqu'on a fini, on a envie de le reprendre et de le relire et de retravailler mais la première lecture se fait vite. Freud nous parle, il s'adresse à nous, il nous enveloppe avec sa façon d'argumenter, de plaisanter, de développer une idée et il fait sentir que c'est une idée qui nous concerne. Donc le plaisir c'est de lire un texte rapidement, de sentir qu'il s'adresse à nous et que ce qu'il dit nous concerne.

S. T. – *Vous ne dites pas « Le plaisir de lire Lacan » ?*

J.-D. N. – Freud fait plaisir à lire et Lacan est illisible. Il n'y a pas de plaisir à lire Lacan, ou plutôt c'est une autre sorte de plaisir. C'est un autre type d'expérience de la lecture et de la connaissance. Elle oblige à réfléchir, c'est un travail mental. Ce n'est pas sur soi. On a le sentiment que ce qu'on lit est intéressant, rigoureux, concerne la vie, les êtres, les choses, mais que nous n'y sommes pas. Nous pouvons être concernés mais après un long travail d'élaboration. Lire Lacan, ça ne fait pas plaisir, c'est ardu, austère, difficile.

S. T. – *Dans votre ouvrage vous consacrez un chapitre aux définitions de l'inconscient selon quatre points de vue, quatre lectures différentes.*

J.-D. N. – L'inconscient a plusieurs définitions. C'est difficile d'en donner une seule. La plus descriptive est que l'inconscient est un processus obscur qui a la particularité quand il se manifeste et nous surprend, de nous apprendre quelque chose de nous-mêmes. L'inconscient est un savoir parce qu'il nous apprend par son expression, cela peut être au niveau d'un lapsus, d'une intention, d'un choix d'amour. Un jour, je peux être séduit par une femme, et tomber amoureux. Puis je traverse le pont Mirabeau et en traversant ce pont, je

me demande comment cela se fait que j'ai choisi cette femme, pourquoi elle ? Pourquoi suis-je si content d'être amoureux et amoureux d'elle justement ? Comment se fait-il que dans ma vie, je l'ai choisie ? C'est l'inconscient qui guide les choix les plus décisifs de la vie, même du métier. Mon choix de psychiatrie et de la psychanalyse a été guidé par mon inconscient, mon expérience de l'inconscient à l'âge de mon enfance. L'inconscient est un processus dont nous ignorons la portée, qui agit à notre insu et détermine des actes décisifs dans notre vie. Mais ce n'est pas la seule définition. C'est une définition descriptive mais juste, vivante, dramatique. J'aime bien que les concepts les plus abstraits soient des concepts dramatisants, vifs, qui nous touchent. Je n'aime pas que les concepts abstraits, les plus difficiles et les plus ardues restent intellectuels. Si Freud a fait de l'inconscient un concept majeur que l'on continue aujourd'hui à utiliser, c'est que ce concept a pris sa source, sa racine dans la vie même. Tous les grands concepts (narcissisme, refoulement...) ont pris leur racine dans la vie des êtres, et je tiens beaucoup à cette description vivante de l'inconscient. Mais l'inconscient a, aussi, d'autres définitions plus métaphysiques, plus élaborées, plus rigoureuses. L'inconscient est un système de représentations psychiques inconscientes, dont nous n'avons pas conscience. C'est un système organisé de représentations inconscientes possédant une logique qui règle son fonctionnement, sa dynamique. Parmi ses représentations, certaines peuvent se manifester à la conscience, d'autres sont refoulées... Enfin, on entre dans une série de considérations théoriques et abstraites tout à fait importantes car ce sont elles qui permettent la vie d'un concept. L'inconscient est un concept extraordinaire qui ne vit pas seulement depuis 100 ans avec Freud, mais apparaissait chez les philosophes des siècles précédents.

Donc, l'inconscient est à la fois un processus vivant et un concept rigoureux qui fait penser, réfléchir et permet d'enchaîner d'autres concepts. De ce deuxième point de vue, l'inconscient est un concept de représentations inconscientes.

S. T. – *Et l'inconscient lacanien ?*

J.-D. N. – Lacan a dit que ce n'était pas tout à fait un système. Il a préféré dire une structure. Une structure structurée comme un langage. Cette modification est très importante. Lacan est un formalisateur de l'œuvre de Freud et dit des choses nouvelles parce qu'il a su reprendre le texte de Freud. Lacan n'a pas innové. Il a formalisé ce qui existait déjà et en le formalisant, il a créé du nouveau. C'est comme cela qu'avance toute connaissance : faire du nouveau avec du vieux. Je vous défie de trouver une théorie nouvelle, une proposition nouvelle. Vous verrez qu'inéluctablement elle est reprise d'un ancien savoir. Donc, Lacan propose l'inconscient non pas comme un système, mais comme une « structure ». L'inconscient est structuré comme un langage. Il ne dit pas le langage, mais un langage, « un » comme une idée du langage. Lacan utilise deux figures tirées de la rhétorique qui sont la métonymie et la métaphore pour avancer que ce sont les lois qui régissent le fonctionnement en tant que structure. Il faut reprendre la formule et dire que l'inconscient est structuré comme un langage, réglé par les lois de la métaphore et de la métonymie. Qu'est-ce que signifie métaphore et métonymie ? La métaphore, c'est par exemple « mettez un tigre dans votre moteur », l'essence que vous allez mettre dans votre moteur est une essence puissante puisque l'idée du tigre est la puissance. Donc, une métaphore c'est mettre un mot à la place d'un autre pour lui donner une connotation nouvelle. Dans l'inconscient, d'après Lacan, cela fonctionne de la même manière : il y aurait des mots, des actes, qui apparaissent dans l'expression quotidienne et ces mots, ces actes, ces rêveries seraient la chose qui apparaît à la place d'une autre qui reste, elle, cachée et cette chose qui apparaît a créé un sens nouveau. La métonymie c'est, par exemple : « passe-moi un verre » en parlant d'un verre de whisky.

**Pulsions, représentation, langage**Sous la direction de M. Pinol Duriez  
Ed. Delachaux et Niestlé

Cet ouvrage collectif reprend les travaux du colloque organisé par le Groupe d'Etudes Cliniques et Psychopathologiques. André Green s'attache à définir la place du langage au sein d'une théorie générale de la représentation. Il passe en revue les idées défendues par les linguistes actuels sur la nature et la structure du langage. Il est éclairant de constater que quels que soient les efforts faits pour évacuer la psychologie et la psychanalyse du domaine linguistique, il a été chaque fois nécessaire de les réintroduire. Les langues ne sont pas un instrument de découverte de la vérité dans la mesure où elles associent des représentations affectives et pulsionnelles aux processus cognitifs et si la logique est un processus de la raison, le support linguistique n'en est pas le meilleur. La référence au langage peut s'amarrer au couple énonciateur-coénonciateur, dans la théorie des actes de langage, le sujet parle de son corps dans le dire, enfin, la poétique met au premier plan la fonction émotionnelle du langage. La représentation inconsciente est constituée par un mixte formé de l'investissement pulsionnel issu du corps et de l'investissement d'objet issu du monde extérieur. Le cadre s'efforce de transformer l'appareil psychique en ap-

pareil de langage. Les représentations de mots s'insèrent dans l'ensemble plus vaste du système représentationnel dans lequel le rapport représentation de mot - représentation de choses constitue l'axe central de la théorie freudienne. On arrive ensuite aux limites du modèle : hallucination négative attaquant les processus associatifs, les restes mnésiques et perceptifs par un phénomène de déni. L'asymptote en est l'irreprésentable, lieu des figurations de Bion, des travaux de Marty et de l'école de psychosomatique, et des mises en concepts de Lacan. C. et S. Botella proposent trois modèles d'articulations entre pulsion et représentation : mot-corps, mot-monde, mot-miroir, permettant la création d'une cohérence au service du Moi, sous tendus par un mouvement de convergence épigénétique. Deux exemples cliniques présentés comme paradigmatiques, psychothérapies d'un psychotique et d'un jeune autiste, sont ensuite présentés de façon convaincante. Comme souvent dans cette collection les notions de base, sous forme de documents de référence sont annexés : pictogrammes, pensée des origines, signifiants formels... Un regret : pourquoi ne figurent pas dans ces notions signifiants, mathématiques, et noeuds borroméens alors que de l'aveu même des participants, ces notions constituent, même si l'on est en désaccord avec ce qu'elles représentent, une extraordinaire stimulation à penser ?

A. Frotin

Avec le mot « verre », il indique déjà qu'il s'agit du whisky donc il y a une sorte de métaphore par contiguïté. Le verre est contigu au liquide qu'il contient. C'est une connexion, une continuité, une contiguïté entre les deux mots et les sens que ces deux mots désignent. L'inconscient fonctionne de la même manière : il y a des représentations inconscientes qui sont en connexion avec d'autres et ces connexions sont ce qu'on appelle métonymie. Schématiquement, la métaphore fonctionne de façon verticale et la métonymie de façon horizontale. Dans la métaphore, le premier étage remplace le rez-de-chaussée et dans la métonymie, c'est la file indienne. Il y a donc deux lois : la loi verticale métaphorique et la loi horizontale métonymique. Ces deux lois régissent les structures de l'inconscient en tant que langage.

*S. T. – Les lois de l'inconscient sont celles d'un langage et pourtant le linguiste n'est pas le psychanalyste.*

*J.-D. N. –* Le linguiste est celui qui étudie le langage et le psychanalyste, d'après Lacan, considère que l'inconscient fonctionne comme un langage. Un langage qui n'a rien à voir avec le langage. Il y a un point commun : le langage et un langage quelconque sont un ensemble d'éléments d'unités semblables entre elles. « Semblables » signifie qu'elles sont différentes et identiques en même temps. Elles fonctionnent et s'organisent suivant certaines lois. De ce point de vue, l'inconscient est un langage mais il n'est pas le langage. Donc le psychanalyste pense l'inconscient d'une manière qui lui est très particulière. D'ailleurs, il y a beaucoup de linguistes qui se sont opposés à cette utilisation du mot « langage ». Il faut dire que Lacan, du point de vue de son œuvre et de son élaboration, s'est servi de tous les matériaux possibles. Comme un peintre qui se sert de la toile, de l'acrylique et du montage, du tissu et des objets... Lacan s'est servi des différents éléments qui étaient à sa portée : la philosophie, la linguistique, la topologie, la rhétorique... C'est un créateur mais on ne peut pas lui demander d'être respectueux de l'origine même de l'élément. En d'autres termes, le concept de langage qu'applique Lacan pour définir l'inconscient n'est pas un concept linguistique. C'est l'importation d'un élément venant d'une discipline connexe ou extérieure à la psychanalyse ; en l'introduisant dans la psychanalyse, l'élément change. Le même phénomène s'est passé avec d'autres concepts qui ont reçu des critiques de la part de spécialistes.

*S. T. – De nombreux spécialistes étudient les relations entre la mémoire et l'inconscient. L'inconscient serait-il une grosse mémoire transgénérationnelle ?*

*J.-D. N. –* L'inconscient peut être défini de plusieurs façons. Il y a donc une définition vivante de ce processus obscur, caché qui se manifeste, surprend la personne et l'éclaire sur quelque chose de sa vie (exemple du jeune homme amoureux). L'inconscient est un savoir. L'autre définition étant l'inconscient comme système. L'inconscient est aussi une mémoire, une mémoire transgénérationnelle qui traverse les générations. Ceci est un fait clinique fréquent dans la vie quotidienne. Il arrive très fréquemment qu'un patient se sente coupable, même triste. Il apparaît quelques raisons, quelques causes de sa dépression, de sa tristesse et puis le temps passe dans le travail d'analyse et un approfondissement s'opère qui révèle la culpabilité d'une faute commise par son père. Comme si le patient devait expier une faute qui n'est pas la sienne, mais celle d'un ancêtre. Ce peut être son père, son grand-père, etc. Cela n'est ni de la télépathie, ni un mystérieux phénomène paranormal, mais un phénomène très fréquent. Les enfants reçoivent, souvent, non seulement des bonnes

choses de leurs parents mais reçoivent aussi des souffrances, des sentiments de culpabilité que parfois les parents ne savent pas, qu'ils ne peuvent donc pas assumer ou qu'ils ne savent pas assumer ; mais que leurs descendants assumeront. L'inconscient fonctionne, opère à travers les générations. Il agit au-delà de la vie d'un individu. Lacan disait que l'inconscient est hors du temps. Il est hors du temps chronologique, hors d'un cycle de vie individuelle. Hors de temps puisqu'il agit à travers les générations.

Mais qu'est-ce que cela veut dire que l'inconscient est une mémoire ? Dans « Le livre de la douleur et de l'amour », j'ai affirmé que l'inconscient est une mémoire. Mais qu'est-ce qu'une mémoire ? Une mémoire est la capacité qu'a l'être humain, parfois l'animal aussi, que des événements anciens reviennent, au présent, sous la forme d'évocations généralement conscientes. C'est une capacité, une performance. Sans mémoire, pas de vie possible. Tout ce qui est regardé avait déjà été regardé. Même pour la chose la plus inédite, la plus nouvelle et la plus bizarre, l'œil lui trouvera des contours ou des figures qui sont évocatrices de formes déjà perçues. L'inconscient est une mémoire très particulière capable de rendre présent un événement ancien à notre insu. L'inconscient est une mémoire à condition qu'il soit reconnu que le retour du passé soit un retour qui se fait à notre insu, non plus dans la conscience mais à l'insu de la personne soit dans un comportement, un acte, soit dans le corps ou dans la parole, un événement, dans une création. Un peintre a une mémoire inconsciente fondamentale : une création lui apparaît nouvelle, inédite parce que pour sa conscience il invente pour la première fois, mais pour son inconscient, il s'agit de la répétition d'une expérience ancienne.

*S. T. – La psychanalyse est-elle une science ?*

*J.-D. N. –* La psychanalyse n'est pas une science, mais est une pratique qui consiste à écouter, orienter et guérir. Une pratique thérapeutique auprès de ceux qui souffrent et viennent demander une aide. C'est aussi une méthode de recherche de processus mentaux conscients et inconscients et c'est en troisième lieu une théorie, un corpus théorique très développé, rigoureux. Les concepts s'enchaînent avec une grande rigueur. Il y a des ambiguïtés dans les concepts mais ces derniers restent des concepts très robustes, et assez souples en même temps, pour se connecter avec d'autres concepts et donner naissance à des nouvelles notions. C'est une pratique thérapeutique, une méthode de recherche et c'est un corpus théorique mais ce n'est pas une science.

*S. T. – Pourquoi ?*

*J.-D. N. –* Parce qu'elle n'a pas l'aspiration de vouloir mettre à l'épreuve de la vérification ses propositions. Ses propositions sont invérifiables d'après les critères de vérifiabilité d'une science mais sont vérifiables dans le propre cadre de la pratique qui est l'analyse. Exemple : l'analyste a une idée sur le patient. Ce patient lui fait penser à telle ou telle proposition. Il va falloir un certain temps et une série de conditions très précises pour que la proposition se vérifie ou pas. Ne faut-il pas croire que cette proposition va se vérifier d'après les critères personnels de l'analyste ? Il y a souvent chez les patients des manifestations que ce soit au niveau de la conscience ou de ses rêves, de ses comportements qui vont vérifier sans conteste telle ou telle proposition qui avait surgi au cours de la cure précédemment. Donc l'analyste n'a pas cette volonté ni cette aspiration, ni ce projet de soumettre à la vérification ses postulats ou ses propositions. Pour Carl Popper, le critère pour définir une science n'est pas la vérifiabilité mais la réfutabilité. La religion est toute vraie

puisque, de toute façon, on a tout le temps raison. Dans la religion rien n'est réfutable donc ce n'est pas scientifique. Est-ce que la psychanalyse est réfutable ou non ? La psychanalyse n'est pas scientifique, elle n'a pas l'aspiration à l'être et je ne veux pas qu'elle le soit. Je ne pourrais pas travailler comme je le fais avec mes patients si j'avais le sentiment que j'étais dans le même état d'esprit qu'un scientifique devant son objet. Je travaille avec la durée analytique, avec un savoir-faire de clinicien, avec mon intuition qui est une intuition forgée au fil du temps d'une longue pratique à l'hôpital avec des patients graves, psychotiques. Une intuition de savoir-faire de clinicien, avec mon désir, mon être. Je ne pourrais jamais travailler comme un scientifique. Je me dédouble souvent, je ne crois pas que l'analyste travaille seulement avec sa personne, il faut qu'il soit dédoublé, dissocié. Il ne faut pas qu'il s'engage, et cependant il doit être très engagé dans l'écoute de son patient. L'analyste est un sujet. Le scientifique n'est pas un sujet dissocié, c'est un sujet complètement séparé de son objet. Même s'il peut influencer l'objet de son expérimentation, la position subjective du scientifique vis-à-vis de son objet ne relève jamais du même engagement qu'a l'analyste devant quelqu'un qui lui parle de sa souffrance. C'est très nuancé.

*S. T. – Quelle différence y a-t-il entre la science et la psychanalyse ?*

*J.-D. N. –* La science est réfutable et vérifiable.

*S. T. – Est-ce que l'analyse est réfutable ?*

*J.-D. N. –* Il y a certaines propositions qui le sont mais pas toujours à l'intérieur du cadre de cette pratique.

*S. T. – Quelle différence y a-t-il entre la psychanalyse et la religion ?*

*J.-D. N. –* La religion n'est pas une pratique. La religion est un système de valeurs, de croyances et, là, le problème de la réfutabilité ne se pose pas. La psychanalyse est une pratique réfutable et vérifiable à l'intérieur d'un cadre qui est le cadre spécifique de l'analyse.

*S. T. – La psychanalyse n'étant pas une science, a-t-elle un avenir avec ces scientifiques que sont les médecins, les psychiatres en particulier ?*

*J.-D. N. –* Sans aucun doute tant que le psychiatre sera confronté à un humain qui est devant lui et qui lui dit qu'il souffre de dépression, de jalousie, d'envie meurtrière, de toxicomanie... tant qu'il y aura quelqu'un qui lui parle avec son corps, sa voix et ses larmes. Il est absolument impossible d'échapper à une écoute humaine qui ne peut pas être simplement cognitive, intellectuelle, mesurable, vérifiable et scientifique. Il faut que cette écoute de cet humain qui parle, qui souffre et dit sa souffrance soit une écoute tout aussi humaine que celui qui dit sa souffrance. Donc peut-être que ce sera, demain, une autre discipline, une autre orientation, on l'appellera peut-être autrement mais il y aura toujours une pensée qui va venir orienter l'écoute du psychiatre.

*S. T. – La lecture de Freud demeure d'actualité... ?*

*J.-D. N. –* Freud est très actuel car « je suis » actuel c'est-à-dire vivant. Je travaille, je pense et Freud constitue une inspiration permanente de ma pensée, de mon activité et de ma manière d'écouter. L'actualité de Freud est une actualité vivante et très fraîche. Il est présent dans beaucoup d'analyses. Un auteur est vivant s'il est présent chez les vivants. Il est présent dans ma façon d'écouter les gens donc il est dans l'inspiration vivante chez les vivants et ces vivants ne sont ni aveugles ni ignorants. Un siècle c'est très long, long pour l'histoire, pour la science et pour les techniques. Freud a publié « L'interprétation des rêves » en 1900.

Un siècle c'est pourtant très peu pour notre jeune psychanalyse. La psychanalyse ne progresse pas à la vitesse des disciplines scientifiques et sociales. Elle s'occupe de choses très simples et immensément complexes. La psychanalyse s'occupe de l'amour et de la haine, du désir et de la loi, de la souffrance et du plaisir, de notre parole, de nos actes, de nos rêves et de nos fantasmes. La psychanalyse s'occupe de choses simples et complexes mais éternellement actuelles. Elle s'en occupe non seulement par le moyen d'une pensée abstraite mais à travers l'expérience humaine d'une relation bien concrète entre deux partenaires, analyste et analysant, en interactions permanentes. ■

\* Petite Bibliothèque Payot.

## LIVRES

### Psychanalyse et décolonisation

Sous la direction d'Anny Combrichon  
*L'Harmattan*

Cet ouvrage collectif est un hommage à Octave Mannoni. Il fait suite à un colloque organisé en 1998, avec des contributions de Jacques Hassoun, Claude Lorin, Elisabeth Roudinesco, Françoise Vergès, Pierre Vidal-Naquet... On se rappellera qu'Octave Mannoni avait écrit, en 1950, *Psychologie de la colonisation* et avait discuté les thèses de Frantz Fanon. Mais il accordait, depuis, une grande importance aux répercussions psychopathologiques de la décolonisation. Comme il est de coutume, ce recueil de textes comporte des témoignages sur la personne honorée, en l'occurrence tout à fait intéressants sur les engagements politiques d'Octave Mannoni et sur ses apports de clinicien, mais aussi des textes plus à distance, qui interrogent, par exemple, les rapports entre l'anthropologie, la psychanalyse et la politique, ou qui reprennent les débats théoriques autour du culturalisme (O. Douville). L'ensemble n'a rien à voir avec un panégyrique : c'est un document de référence d'excellente qualité.

M. Jaeger

### Jalousies

Denise Lachaud

Coll. « L'espace analytique »

*Denoël*

« Jalousies » au pluriel ; par le titre de son ouvrage, l'auteur indique son intention de traiter ce sentiment dans sa dimension la plus commune, ses aspects les plus ordinaires, constitutifs de tout sujet humain, en écartant le thème de la « jalousie » telle qu'une sémiologie peut la saisir, c'est-à-dire dans sa dimension pathologique, voire délirante. Les sentiments de jalousie seraient donc partie intégrante du psychisme humain alors même qu'ils sont déniés, et peut-être même d'autant plus. Dans un référentiel théorique lacanien, éclairé par des cas cliniques, l'auteur explicite les rapports de la jalousie avec la triangulation œdipienne, mais aussi avec des phénomènes plus précoces comme l'intrusion d'un autre enfant entre la mère et son bébé. En effet, contrairement à l'envie, la jalousie suppose toujours l'identification à un tiers, et son origine est contemporaine du « stade du miroir » où se constitue l'autre en même temps que son image. A vrai dire la jalousie semble avoir un rôle actif dans ce processus, au sens où « ce n'est donc pas l'objet qui détermine la jalousie, c'est elle qui le forme », permettant une véritable créativité. L'auteur réexamine ensuite, de manière tout aussi critique, la question du lien entre jalousie et féminité. En outre, l'ouvrage contient de nombreuses références à la littérature et à la philosophie, convoquées avec beaucoup de pertinence dans le discours psychanalytique.

V. Guillotin-Griff

## LIVRES

**Histoire de la neurotransmission**Jean-Claude Dupont  
P.U.F.

Le premier chapitre (1857-1921) étudie la mise en place du champ d'investigation par les « neurosciences » de la fin du siècle dernier (histologie, physiologie et pharmacologie), avec la difficile émergence des concepts de neurone, de synapse, d'influx nerveux, conduisant aux premières formulations du concept de neurotransmetteur. Le second chapitre (1921-1936) décrit les cheminements expérimentaux des principaux artisans du concept de neurotransmetteur chimique, contre les partisans de la théorie électrique. L'accumulation des preuves conduira à l'extension rapide de la théorie neuro-humorale à tout le système nerveux périphérique, à l'identification partielle des substances neuro-transmettrices, et à un renouveau de la pharmacologie. Les figures de H. Dale et de O. Loewi dominent cette période. Le chapitre suivant (1936-1952), aborde les formes théoriques expérimentales des résistances à la théorie de la neurotransmission chimique. Dans les années cinquante, les progrès techniques dans les domaines de l'instrumentation, biochimique, électrophysiologique et microscopique vont permettre d'appréhender la neurotransmission avec une finesse jamais égalée auparavant. La théorie chimique va alors évoluer dans deux directions : tenter de modéliser la synapse et tenter de se généraliser au système nerveux central. Les deux derniers chapitres (1952-1970) évoquent ces enrichissements qui représentent la période de maturité de la théorie, et qui feront du concept de neurotransmetteur un des fondements de la neurobiologie, jusqu'à la fin des années soixante, à l'aube de la biologie moléculaire. Ultérieurement, on assistera au raffinement et à la généralisation des conceptions allostériques, à la multiplication des neurotransmetteurs peptidiques, et à la transformation de la problématique de la transmission synaptique à celle plus vaste de la communication intracérébrale. Les techniques histo-chimiques nouvelles (histofluorescence) suivies des premières études fonctionnelles vont permettre l'identification des voies chimiques neurotransmettrices et l'établissement d'une véritable cartographie chimique, se superposant à la cartographie nerveuse. Les concepts de neurohormone et de neuromodulateur élargiront le champ bien au-delà de la neurotransmission *stricto sensu* et feront entrer la théorie dans une ère nouvelle. Cette analyse historique est suivie de quelques leçons épistémologiques.

**Les réclamations à l'hôpital****Ecouter, informer, orienter**

Doin éditeur, AP-HP

Dans le cadre de la collection « Les guides de l'AP-HP », Marc Dupont et Christine Calinaud (département des droits du malade de l'AP-HP) ont réalisé un guide pratique qui réunit les éléments de procédures et les informations principales nécessaires pour que le traitement des réclamations à l'hôpital soit effectué avec toute l'attention qui s'impose et dans le souci de résoudre de façon concrète les difficultés rencontrées par les usagers. Il présente successivement les procédures de traitement des réclamations et leur analyse statistique, les modalités de la conciliation à l'hôpital, les modalités de recours des usagers auprès de l'administration hospitalière ainsi que les modalités pratiques, pour les patients, des recours juridictionnels.

**« Surveiller, punir » : vers une microphysique du pouvoir**

Dans « *L'histoire de la folie* », Foucault se demande comment l'Asile de Pinel a été rendu possible. Dans « *Naissance de la clinique* », il se fait l'archéologue du discours médical. En 1975, dans « *Surveiller et punir* », il s'interroge sur les impératifs qui amènent la naissance massive en Europe des institutions carcérales (dès la seconde moitié du 18<sup>ème</sup> siècle). Il y répond en quatre parties : 1. Supplice, 2. Punition, 3. Discipline, 4. Prison, au cours desquelles on suivra l'évolution du système de correction et de redressement dans sa volonté de donner au pouvoir répressif les possibilités de « mieux voir sans être vu », de punir sans en donner l'impression, de moins punir le corps et mieux modifier les âmes.

**Supplice**

« *Surveiller et punir* » débute par la description, d'après les documents de l'époque (1757), de la condamnation et des supplices qu'a subi Robert François d'Amiens pour avoir tué. Fait suite le règlement rédigé par Léo Faucher « *pour la maison des jeunes détenus à Paris* », document écrit trois quarts de siècle plus tard (1838). Michel Foucault veut ainsi montrer la continuité d'un certain « style pénal » à travers les modifications de l'art de punir. Le supplice n'est pas seulement une peine atroce mais aussi une technique soigneusement réglée pour produire une certaine quantité de souffrance ne devant pas être l'excès d'une rage sans loi mais un rituel politique. C'est un théâtre destiné à imprimer dans les mémoires le souvenir d'un châtiment implacable avec une mise en scène, des spectateurs et une divulgation du récit de l'exécution.

La suppression du supplice dérobe à la vue de la population l'exécution du coupable mais renforce l'attitude punitive en ne visant plus à s'exercer sur le corps mais plutôt sur l'âme, ce qui deviendra le principe de l'application moderne des peines basé sur une « pénalité de l'incorporel ». Il y avait, dès lors, une atténuation apparente de la sévérité pénale, une modification des rituels tout au long de chaque étape. Depuis l'information, l'instruction et l'exécution des sentences on s'est attaqué de plus en plus à « l'âme » des criminels et non aux crimes eux-mêmes.

La législation, l'anthropologie criminelle, l'expertise médico-légale ont modifié le système judiciaire répressif. On s'est orienté vers la recherche des motivations du délit et de la responsabilité du délinquant. Ces notions psychologiques et psychosociales se sont affirmées à partir de 1810, le code pénal (avec l'article 64) prévoyant l'irresponsabilité en cas de démence.

En 1832, la réforme introduisit la notion de circonstances atténuantes permettant de moduler l'application d'une sentence (initialement avec l'article 64 on était coupable ou pas, à partir de 1832 il existe une sorte de dérive puisque cet article permet de modifier le jugement mais le sujet reste coupable). Le savoir renforce donc, peu à peu, le pouvoir, l'âme devenant la prison du corps.

Déjà, avant « *Surveiller et punir* », ce sujet était abordé dans des séminaires de Foucault au collège de France (1972-1975) à partir de l'affaire Pierre Rivière qui a été sauvé de la guillotine grâce aux rapports médicaux signés par les plus grands noms de la psychiatrie de l'époque, dont Esquirol. Ce paysan, âgé de 20 ans, avait assassiné sa mère, sa sœur et son frère et rédigé pendant sa détention préventive en 1835 un mémoire pour tenter d'expliquer son crime. Selon les rapports

psychiatriques, il n'avait cessé de donner depuis l'âge de quatre ans des signes d'aliénation mentale. Pour Foucault, le pouvoir du médecin s'est substitué à celui du juge par l'exercice de son savoir. Trois ans après l'affaire Pierre Rivière, est votée la loi de 1838 qui régit l'hospitalisation des malades mentaux dans les établissements publics et privés avec leurs modes de placement. Elle aboutit, également, à donner le statut d'aliénés à certains sujets ayant commis des actes criminels. Pour Foucault « *la pathologisation du criminel* » reflète les rapports entre les différents pouvoirs et les multiples savoirs. Idée reprise dans « *Surveiller et punir* » lorsque Foucault écrit : « *Les experts psychiatriques peuvent bien se défendre de juger. Qu'on examine les trois questions auxquelles depuis la circulaire de 1958, ils ont à répondre : L'inculpé présente-t-il un état de danger ? Est-il accessible à la sanction pénale ? Est-il curable ou réadaptable ?* ».

« *Ces questions n'ont pas de rapport avec l'article 64, ni avec la folie éventuelle de l'inculpé au moment de l'acte. Ce ne sont pas des questions en terme de « responsabilité, elles ne concernent que l'administration de la peine* ». Le supplice avait pour but de produire de la souffrance pour que le criminel reconnaisse son crime, publiquement, avant de mourir et ainsi donner plus de poids à la justice qui n'avait donc pas pu se tromper puisqu'il y avait avoué public. Le rituel de la peine physique correspondait à un rituel politique qui, par la fonction juridique, montre à tous le corps du criminel et la puissance du souverain qui, de la sorte, fait savoir que « *quiconque ne respecte pas la loi et s'oppose à lui doit en subir les conséquences physiquement* » (il s'agit bien là d'un rapport de force).

Mais l'éclat des supplices comporte un envers et un danger politique : dans ces rituels qui auraient dû montrer l'invincibilité du pouvoir, le peuple se sentait menacé par une violence sans mesure. Le pouvoir prend peur de ses rituels ambigus où le peuple devient solidaire de suppliciés. La grande fête punitive des potences et des bûchers va disparaître à la fin du 18<sup>ème</sup> siècle. Il faut désormais réaménager le pouvoir de punir, mieux punir, c'est-à-dire insérer le pouvoir plus finement, un peu plus profondément dans le corps social.

**Punition**

Au XVIII<sup>ème</sup> siècle, dans le cadre des grandes réformes, pour punir, on utilise à la place du système centralisateur (jusqu'alors aux seules mains du souverain) un appareil plus séparé. Le but n'était pas de moins punir, mais de mieux punir avec plus d'universalité, pour insérer ainsi plus profondément dans le corps le pouvoir de punir. La pénalité doit devenir « *humaine* », elle a le souci de toujours prévenir les délits et les récidives. On dosera les effets de la peine. L'application quantitative et démesurée de la peine par le supplice pour l'exemple est abandonnée au bénéfice d'une stratégie qualitative : « *il faut punir exactement assez pour empêcher* ». Cet « *assez et pas plus* » aboutit à l'élaboration d'une sémiotechnique qui repose sur les règles modulant les peines en fonction de l'infraction. Pour Foucault, à ce moment, le nouvel art de punir se prépare : « *trouver pour un crime le châtiment qui convient, c'est trouver le désavantage dont l'idée soit telle qu'elle rende définitivement sans attrait l'idée d'un méfait* ». Désormais, la technologie de la punition va jouer, de plus en plus, sur la représentation

et, cela, en obéissant à plusieurs conditions :  
- ne pas être arbitraire,  
- agir sur les forces du délinquant et inverser ce rapport de force (entre commettre et ne pas commettre un délit),  
- s'étaler sur une certaine durée pour faire jouer au temps son rôle opérationnel,  
- servir d'exemple aux délinquants et pour les autres, grâce au mécanisme représentatif des signes qui s'y rattachent,  
- recevoir une publicité adéquate qui en portera l'efficacité et, pour cela, on va lier le discours des crimes à un discours des peines : « *à chaque crime sa loi, à chaque criminel sa peine* ».

L'emprisonnement, entre la peine de mort et la peine légère, deviendra la punition idéale, sous ses diverses formes : travaux forcés, bagné, détention. A partir de 1810, il passe dans les faits, avec la construction des maisons d'arrêt, et des maisons de correction... C'est une architecture fermée qui servira de support à l'exécution des peines dominées par l'enfermement et destinées à obtenir une transformation pédagogique et spirituelle des individus.

On en arrive à une publicité de la condamnation, au secret de l'exécution de la sentence, à une orientation des la punition non seulement vers le passé pour effacer le crime commis, mais aussi vers l'avenir pour étouffer les potentialités éventuelles de futurs délits qu'une avancée psychologique peut, désormais, déceler chez le délinquant. La connaissance des variables personnelles de chaque délinquant aide à une manipulation des individus dont il faut faire des êtres soumis et non récidivistes. Toute l'institution carcérale s'appuie sur un pouvoir coercitif, une réclusion secrète et obscure qui met tout en œuvre pour changer les habitudes et les comportements, pour dresser les corps et réformer les âmes.

**Discipline****Les corps dociles**

La société de surveillance suppose un discipline des corps. Au fil du temps, les procédures de coercition des corps se sont affinées et systématisées alors que les XVII<sup>ème</sup> et XVIII<sup>ème</sup> siècles découvrent les corps comme cibles du pouvoir.

Il s'agit de soumettre, de transformer et de perfectionner la machine humaine pour la rendre plus utile et plus productive. Dans ce but s'élabore toute une « *microphysique du pouvoir* ». On traitera le corps non par masse mais dans le détail, à travers une microanalyse des gestes, en les analysant par un contrôle minutieux. On en arrive à un pouvoir infinitésimal qui fait l'économie d'un rapport violent et coûteux. L'école, la caserne, l'atelier,

**NOUVELLE DROGUE À PARIS, L'« ICE »**

La police parisienne vient de découvrir début octobre, pour la première fois dans la capitale, un trafic d'une drogue de synthèse appelée « ice », dont les effets seraient comparables à ceux du « crack ». Deux Philippins, dont l'un était en situation irrégulière, ont été arrêtés dans le XII<sup>ème</sup> arrondissement de Paris. Ils ont été déférés à la justice. Les deux hommes venaient de recevoir des Philippines un colis contenant 35 grammes d'« ice », cachés en deux sachets dans un double-fond. Chaque gramme se vend environ 5 000 francs. L'ice, une drogue de synthèse, appartient à la classe des métamphétamines. Elle est consommée « à peu près dans tous les milieux aux Etats-Unis, où elle fait des ravages similaires à ceux du crack ».

APM Reuters

l'hôpital deviennent ainsi ces lieux où apparaît une mécanique du pouvoir. « *La discipline est une anatomie politique du détail* », un système de petites ruses, de remaniements minutieux, un art des répartitions.

#### Les moyens du bon redressement

Ils sont la surveillance hiérarchique, la sanction normalisatrice et l'examen et assurent la réalisation du « *bon redressement* » et permettent l'emprise du pouvoir sur les corps.

#### La surveillance hiérarchique

La surveillance hiérarchique contraint par le jeu du regard. Architecture et urbanisme se soumettent à la règle de la visibilité, hôpitaux, asiles et prisons permettent tout d'abord de bien observer. De même la surveillance s'intègre dans les processus de production des grands ateliers et des usines. La surveillance forme ainsi un réseau de relations de haut en bas, mais aussi de bas en haut : « *ce réseau fait tenir* » l'ensemble et la traverse intégralement d'effets de pouvoir qui prennent appui les uns sur les autres : « *surveillants perpétuellement surveillés, le pouvoir dans la surveillance hiérarchisée des disciplines ne se détient pas comme une chose, ne se transfère pas comme une propriété, il fonctionne comme une machinerie* ».

#### La sanction normalisatrice

On analyse et contrôle tous les instants de la vie des institutions depuis le XVIII<sup>ème</sup> siècle, le normal s'établissant comme un des grands instruments du pouvoir. A la différence de la loi écrite, qui est strictement codifiée, et qui règle les conflits en n'introduisant pas un jeu de graduation, le pouvoir de la norme, lui, utilise tout un dégradé de différences. La normalisation plus souple est plus affinée que la loi permet de mieux quadriller le corps social.

#### L'examen

L'examen, quant à lui, a dans les moyens du bon redressement un rôle capital car il combine la technique de la hiérarchie et celle de la sanction normalisatrice (exemple du système scolaire). Cependant, l'examen n'est pas uniquement un des moyens de création du pouvoir, il va aussi permettre de diviser la masse confuse et anonyme du peuple en individualités. Alors que, jusque là, seuls les grands de ce monde et les puissants recevaient de l'histoire un statut personnel, les examens, en étiquetant les hommes, permettront la création d'autant de cas individuels. Et ainsi, par ce pouvoir, il est donné la possibilité d'opérer au plus profond de la société. Désormais, le pouvoir s'exerce sur des êtres individualisés ce qui semble être une des grands traits de notre modernité. En définitive, le pouvoir n'est pas seulement ce qui refoule et censure, mais aussi ce qui produit : c'est-à-dire des domaines d'objets et des rituels de vérité.

#### Le panoptisme

Aux XVIII<sup>ème</sup> et XIX<sup>ème</sup> siècles le modèle panoptique du philosophe anglais Jérémie Bentham s'impose à la société disciplinaire. Le panoptique est une machine à dissocier le couple voir-être vu : « *dans l'anneau périphérique on est totalement vu sans jamais voir, dans la tour de contrôle on voit tout sans être vu* ».

Le panopticon apporte un dispositif de coercition souple et efficace. Il sera perçu par beaucoup comme une véritable révolution philosophique. La société devenant, grâce à ce système, celle de la surveillance, une surveillance continue, un examen perpétuel, une mise en observation totale tout au long de l'existence. Le panoptisme représente, dès lors, le modèle de pouvoir et le dispositif fondamental des sociétés modernes, à partir de là « *quoi d'étonnant, demande Foucault, si*

*la prison ressemble aux usines, aux écoles, aux casernes, aux hôpitaux qui tous ressemblent aux prisons ?* ».

#### Prison

L'aboutissement de l'âge de la discipline sera la prison, non pas dans le seul but d'une privation de liberté, mais bien dans celui d'une transformation disciplinaire des individus. Isolement et discipline sont les outils de la transformation carcérale : « *le travail pénal doit être conçu comme étant lui-même une machinerie qui transforme le détenu violent, agité, irrésolû, en une pièce qui joue son rôle dans la société avec une parfaite régularité* ».

La prison, qui est un lieu de redressement et d'observation, est aussi un lieu de formation pour un savoir clinique sur les condamnés. Le panopticon devient, dans les années 1830-1840, le schéma architectural de la plupart des projets de prison. Ainsi un condamné, pour qui le châtement légal porte sur un acte, se trouve pris dans un réseau très fin de surveillance qui accumule les observations sur sa vie dans le but de le connaître et le réformer. Il va alors devenir « *un délinquant* ».

La criminologie, science des délinquants, fait ainsi son apparition et se distingue du savoir médical. On a dit que la prison était une machine à fabriquer des délinquants en raison du grand nombre des récidivistes et de l'aggravation des récidives. La délinquance en soi avec ses causes et son code va devenir force de loi, très rapidement, la prison étant dénoncée comme « *le grand échec de la justice pénale* ». On constate, en effet, que :

- les prisons ne diminuent pas le taux de criminalité,
- la détention provoque la récidive,
- la prison ne peut manquer de fabriquer des délinquants,
- la prison contribue à former des réseaux solidaires et délinquants,
- les conditions de vie à la sortie de prison tendent à condamner les délinquants à la récidive,
- l'affaiblissement économique de la famille du détenu pourrait inviter celle-ci à recourir elle-même à la délinquance.

Critique certes sévère mais qui tendait à l'époque à montrer que la prison n'était pas assez correctrice, se rigueur insuffisante et son coût excessif pour l'économie.

La prison est une réussite cependant pour l'ordre social bourgeois, car elle a produit un milieu délinquant qui est facilement contrôlable en devenant une micro-société repliée sur elle-même et éventuellement utilisable politiquement : l'existence de ce groupe dé-

linquant fait plus facilement accepter les contrôles politiques comme le quadrillage policier, la délinquance fournit toute une main d'œuvre pour le noyautage des associations ouvrières ou toute autre basse besogne politique (exemple, les briseurs de grève sortent souvent des prisons).

L'illégalisme et la délinquance servent directement la classe dominante, donc « *prison et police forment un dispositif jumelé* ». La société disciplinaire reproduit la délinquance sans la corriger et cela dans le cadre d'une tactique politique. Certes, la délinquance possède une fonction et une logique dans la machine disciplinaire mais, progressivement, les réseaux de normalisation médicaux prennent une grande importance dans le contrôle et le pouvoir politique. Il s'agit, de plus en plus, de guérir pour normaliser et la prison perd alors sa raison d'être. Le vrai problème actuellement n'étant pas de savoir si la prison pourra réduire mais de se méfier de ces processus de normalisation qui mettent en place de nouvelles formes de pouvoir.

#### Conclusion

« *Surveiller et punir* » comme « *L'Histoire de la Folie* » démystifient la pensée et la philosophie du siècle des lumières. Si ce siècle a mis à jour les libertés, il a aussi produit la base de la société disciplinaire en inventant des disciplines tout comme il inventa l'asile de Pinel et le grand renfermement médical de la folie. Le pouvoir n'est pas, aux yeux de Foucault, l'attribut de l'Etat, il est présent dans toutes les institutions telles que la prison, l'école, l'usine, la famille ou les disciplines scientifiques. La société disciplinaire et normalisatrice transforme l'individu en matière à travailler, en courbe à redresser. A l'heure de l'obligation de soins des sujets ayant commis certains types de délits, la question soulevée par Foucault des jeux entre les couples, savoir-pouvoir, médecine-justice, apparaît au cœur de notre actualité. ■

J.E. Pagenel, Ch. Pommier et G. Milleret  
CHS de la Chartreuse, Dijon

#### Bibliographie

- RENAUD E., *Michel Foucault, prophète de la médecine*, Impact Médecin, 1994, 255, 84-89.  
FOUCAULT M., *Surveiller et punir*, 1975, Galimard.  
FERNANDEZ-ZOILA A., *Michel Foucault et le discours de renfermement*, L'Information Psychiatrique, 1976, 52, 1, 91-101.  
LEFRANC Cl., *Microphysique du pouvoir*, Revue des Sciences Humaines, 1994, 44.  
RUSO J., *Histoire de la Folie, Foucault, Profil d'œuvre* n°217.

#### LIVRES

##### Mieux articuler le sanitaire et le médico-social en psychiatrie

*Technologie et Santé n°38\**

Ce numéro rend compte des deux journées TNH organisées, en partenariat avec la MNASM, sur ce thème. Recentrer le sanitaire sur le soin, le médico-social sur la qualité de vie implique un système de « flux permanents » s'inscrivant dans une démarche intersectorielle, à travers les réseaux, la mise en commun de savoir-faires et des compétences de tous, notamment de tous les professionnels... Un accent particulier a été porté au cours des journées sur les résistances engendrées par ces nouvelles pratiques, le décloisonnement impliquant un travail d'écoute, une remise en cause et une évolution des mentalités. Apprendre à vivre ensemble ne va pas de soi et le partage des compétences entre équipes soignantes et éducatives passe par une « démarche méthodologique » de construction du projet d'établissement médico-social et par une réflexion sur le contenu des métiers voire « de nouveaux métiers ». Les dispositifs réglementaire et juridique permettent la mise en œuvre de telles structures par les établissements de santé. À travers les expériences concrètes et le recensement, au niveau national, des créations de structures issues des ex-Centres Hospitaliers Spécialisés, on observe que plus de la moitié des EPS se sont engagés (ou vont le faire) dans la voie du médico-social (en particulier MAS, FDT). Une large place est consacrée, dans cet ouvrage, à la restitution des expériences et des difficultés à résoudre pour y parvenir, en particulier pour ce qui concerne le mode de gestion, la qualification des personnels et son éventuel redéploiement, le problème de la tarification. Si la faisabilité des projets apparaît réelle, l'articulation du sanitaire et du médico-social ne doit pas masquer le « danger de dépossession » des moyens de la psychiatrie, en particulier publique. Cette dernière doit, en effet, évoluer vers une affirmation de ses missions à l'intérieur de son champ et intervenir logiquement dans les structures médico-sociales dans un contexte de pratique de liaison devenu habituel, par exemple, avec les autres disciplines médicales.

\* Centre national de l'Expertise Hospitalière, 9 rue Antoine Chantin, 75014 Paris. Tél. : 01 40 44 15 15.

##### Propos sur l'enfant et l'adolescent

Sous la direction de Blandine Bril, Pierre Dasen, Colette Sabatier, Bernard Krewer

*L'Harmattan*

Cet ouvrage trouve son origine dans un symposium sur les ethnothéories parentales organisé lors du 5<sup>e</sup> congrès de l'ARIC qui s'était tenu à Sarrebruck. Il a pour objectif de rassembler des travaux récents d'auteurs de langue française concernant les théories que les parents ou adultes en général élaborent verbalement, lorsqu'on leur demande de parler de l'enfant ou de l'adolescent. Qu'il s'agisse des étapes de développement jusqu'à l'adolescence, des soins à apporter au tout-petit, de la manière dont les adultes conçoivent leur rôle d'éducateurs ou définissent l'intelligence, ces travaux présentés montrent comment ces dires peuvent varier d'une époque à l'autre, d'une culture à l'autre. Ces variations ne sont cependant pas arbitraires et sont liées à de nombreuses caractéristiques de la société.

## PRIX MICHEL SAPIR

### RELATION SOIGNANT SOIGNÉ

#### SOUS L'ÉGIDE DE LA FONDATION DE FRANCE

Ce prix de 20 000 F est destiné à l'auteur du meilleur travail inédit sur *Les incidences inconscientes dans la relation soignant soigné et leur effet sur le soin*.

Les manuscrits en langue française seront soumis au jury du prix présidé par le Pr J. Guyotat et composé de Mme le Dr S. Cohen-Léon et de Mrs le Pr J. Delahousse, le Dr D. Kipman, le Pr J.J. Kress et le Dr A. Trenkel.

Les manuscrits (30 pages minimum) doivent être adressés en quatre exemplaires dactylographiés avant le **1er juin 2000**, à Mme le Dr Cohen-Léon, 11 square de Clignancourt, 75018 Paris.

Le prix sera décerné au Centre Balint, 92 rue Duhesme, 75018 Paris,

**EN NOVEMBRE 2000.**

## LIVRES

**Inceste et langage :  
l'agir hors de la loi**Marie-France Delfour  
*L'Harmattan*

La reconnaissance, relativement récente, de la réalité de l'inceste implique d'approfondir l'analyse de ses conditions de possibilité. Cet ouvrage étudie l'inceste non seulement comme un fait charnel, un « fait de lit », mais comme un fait de l'ordre du langage, un « fait de dit » qui met en cause non seulement la construction symbolique de la filiation mais aussi la structure psychique de l'enfant. Il explore la création du lien généalogique (et, à cette occasion, le rapport inceste/génocide), puis les psychopathologies de l'inceste « agi », enfin ses effets sur le désir du savoir.

C'est, en effet, la juste transmission de la filiation qui ouvre le chemin du savoir. L'inceste agi empêche l'enfant d'apprendre parce que l'expérience de la sexualité parentale le fige dans un leurre de savoir. La filiation repose sur une vérité qui ne peut pas être convertie en savoir. La possibilité du savoir se fonde sur la reconnaissance qu'il est impossible de connaître sa propre origine. La violence de l'inceste, c'est de faire disparaître l'énigme de cette dernière.

**L'érotisme maternelle  
Clinique psychanalytique  
de l'allaitement**Hélène Parat  
*Dunod*

Le discours psychanalytique sur l'allaitement a souvent privilégié un regard sur l'enfant. Il s'est rarement consacré à la problématique et aux fantasmes de la femme allaitante. Alors que la réalité charnelle de l'allaitement induit chez la femme/mère des reviviscences pulsionnelles intenses et multiples qui interrogent l'opposition traditionnelle entre sein nourricier et sein érotique. Cette opposition traverse la théorie analytique même, et écarte la femme de la mère. Elle ne saurait rendre compte ni des dépressions du sevrage, ni de la richesse de l'érotisme de l'allaitement. Cet ouvrage étudie les principales incidences de l'allaitement sur l'économie psychique de la mère en mêlant les registres cliniques, culturels et métaphysiques. Une approche historique, interrogeant « l'impossible partage » du sein, à travers l'histoire fantasmatique de l'allaitement maternel et du sevrage, sert de contrepoint et d'introduction à une recherche qui remet en cause le clivage femme/mère et cherche à se dégager d'une logique phallique du sein.

**Sida et précarité  
Une double vulnérabilité**Sophia Rosman  
Préface de Claudine Herzlich  
*L'Harmattan*

L'auteur a suivi, depuis sa création, et pendant quatre ans, une association d'aide aux malades du Sida (APARTS) qui propose un hébergement temporaire dans des « appartements thérapeutiques » à des personnes séropositives sans logement. Reposant sur une analyse sociologique, l'ouvrage analyse les ambiguïtés et les dilemmes de la réinsertion sociale des résidents fragilisés socialement et dont l'état physique se détériore au cours du séjour. Il raconte, avant tout, l'histoire de ces résidents, les trajectoires qui les ont conduits à ces appartements, les joies et les peines d'une cohabitation au quotidien entre personnes gravement atteintes, dans un lieu de vie où la mort est omniprésente.

## Observations ethnologiques et phénomènes paranormaux

La réédition française de l'œuvre de l'historien des religions et ethnologue italien Ernesto De Martino (1908-1965) offre tant aux spécialistes qu'à tous ceux qui s'intéressent aux sciences humaines en général, l'occasion de retrouver l'un des intellectuels européens les plus intéressants de ce siècle. Par la réédition du *Monde magique* (1948), d'*Italie du sud et magie* (1959) et de *La terre du remords* (1961), aux *Empêcheurs de penser en rond*, le lecteur intéressé non seulement au domaine de l'histoire des religions mais également à celui de l'histoire de la culture, de l'épistémologie des sciences humaines, de l'ethnologie et des traditions populaires, sera confronté à une approche originale de certains faits et problèmes très emblématiques de la production symbolique des civilisations.

**Un intellectuel engagé**

Dans son exploration – menée entre 1948 et 1965 – de cet aspect de la vie culturelle que les anthropologues désignent sous le terme de « magico-religieux », Ernesto De Martino avait touché à des phénomènes fort divers de l'idéologie et des pratiques magico-thérapeutiques des paysans de l'Italie du sud jusqu'aux pouvoirs parapsychiques, solidaires d'une vision magique du monde, observés sur des terrains exotiques par de nombreux missionnaires et ethnologues ; des cultes de possession de l'antiquité et du folklore européen jusqu'à l'institution chamanique ; du thème de « l'apocalypse » – présent aussi bien dans les mythologies indigènes post-coloniales que dans le christianisme des origines et dans les délires psychopathologiques – jusqu'aux techniques rituelles de canalisation et d'exorcisation de la crise du deuil. En intégrant l'approche comparative de l'anthropologie avec celle, monographique, de l'histoire, De Martino a pratiqué dans sa carrière d'historien des religions tous les genres de la prose scientifique : de l'essai à la monographie, des articles journalistiques au pamphlet. Défenseur de la démarche pluridisciplinaire dans l'étude de l'homme, promoteur d'une confrontation serrée, notamment dans l'étude des faits religieux, entre l'ethnologie, l'histoire des religions, l'histoire, la philosophie, les sciences psychiques, De Martino fut aussi un intellectuel politique engagé – ce qui ne fut pas étranger aux nombreuses difficultés rencontrées dans sa carrière universitaire.

Professeur d'histoire et de philosophie de lycée jusqu'en 1958, ce n'est qu'à la fin de sa vie qu'il obtint une Chaire d'Histoire des religions à l'Université de Cagliari.

**Les influences**

Né à Naples en 1908, après des études de philosophie menées dans le climat intellectuel dominé par l'idéalisme néo-hégélien de Benedetto Croce et de Giovanni Gentile, il soutint une thèse en Histoire du christianisme sous la direction d'Adolfo Omodeo, puis se dirigea vers l'histoire des religions et l'ethnologie. Ce choix hétérodoxe par rapport aux intérêts de ses maîtres philosophes marqua un tournant dans sa formation. La rencontre avec Vittorio Macchioro, archéologue et historien des religions aussi excentrique que génial, et qui devint son beau-père, fut décisive pour lui. Auteur de plusieurs études sur l'orphisme et la religiosité des Mystères, Macchioro a probablement joué un rôle important dans le choix de De Martino en l'incitant à éclaircir certains phénomènes culturels par un recours aux documents ethnologiques ou

historiques, mais aussi à ceux qui ressortissent à la psychopathologie néo-vitaliste d'Henri Bergson, Hans Driesch, Max Scheler (philosophie qui sous-tend aussi les thèses de nombreux métapsychistes), est particulièrement visible dans les premiers travaux de De Martino consacrés au magisme ethnologique. La tentative d'aborder le problème des pouvoirs magiques à partir de données fournies par la recherche psychique menée sur les phénomènes paranormaux (Ch. Richet, E. Osty, H. Bender, etc.), que par la psychopathologie de Pierre Janet, trouve son couronnement dans *Le monde magique*, où De Martino n'hésite pas à confronter ses positions avec celles de la philosophie de son temps (de l'idéalisme critique de Ernst Cassirer à l'existentialisme de Martin Heidegger).

**La magie populaire  
du sud de l'Italie**

Après la guerre, à partir de 1949 et parallèlement à son inscription au parti communiste, De Martino se rapproche des thèses d'Antonio Gramsci et l'objet de ses recherches change en partie. Du magisme dans les sociétés extra-européennes, il passe alors à l'étude des classes populaires italiennes, dont les conceptions et pratiques magico-religieuses perduraient encore chez les paysans de l'Italie du sud, depuis toujours en marge des formes culturelles dominantes. En syntonie avec le modèle gramscien de « l'intellectuelle organico », tout en menant son combat politique au côté des populations paysannes, De Martino commence alors à étudier le folklore religieux du sud et, conformément à la démarche de Gramsci, il le fait en parallèle avec une reconstruction de l'histoire culturelle savante, à laquelle ce folklore se raccorde par une série de rapports complexes. Naissent ainsi les trois grandes monographies historico-ethnologiques : *Mort et lamentation rituelle dans le monde antique* (1958), *Italie du sud et magie* (1959) et *La terre du remords* (1961). A partir de l'enquête de terrain, mais aussi en faisant recours aux documents philologiques du monde classique, la première analyse la lamentation funéraire en tant que « technique culturelle » de résolution de la crise du deuil. De Martino s'at-

**DU GAIN DE  
FONCTION À LA PERTE  
DE FONCTION**

Le XVI<sup>ème</sup> Colloque Médecine et Recherche consacré par la Fondation Ipsen\* à la maladie d'Alzheimer aura lieu le 28 février de l'an 2000. Organisé par Konrad Beyreuther (Heidelberg), Colin Masters (Melbourne) et Yves Christen (Paris), il aura pour thème : « *Maladies neurodégénératives : quand un gain de fonction produit une perte de fonction* ». Il s'agit de faire le point sur les dernières données de la biologie cellulaire qui montrent que les mutations impliquées dans ces pathologies se traduisent au niveau moléculaire par un gain de fonction (physiologique) aboutissant lui-même à un déficit fonctionnel. Les intervenants suivants ont d'ores et déjà confirmé leur accord : Konrad Beyreuther (Heidelberg), Donald Cleveland (San Diego), Joachim Herz (Dallas), Mathias Jucker (Zurich), Jean-Louis Mandel (Strasbourg), Colin Masters (Melbourne), Stanley Prusiner (San Francisco), Donald Price (Baltimore), Bart De Strooper (Louvain). ■

\* Fondation Ipsen, 24 rue Erlanger, 75016 Paris.

tache à l'étude, chez les paysans du sud de l'Italie mais également dans d'autres cultures méditerranéennes, des stratégies symboliques élaborées et transmises par la tradition, et destinées à freiner et à résoudre les états psychiques de labilité menaçant les sujets frappés par la mort d'un conjoint. Le second ouvrage porte sur les rituels de la magie cérémonielle paysanne, avec ses formules et ses gestes, destinés à protéger la personne des risques réels et imaginaires qui la guettent et la menacent, risques issus d'un régime d'existence fragile et précaire. Cette incursion dans l'idéologie magique du « Mezzogiorno » italien est, dans *Italie du sud et magie*, menée en parallèle avec une analyse précise et circonscrite des raisons, historiques et culturelles, expliquant la permanence de ces enclaves de pensée magique que les Lumières n'ont pas réussi à balayer.

**Le tarentisme**

*La terre du remords*, enfin, est consacrée à l'étude du tarentisme, une formation religieuse folklorique encore présente dans les années 60 chez les populations rurales des

**« STABILISATION ET VÉCU DU TRAITEMENT » CHEZ  
LES PATIENTS SCHIZOPHRÈNES DITS « STABILISÉS »**

Les Laboratoires Lilly et l'Observatoire des Schizophrénies mettent en place la seconde phase de l'enquête sur la notion de patients schizophrènes dits « stabilisés », intitulée « Stabilisation et vécu du traitement ».

Ses principaux objectifs sont :

- d'identifier les facteurs socio-démographiques, cliniques et thérapeutiques associés à la stabilité et à la non-stabilité de la maladie schizophrénique,
- d'évaluer l'observance des patients schizophrènes et les différents facteurs qui y sont liés,
- d'étudier le lien entre la stabilité et le vécu du traitement par le patient.

Cette phase de l'enquête se déroulera au cours du dernier trimestre 1999 auprès de plusieurs centaines de psychiatres répartis sur tout le territoire. Les premiers résultats devraient être disponibles début 2000. Elle fait suite à une première phase d'étude, menée il y a 18 mois grâce à la collaboration de 875 psychiatres et regroupant près de 2 500 patients. Cette première étape avait pour objectif d'étudier les différences et les similitudes entre les patients « stabilisés » et les autres.

Première information issue de cette étude : les psychiatres considèrent que 65 % de leurs patients sont « stabilisés ». Elle a fait également apparaître que ces patients « stabilisés » consomment en fait autant de médicaments que les patients « non stabilisés », qu'il s'agisse de neuroleptiques ou de médicaments de co-prescription (antidépresseurs, anticholinergiques, benzodiazépines...). D'autre part, 45 % de ces patients « stabilisés » présentent des symptômes positifs (délires, hallucinations...) souvent accompagnés de symptômes négatifs (retrait social), et de symptôme dépressifs et anxieux associés.

Les conclusions de l'étude sont que les patients « stabilisés » ne le sont qu'au prix de traitements lourds qui ont certainement un impact négatif sur leur qualité de vie, et qu'en dépit de ces traitements, leur symptomatologie reste encore très marquée, ce qui empêche de les considérer comme réellement stabilisés. ■

Pouilles. Elle consiste dans l'articulation entre le thème mythique de la tarentule qui mord et empoisonne et l'exorcisme rituel, réalisé à travers la musique, la danse et les couleurs, censé guérir la victime des effets de la morsure de cette araignée venimeuse. Le mythe de la tarentule, ainsi que la pratique rituelle censée libérer la victime de l'état de possession où elle se trouve par suite de la morsure, sont étudiés, également, dans une optique comparative. La confrontation avec les données de l'ethnologie et de la philologie classique corroborent, en effet, la thèse demartinienne selon laquelle le tarentisme est un culte de possession lié à l'explosion de situations critiques liées à un vécu, notamment féminin, de frustrations et de misère.

### Le thème de la fin du monde

Outre de nombreux écrits méthodologiques dans lesquels De Martino polémiqua avec les auteurs et les courants anti-historiques opérant dans les sciences humaines de son époque (de C. Lévi-Strauss à M. Eliade, de L. Lévy-Bruhl à L. Frobenius, de C.G. Jung à K. Kenényi), à la fin de sa vie, il a travaillé au grand thème mythique de l'apocalypse. La « fin du monde », comprise comme la figuration culturelle de l'effondrement de tout horizon de sens et de tout repère permettant à l'homme de transformer l'univers donné en « monde » domestiqué, est exploré par De Martino dans différents contextes. Les délire obsessionnels répertoriés par la psychopathologie, mais aussi l'image de l'apocalypse qui domine l'héritage mythique du christiannisme et du marxisme – jusqu'à la « fin du monde » affleurant dans la poésie littéraire ou figurative du XX<sup>ème</sup> siècle – sont parcourus et problématisés. Les notes de travail destinées à aboutir à un ouvrage ac-

compli ont été publiées à titre posthume par les soins de son élève Clara Gallini, en 1977, suite à la disparition subite de De Martino en 1965. Derrière la diversité des thèmes et des objets abordés, De Martino poursuivait un projet unitaire : il recherchait le mobile anthropologique commun à ces faits, persuadé qu'un problème unique les sous-tend. L'herméneutique historico-religieuse de De Martino, et plus précisément sa « théorie du sacré », débordent les lectures plus courantes en sociologie, en anthropologie et en philosophie de la religion. Ouvert aux instances de la psychologie, mais en demeurant toujours fidèle à l'interprétation culturelle et historique des faits religieux, De Martino a tenté de concilier, à la fois, dans l'interprétation de ceux-ci, les racines subjectives et les instances du psychisme individuel, d'une part, et le conditionnement exercé par l'environnement historique et les modèles culturels, d'autre part.

### La magie : une technique efficace

Laïque au plus profond de son être, porte-parole de l'historicisme italien remontant à Giambattista Vico et illustré par B. Groce, G. Gentile et A. Gramsci, à l'instar de ces auteurs défendant une conception radicalement immanentiste de l'histoire et de l'esprit humain, De Martino n'exclut donc pas par décret de la raison l'intérêt pour la religion, la magie et le mythe. Conscient du rôle anthropologique fondateur que jouent ceux-ci dans la vie culturelle des civilisations (et qu'il désignait par l'expression technique de « dispositif mythico-rituel »), il a consacré son existence à explorer la genèse, la logique interne et l'efficacité culturelle de ce dispositif. La fonction de celui-ci consisterait à affronter et à résoudre un

problème majeur de l'existence des hommes : celui du risque de régression au chaos auquel la conscience humaine, la personne, ou « la présence », comme il la définit, est exposée face à la puissance du négatif qui la menace et l'écrase, et qui mine sa capacité de faire face aux impondérables auxquels elle est soumise. Pour De Martino, donc, la religion et la magie partagent une caractéristique fondamentale, qui fait d'elles de véritables « techniques efficaces » ou des « stratégies culturelles » fonctionnelles. Par le truchement du mythe et du rite, elles offrent en effet à l'homme en horizon d'arrêt, de figuration et de rachat de ce qu'il appelait la « crise de la présence ». Lorsque le risque de la crise de la conscience subjective confrontée au monde vient à exploser, lorsque le drame d'une régression psychique du sujet humain dans le magma chaotique de la vitalité animale se profile – du fait d'un deuil, d'une présence excessive du négatif, ou d'un régime d'existence matérielle et psychique labile et fragile –, alors le dispositif mythico-rituel intervient, en réalisant une véritable « pédagogie de la présence ». La théorie demartinienne du « sacré » finit, en somme, par mettre à nu l'aspect paradoxal du langage mythico-rituel : en même temps qu'il occulte à la conscience de l'homme l'historicité de la condition de celui-ci par la mobilisation de figures, d'actions et d'une temporalité méta-historiques (soustraites à l'historicité), le dispositif mythico-rituel protège, fonde et assure, en dernière instance, la capacité de l'homme de produire des valeurs, de la culture, bref, de « l'histoire ». ■

Silvia Mancini\*

\* Maître de conférence à l'Université de Bordeaux II en ethnologie a rédigé la post-face de « La ronde magique ».

### Psychiatres et travailleurs sociaux engagés dans la lutte contre la précarité se regroupent

Des psychiatres hospitaliers et des travailleurs sociaux ont créé un Réseau national pour partager leurs expériences sur la prise en charge de la souffrance psychique chez les populations en situation de précarité. Le Réseau national souffrance psychique et précarité (RNSPP), qui réunit actuellement 40 psychiatres, infirmiers psychiatriques, psychologues, sociologues, assistants sociaux et directeurs d'hôpital, a pour objectif de créer des échanges entre les équipes existantes et de susciter de nouveaux projets, en les aidant à trouver un financement. « En créant le Samu social, les équipes ont été confrontées à des formes de souffrance psychique que nous ne connaissions pas. C'est devenu un phénomène de masse. Mais la psychiatrie de secteur ne fait pas jouer à plein ses capacités pour la prise en charge de ces personnes », a souligné, au cours d'une conférence de presse, Xavier Emmanuelli, président du RNSPP, fondateur d'un réseau similaire à l'hôpital Esquirol de Saint-Maurice (Val-de-Marne) et du Samu social.

Jean Furtos (CHS du Vinatier, Bron, Rhône), créateur de l'observatoire régional sur la souffrance psychique en rapport avec l'exclusion (ORSPERE), a reconnu que les psychiatres ne se précipitent pas pour traiter ces cas, à la fois par manque de connaissances et par manque d'effectifs : « Nous avons besoin de psychiatres engagés, prêts à sortir de leurs CMP et de leurs murs et qui délaissent un peu les statistiques et les neurosciences. Il est vrai que les infirmiers psychiatriques, qui ont moins d'obligations dans ce domaine, se sont plus consacrés à ce travail ». Xavier Emmanuelli a écarté, comme un faux débat, la controverse sur le

risque de « psychiatrisation de la misère ». Jean Furtos a indiqué que la souffrance psychique se traduisait par des pathologies « référées », de type dépression, anxiété, syndromes délirants, paranoïa ou schizophrénie, mais aussi par un grand nombre de signes qui ne sont pas reconnus, qu'il a rassemblés en trois types. La « clinique de la disparition » se traduit par « un sentiment de honte qui conduit les gens à considérer qu'ils n'ont pas le droit d'exister. Ils ne demandent pas d'aide, ne sortent plus faire les courses et se cloîtent chez eux ». La « clinique de la casse » correspond à une rupture du lien social, de tout projet et à une « casse de son corps » par une absence de soins.

Le troisième cas de figure est une « clinique de l'urgence », un recours aux soins uniquement au dernier moment. « La plupart de ces troubles sont réversibles avec l'établissement d'une relation de soins, de réinsertion sociale ou professionnelle ». Plusieurs réseaux locaux sont en place : à Paris autour de l'hôpital Esquirol (équipe mobile psycho-sociale avec le Samu social) ; à Lyon autour du CHS du Vinatier avec l'ORSPERE et le CHS Saint-Jean-de-Dieu avec l'association Interface SDF ; à Lille avec l'EPSM Lille-Métropole d'Armentières et l'équipe mobile Diogène et un projet sur la vallée de la Lys (Halluin, Comines, Linselles) ; à Roubaix avec « La Ravaude ». « Chaque équipe a son modèle d'intervention. A Lille, il s'agit d'une collaboration entre 7 secteurs de psychiatrie et 13 associations gérant des foyers et des centres d'hébergement, pour aller à la rencontre des gens. A Roubaix, la Ravaude s'adresse à la fois aux personnes en situation de précarité et aux professionnels à leur contact, pour les former » a souligné Gladys Mondière-Lequin, psychologue du projet « Psychiatrie et précarité » à l'EPSM d'Armentières.

A Paris, l'équipe mobile psycho-sociale, fonctionnant de jour et de nuit, va à la rencontre

des personnes dans la rue (approche baptisée « maraude psycho-sociale », nécessitant parfois plusieurs mois de contacts pour que la personne formule une demande) et dans les différents lieux d'accueil. Sur les six premiers mois de 1999, cette équipe a effectué 1 673 prises en charge, dont 1 013 prises en charge « psy » (une nette augmentation par rapport à 1998 où avaient eu lieu 1 071 prises en charge « psy » sur 1 528).

Interrogés sur l'impact de la loi de lutte contre l'exclusion, qui prévoit un accès aux soins pour les plus démunis, les promoteurs du Réseau ont souligné que les programmes se mettaient seulement en place. L'ORSPERE a été sollicité pour assurer des formations dans quatre départements de Rhône-Alpes. Le RNSPP est domicilié à l'ORSPERE, au CHS du Vinatier à Bron (69). ■

### LIVRES

#### La confusion mentale primitive Stupidité, démence aiguë, stupeur primitive

Philippe Chaslin

Introduction du Pr Pierre Morel  
L'Harmattan

Sortant un type clinique, original de l'imprécision où il était noyé, Chaslin a dressé de façon magistrale le tableau de *La confusion mentale primitive* dont il a établi, avec une grande clarté, la symptomatologie, le diagnostic, la marche évolutive, la pathogénie et le pronostic. Ce travail fut aussi l'occasion de dresser un panorama des conceptions psychopathologiques françaises et allemandes du XIX<sup>ème</sup> siècle, comme de critiquer les orientations nosologiques de son époque et d'attaquer la doctrine, alors régnante, de la « dégénérescence ». C'est dire tout l'intérêt de cette réédition soutenue par une excellente introduction de Pierre Morel.

#### Une troisième voie pour le travail

Jean-Louis Laville

Desclée de Brouwer

Les sociologues proches de Renaud Sainsaulieu sont particulièrement productifs sur les rapports entre la société et l'économie. Ces tenants du courant de « l'économie solidaire », tel Jean-Louis Laville, montrent comment est occupé l'espace laissé entre la loi du marché et les interventions de l'Etat : outre le développement du secteur tertiaire et des services, la vie associative, le bénévolat, les multiples formes d'action collective et initiatives locales alimentent les formes non institutionnelles du lien social. C'est d'ailleurs à cette seule condition que l'on peut croire encore à l'avenir de la démocratie. Et le travail ? Plutôt que de prophétiser sa fin hypothétique, Jean-Louis Laville repart de la distinction faite par Hannah Arendt entre le travail, qui assure la survie, l'œuvre, qui atteste de la durabilité du monde, et l'action, qui met en rapport les hommes et exprime leur citoyenneté. Aujourd'hui, le travail a pris des formes nouvelles, à l'intersection de l'économique et du social : il n'est plus possible de l'envisager sous le seul angle de la production de richesses, comme si l'on pouvait l'abstraire d'une dimension fondamentalement politique. Si ce type de réflexion peut paraître éloigné des praticiens de la santé ou de l'action sociale, on voit de plus en plus mal comment il est possible de parler d'insertion sociale et professionnelle sans se préoccuper des débats en cours sur l'avenir du travail. C'est là l'intérêt central de ce livre.

M. Jaeger

### LE LABORATOIRE D'ÉTHIQUE MÉDICALE DE LA FACULTÉ DE NECKER RÉCOMPENSÉ

Le Laboratoire d'éthique médicale et de santé publique de la faculté de Necker (Université Paris V) a reçu un prix de la culture scientifique et technique décerné par le ministère de l'Éducation nationale, de la Recherche et de la Technologie, d'un montant de 50 000 francs.

Dirigé par Pr Christian Hervé (consultation de Santé publique, Centre hospitalier de Nanterre, Hauts-de-Seine), ce laboratoire est récompensé pour l'ensemble de ses travaux sur l'évaluation des enjeux éthiques liés aux pratiques de soins et de recherches. Dans le but de promouvoir la collecte et l'organisation de l'accès au savoir en éthique médicale, les membres du laboratoire ont créé un site Internet pour mettre à disposition des chercheurs, des praticiens, des enseignants, des citoyens et des décideurs, l'ensemble de leurs travaux ([www.inserm.fr/ethique](http://www.inserm.fr/ethique)). Le site propose, aussi, des informations sur les conférences et séminaires du laboratoire d'éthique, les avis et travaux du Comité Consultatif national d'éthique (CCNE), et de l'INSERM, ainsi que des travaux des partenaires canadiens et européens. Très fréquemment consulté (200 000 pages consultées par mois), le site fait partie des 8 premiers sites médicaux sélectionnés par les promoteurs de recherche internationaux et est le premier classé dans le champs de l'éthique médicale.

Parmi les autres lauréats des prix de la culture médicale, figure Félix Navarro du service inter-universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé de l'Université de Toulouse I qui est récompensé par le prix exposition d'un montant de 20 000 francs pour une exposition intitulée « Le labyrinthe de l'alcool ». ■

## LIVRES

**L'économie des services de proximité aux personnes Le cas du soutien à domicile aux personnes âgées**Isabelle Butté-Gérardin  
L'Harmattan

Le champ des services de proximité aux personnes s'étend, se diversifie et se transforme. Le fait que ces services répondent à des besoins émergents ou non satisfaits, incite les pouvoirs publics à favoriser leur extension. Cette évolution est particulièrement sensible dans le champ du soutien à domicile aux personnes âgées. Des changements démographiques, sociaux, économiques, des choix institutionnels et des stratégies d'acteurs ont fait de ce secteur un domaine où se côtoient des services multiples, qui suivent des logiques économiques distinctes. L'objectif de cet ouvrage consiste à proposer un cadre de référence destiné à appréhender ces divers modèles de développement. On y montre qu'il est possible de mettre de l'ordre dans ce champ complexe, en réfléchissant en amont, sur la nature de ce qui s'échange dans une relation de service et sur les cadres de ces échanges.

**Santé volée**Philippe Austruy et Philippe Rollandin  
Éditions Le Cherche Midi

Avec « Santé volée », Philippe Austruy, impliqué dans un groupe de cliniques privées, et Philippe Rollandin, journaliste, proposent à ceux qui auraient raté les longs débats sur l'avenir de la protection sociale et du système de santé au cours des vingt dernières années, un cours de rattrapage. Les auteurs expliquent les raisons des dysfonctionnements du système de santé, les replacent dans leur contexte historique, politique et économique et décrivent le jeu des acteurs (médecins, Etat, assurés) ainsi que le poids des lobbies. Après bien d'autres analystes, ils démontrent certains constats : il n'y a pas de fatalité aux déficits de la Sécu ; la fermeture des lits d'hôpitaux n'est pas une atteinte intolérable au droit aux soins ; il est possible de planifier et d'adapter l'offre ; il est possible de dépenser moins en soignant mieux. Les auteurs font une synthèse des possibles alternatives au statu quo actuel en montrant les avantages et les inconvénients. Sans s'engager vraiment, ils ouvrent la porte à la concurrence dans le domaine de l'assurance pour aller vers de « nouvelles frontières de la solidarité » et appellent à une « révolution culturelle et politique ».

**Les associations dans l'action sociale****Une dynamique pour entreprendre**  
Éditions de l'E.N.S.P.

Il s'agit des actes des journées d'étude organisées à Longvic, les 5 et 6 novembre 1998, par l'ACODEGE (Dijon), l'ADAGES (Montpellier), l'ARI (Marseille), l'ARSEA (Strasbourg), l'ARSEEA (Toulouse), REALISE (Nancy) sur le thème : *quelle politique d'action entrepreneuriale pour les associations d'action sociale ?* Le contexte social et économique actuel réinterroge la pertinence et l'efficacité de leurs outils, de leurs méthodes, de leurs stratégies de développement et de leur style de management. Les associations organisatrices poursuivent ici la réflexion entamée aux journées de Toulouse en 1996 (*Les associations dans l'action sociale. Une volonté, un défi pour l'avenir*, Éditions ENSP, 1997). Les principaux thèmes abordés sont : les mutations sociales en cours, associations et secteur quaternaire, l'évolution des modes de financement, éthique et compétence, les enjeux de la démarche qualité, les associations dans la construction européenne...

# COTOREP, maladie mentale et réhabilitation

La pierre angulaire de la législation française concernant les personnes handicapées sont la loi n° 75/534 du 30 juin 1975 et ses différents décrets d'application. Le premier article de cette loi définit son objet : « *La prévention et le dépistage des handicaps, les soins, l'éducation, la formation et l'orientation professionnelle, l'emploi, un minimum de ressources, l'intégration sociale et l'accès aux sports et aux loisirs du mineur et de l'adulte handicapés physiques, sensoriels ou mentaux constituent une obligation nationale...* ».

Cette orientation générale et la noblesse des grands principes ainsi définis ont, bien évidemment, fait l'objet à l'époque d'un consensus. Mais l'application de cette loi, certains éléments de son contenu et surtout ses décrets d'application ont alors fortement mobilisé les psychiatres des hôpitaux et leurs représentants. Les principales critiques qu'adressaient ces derniers à l'ensemble législatif ainsi constitué s'articulaient principalement autour des points suivants :

- Le flou de la notion de handicap (particulièrement accentué en ce qui concerne le « handicap mental ») que cette loi ne définissait d'ailleurs pas. A tel point qu'à la question fondamentale : « qu'est-ce qu'un handicapé ? », le ministre de l'époque répondait : « *Le gouvernement a choisi sur ce point une conception très souple et empirique : sera désormais considérée comme handicapée toute personne reconnue comme telle par les commissions départementales prévues* » (On imagine bien que le caractère tautologique d'une telle réponse et le risque d'arbitraire n'ont pas manqué de faire l'objet de critiques multiples).

- La difficulté, en psychiatrie, de délimiter le handicap et la maladie mentale, le système institué par cette loi étant considéré déséquilibré en ce sens qu'il privilégiait la dimension éducative sur celle du soin et de la nouvelle organisation de la psychiatrie publique (mise en place de la politique de secteur à partir des années 1972).

- Le risque de fixation et de pérennisation de la personne dite « handicapée » dans un nouveau système d'enfermement peu évolutif et dont il pourrait lui être difficile de sortir. C'est ainsi que J. Ayme écrivait : « *La loi du 30 juin 1838 isolait la folie et sa dangerosité, la loi du 30 juin 1975 crée l'enfermement dans une étiquette* »<sup>(1)</sup>.

- Les problèmes posés par le glissement du soin spécifique vers l'assistance. M. Audisio les expose avec une certaine véhémence mais une indéniable clarté : « *... Il faudrait être aveugle ou hypocrite pour ne pas réaliser que ces mesures nouvelles d'assistance... et surtout les maisons d'accueil spécialisées (MAS) portent en eux le risque inévitable de reconstitution d'un monde asilaire... Toute démarche de prise en charge d'un malade doit être une démarche thérapeutique qui s'inscrit dans un projet thérapeutique... Si l'on se contente de concevoir des lieux spécifiques de vie ou d'occupation, on s'interdit en fait de pouvoir offrir des chances réelles de réhabilitation aux malades mentaux* »<sup>(2)</sup> et J. Ayme d'ajouter : « *Toutes les conditions sont dès lors réalisées pour que la presque totalité de la pathologie mentale bascule dans le champ du handicap* »<sup>(3)</sup>.

Fort de ces observations, le syndicat des psychiatres de l'époque avait lors d'un congrès à Deauville condamné la loi de 1975 et demandé son abrogation.

Bien entendu, près de 25 ans après la promulgation de la loi de 1975 nous n'en sommes plus tout à fait au même point et les services rendus par les COTOREP (et les CDES) sont

actuellement abondamment utilisés par les psychiatres de secteur. Mais il nous a paru utile, en introduction au présent travail, de rappeler les polémiques de l'époque et les principales critiques faites à la loi de 1975 car, à distance et dégagées de la véhémence d'alors, certaines d'entre elles restent pertinentes comme nous le verrons.

**Rappel : missions, fonctionnement et activité des COTOREP****Missions de la COTOREP (Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel)**

La C.O.T.O.R.E.P. est une instance délibérative unique qui décide sur des points limitativement énumérés par le législateur. Elle est donc amenée à décider sur les points qui suivent :

- Reconnaître la qualité de travailleur handicapé aux personnes dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite d'une insuffisance ou d'une diminution de leurs capacités physiques ou mentales.

- Se prononcer sur l'orientation de la personne handicapée et les mesures propres à assurer son reclassement.

- Désigner les établissements ou les services concourant à la rééducation, au reclassement et à l'accueil des adultes handicapés ainsi que les ateliers protégés ou les centres d'aide par le travail correspondant à leurs besoins et en mesure de les accueillir.

- Apprécier si l'état et le taux d'incapacité de la personne handicapée justifie l'attribution de l'allocation aux adultes handicapés et de l'allocation compensatrice, de l'allocation de logement ainsi que de la carte d'invalidité.

**Organisation**

La commission plénière de la COTOREP est composée de 20 membres (dont 3 médecins). Sur le plan juridique cette commission constitue à proprement parler La COTOREP avec les missions ci-dessus définies. Il est important de noter que si un nombre très important de dossiers concerne la psychiatrie (parfois estimés à 1 sur 2), la présence d'un psychiatre n'est pas prévue dans cette ins-

tance. Faut-il voir là la séquelle du climat à tendance administrativo-pédagogique des années 75 ou le résultat des prises de position des représentants des psychiatres de l'époque ? Toujours est-il qu'il s'agit d'un manque important que certaines COTOREP ont, d'ailleurs, corrigé en faisant participer le psychiatre à la commission et notamment pour les cas concernant la psychiatrie. En articulation avec cette commission, il existe deux sous-commissions ou sections spécialisées (1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> section). Chacune des sous-commissions est compétente en raison des demandes formulées par les personnes qui saisissent la COTOREP. Les attributions de ces sous-commissions sont de façon résumée les suivantes :

**Attributions de la 1<sup>ère</sup> sous-commission (dite encore 1<sup>ère</sup> section) :**

- reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé et classement dans l'une des catégories correspondantes à ses capacités professionnelles (catégories A, B, C) ;
- appréciation de l'aptitude ou non au travail ;
- orientation pour la réalisation de projet de réinsertion professionnelle : milieu ordinaire de travail, milieu protégé, formation professionnelle, accès à la fonction publique (en fait cette décision relève de la commission des emplois réservés) ;
- aides financières qui accompagnent certaines orientations : prime de reclassement professionnel, subvention d'installation, abatement de salaire.

**Attributions de la 2<sup>ème</sup> sous-commission (2<sup>ème</sup> section) :**

- appréciation du taux d'incapacité et octroi de la carte d'invalidité ;
- attribution d'allocations : allocation aux adultes handicapés, allocation compensatrice pour tierce personne, allocation compensatrice pour travailleurs handicapés ;
- orientation dans un établissement social ou médico-social : maisons d'accueil spécialisées, foyer d'hébergement, foyer à double tarification, foyer occupationnel ;
- affiliation à l'assurance vieillesse ;
- macaron G.I.C. (grand invalide civil).

C'est essentiellement au niveau de cette seconde section que le psychiatre intervient parallèlement aux autres médecins (souvent des généralistes). Mais l'avis du psychiatre est également souvent requis par les médecins de la 1<sup>ère</sup> section pour le traitement de leurs dossiers. Dans beaucoup de COTOREP des médecins traitent les dossiers « sur pièce » et envoient un certain nombre de personnes pour expertise, notamment, à des psychiatres.

**Santé publique et géopolitique**  
Hérodote, 1999, n° 92

Pendant longtemps, professionnels et responsables politiques ont célébré l'excellence du système de soins français. Aujourd'hui, il apparaît que c'est, sans doute, l'un des moins performants d'Europe : il coûte cher et n'est pas aussi efficace qu'on le dit. Par ailleurs, la gravité spécifique à la France des affaires du sang contaminé et de l'hormone de croissance a mis au jour les failles de la santé publique, illustrées pourtant depuis longtemps par la cartographie de certains indices, telle l'espérance de vie ou la mortalité infantile, qui faisaient clairement apparaître de fortes inégalités régionales. Celles-ci, cumulées aux inégalités sociales, pénalisent injustement une partie de la population française. On peut légitimement parler de l'inégalité territoriale de la santé publique, présentée sous ses diverses facettes dans ce numéro d'*Hérodote* qui est une revue de géographie et de géopolitique. Si tous – médecins, responsables des cais-

ses d'assurance maladie, élus, hauts fonctionnaires de la santé – s'accordent à reconnaître l'urgence d'une réforme du système de santé, les enjeux financiers et de pouvoir que cette réforme entraînera inéluctablement rendent sa mise en œuvre politiquement dangereuse. Les articles présentés sont les suivants : – Pourquoi la santé publique est-elle devenue une question géopolitique ? *Béatrice Giblin*. – Inégalités territoriales de la santé des Français, *cartes*. – La géopolitique de la santé en France, une problématique émergente, *Olivier Lacoste*. – Risques et inégalités de santé : de la salubrité à l'équité, *Henri Picheral*. – La géographie dans la décision de santé publique, *Rémy Fromentin*. – Du besoin de santé au besoin de soins, *Jean-Louis Salomez, Olivier Lacoste*. – La résistance à l'évaluation des pratiques médicales en France, *Jean-Marie André*. – L'allocoïlisme : un enjeu politique régional de santé publique, *Ludovic Cépré*. – La personne handicapée, l'associatif et le politique : esquisse d'une géopolitique du handicap en France, *Bernard Azéma*.

### Activité des COTOREP

Un rapport de juin 1993 d'un groupe de travail du ministère du travail de l'emploi et de la formation professionnelle<sup>(3)</sup> montre l'importance du nombre de dossiers traités annuellement puisqu'il atteignait 693 016 en 1991 et l'augmentation chaque année de ce nombre qui, aujourd'hui, a dépassé les 700 000.

### Malades mentaux (pathologie psychiatrique) et COTOREP

Eu égard à l'importance du nombre de personnes considérées comme présentant un « handicap mental » orientées vers les COTOREP et au peu de lisibilité et au peu d'informations pour les psychiatres sur leur nombre et leur devenir, nous nous sommes interrogés sur leur quantité et sur l'impact des COTOREP sur leur réinsertion et leur réhabilitation. Force a été de constater que la récolte de renseignements a été maigre. En effet il n'existe quasiment pas d'études statistiques et épidémiologiques satisfaisantes à ce sujet sur le plan national. Et nous nous sommes heurtés à des problèmes de logiques totalement différentes entre les deux dispositifs (COTOREP/Handicap et système de soin en santé mentale) et de méthodologie pratiquement insurmontables en l'état actuel. Il n'est pas inutile de mentionner ici certaines de ces principales difficultés, en elles-mêmes très éclairantes :

– Les données statistiques concernant les COTOREP sur le plan national sont limitées et celles qui existent sont très globalisantes et s'inscrivent dans la logique même du système instauré par la loi de 1975.

– Certains responsables des COTOREP font état de leur souci éthique tout à fait justifié de ne pas distinguer telle ou telle catégorie de « handicapés » parmi l'ensemble de ces derniers.

– Par ailleurs la définition et l'évaluation du « handicap mental » avant son orientation s'étaient principalement sur le « Guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées » dans sa mouture de 1993. Auparavant, la référence restait le code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre datant de 1919. Le « Guide-barème » de 1993 s'inspire des travaux de Ph. Wood et de sa classification internationale des handicaps, déficiences, incapacités et désavantages. Mais les classifications internationales des troubles psychiatriques (CIM 10 et DSM) ne sont donc prises en compte que d'une manière incidente (et par les seuls experts) et, en tout état de cause, les diagnostics psychiatriques qui en découlent ne sont en aucune façon répertoriés et n'apparaissent pas dans les traitements informatiques des données de COTOREP. De ce fait le terme « handicap mental » recouvre tout un « fourre-tout » de diagnostics psychiatriques qui empêche toute étude précise et parmi lesquels il y a un nombre important de retards mentaux et un nombre non négligeable de troubles mentaux organiques ou symptomatique d'une affection organique. Ainsi l'absence de données au niveau national et l'absence d'outils permettant de les recueillir ne nous ont pas permis de répondre à ce niveau aux questions que nous nous posons concernant l'étude des COTOREP vis-à-vis de la cohorte des handicapés mentaux pour lesquels elle est sollicitée. De ce fait, nous avons choisi de nous limiter à une étude partielle en étudiant une COTOREP importante d'un seul département : le Val de Marne (94) et sur une période limitée de 3 ans.

### Etude à partir de la COTOREP 94

#### Préalables

Avant de définir plus avant les objectifs de l'étude de la COTOREP 94, il est indispen-

sable de préciser un certain nombre de préalables qui constituent une limite à cette étude :

– Comme nous l'avons déjà signalé, les diagnostics psychiatriques précis ne sont pas répertoriés dans les données des COTOREP. Ils sont en quelque sorte « dissous » sous la rubrique « handicap mental ». Nous avons déjà amplement développé dans l'introduction et dans le chapitre précédent les problèmes ainsi posés du fait de la définition tautologique du « handicap mental » et de son extrême imprécision. Nous ne reprendrons pas cette nécessaire critique mais rappellerons qu'elle infiltre toute cette étude et ce qu'on appelle familièrement à la COTOREP les « dossiers psy ».

– Il n'existe quasiment pas de données statistiques en ce qui concerne la 1<sup>ère</sup> section. Les données concernent donc essentiellement la 2<sup>ème</sup> section. Mais il convient de noter que les dossiers concernant la 2<sup>ème</sup> section correspondent au trois-quart de la totalité.

– Enfin l'étude ne porte pas sur le nombre de « handicapés mentaux » qui ont bénéficié d'une allocation par la COTOREP (DDH, Allocation compensatrice) mais sur la reconnaissance de travailleur handicapé (RTH) et sur les orientations et les possibilités de reclassement qui en ont résulté.

#### Objet de la recherche

Dans le cadre et avec les restrictions venant d'être précisées, nous nous sommes efforcés de répondre à un certain nombre de questions :

– nombre et pourcentage de « dossiers psy » sur le nombre total de dossiers traités en une année par la COTOREP 94 ;

– parmi ce taux de « handicapés mentaux » combien ont fait une demande de reconnaissance de travailleur handicapé (RTH) et une demande d'orientation et de reclassement ;

– Parmi ce nombre (ou ce taux) de « handicapés mentaux » ayant fait l'objet d'une RTH, qu'elle est la nature et la répartition des réponses de la COTOREP ;

– à partir de l'ensemble des précédentes données, existe-t-il une possibilité d'un suivi des cohortes ainsi déterminées sur une période suffisante afin d'évaluer la qualité du suivi éventuel et le nombre et le pourcentage de « cas psy » ayant pu déboucher sur une insertion professionnelle soit en milieu ordinaire, soit en milieu protégé.

#### Résultats de l'étude

##### Taux et nombre de « handicaps mentaux » sur l'ensemble des dossiers traités en une année par la COTOREP 94

L'étude a été rétrospective sur les dossiers traités au cours de l'année 1997. 6 835 demandes ont été « décisionnées » en 1997 par la 1<sup>ère</sup> section et 16 104 par la 2<sup>ème</sup> section. Nous avons signalé que nous ne disposions de statistiques utilisables que pour la 2<sup>ème</sup> section. Sur les 16 104 dossiers de 2<sup>ème</sup> section, 22 % concernait un « handicap mental » soit environ 4 200 dossiers. Ce chiffre est très important, il correspond à un quart de l'ensemble des dossiers. Et, si on l'applique au niveau national ou près de 700 000 dossiers sont traités annuellement par l'ensemble des COTOREP, cela ferait entre 150 000 et 200 000 dossiers avec l'étiquette de « handicap mental ».

##### Etude du taux des demandes de RTH

Pour les raisons mentionnées précédemment, il apparaît impossible de répondre à ces questions avec les données accessibles rétrospectivement. Il a donc été nécessaire d'essayer de mener une étude au fur et à mesure de la présentation des dossiers en COTOREP. Du fait du nombre très important de dossiers nous avons été amenés à limiter cette étude à une période donnée : du 21/07/98 au

20/10/98 et à 5 réunions de la commission COTOREP.

Cela représente quand même 747 dossiers ainsi répartis :

– 1<sup>ère</sup> section seule : 315 dossiers avec x « psy » ;

– 2<sup>ème</sup> section seule : 104 dossiers avec 78 « psy » ;

– commission mixte : 328 dossiers avec 167 « psy ».

Sur ces 747 dossiers nous avons recensé 245 dossiers « psy » soit 33 % ce qui est fortement minoré puisque nous n'avons pu recenser les « x » dossiers « psy » de la 1<sup>ère</sup> section. C'est donc, en fait, seulement pour 432 dossiers sur 747 que nous avons pu effectuer le décompte des « cas psy » soit 245 soit encore 57 %. Enfin, pour répondre précisément à cette deuxième question, sur ces 245 dossiers classés « psy » 167, soit 68 %, ont fait une demande de RTH et d'orientation.

##### Répartition des réponses de la COTOREP

Sur les 167 dossiers classés « psy » qui ont fait une demande de RTH, d'orientation et de reclassement et auprès de la 2<sup>ème</sup> section :

– 66 ont été déclarés inaptes, soit 40 % ;

– 37 ont eu une RTH simple (TH A, B ou C) et été orientés en milieu ordinaire soit 22,5 % ;

– 50 ont été orientés vers le milieu protégé, soit 30 % (44 en CAT, 6 en atelier protégé ;

– 5 ont été maintenus en milieu protégé, soit 4 % ;

– 9 dossiers doivent faire l'objet d'investigations complémentaires et les décisions sont en attente.

En conclusion, il est important de noter le nombre de personnes parmi ces dossiers « psy » qui ont été déclarées « inaptes ».

Sur les 101 restantes plus de la moitié a été orientée en milieu protégé (CAT, AP).

##### Suivi des décisions et évaluation du devenir des personnes concernées :

La COTOREP est, par les textes, une instance décisionnaire. Elle n'a pas mission de mettre en œuvre et d'assurer le suivi des personnes. Il existe, cependant, actuellement une tentative d'organiser un tel suivi avec le « PDITH » (Programme départemental d'insertion des travailleurs handicapés). Mais, sauf exception, les cas « psy » ne sont pas inclus dans les PDITH. Il n'y a donc dans leur cas aucun suivi et aucune évaluation sur le devenir aussi bien pour les orientations en milieu protégé que pour les personnes bénéficiant d'un simple RTH et orientées vers le milieu ordinaire.

### Conclusions générales

Le problème de la réadaptation et de la réinsertion des malades mentaux est difficile, complexe et vaste. Il n'était donc pas dans les visées de ce travail d'aborder cette question dans son ensemble mais, plus modestement, de donner un aperçu de ce qui peut en transparaître de cet observatoire quelque peu privilégié et hors du champ strict de la psychiatrie qu'est la COTOREP. Les services rendus aux patients psychiatriques par cet organisme sont bien connus en ce qui concerne l'attribution des diverses prestations sociales relevant de sa compétence et tout psychiatre sait à quel point l'AAH souvent associée à une allocation logement est indispensable pour assurer un minimum de ressources financières et une possibilité d'hébergement et qu'il s'agit là de prestations souvent nécessaires dans le cadre des démarches de réadaptation.

Ces faits étant bien connus notre souci était donc plutôt d'étudier ce qu'il en était des personnes considérées par la COTOREP comme handicapées au titre de la maladie mentale et quel pouvait être le rôle de la COTOREP et des organismes associés dans la réinser-

### LIVRES

#### Temps des glaciations Voyage dans le monde de la folie

Salomon Resnik

Érès

Pour Salomon Resnik, la folie réduite à la psychose condamne à une existence suspendue, comparable à un état d'hibernation. La personne psychotique est particulièrement fragile et sensible et ne peut tolérer ni souffrance psychique (douleur d'être) ni plaisir. Au fond, l'apathie psychotique est une paralysie du « re-senti ». Dans leur excessive sensibilité, les psychotiques se sentent blessés par toutes formes d'impact affectives, d'où la nécessité d'une protection. La carapace autistique est paradoxalement l'expression vitale de ce renfermement, où la dévitalisation est la condition pour perdurer. La nature de cette armure est ontologiquement importante. Que sa texture soit de coton, de bois, de verre, de fer ou de glace, elle est un langage en soi. La congélation des sentiments est une régression pré-historique à l'époque glaciaire de l'individu pris dans une indicible détresse. La glaciation est alors une tentative de « rassembler » les morceaux de son moi éclaté. la déglaciation, expression inévitable d'un « *changement catastrophique* » (Bion) fait partie du processus thérapeutique de guérison.

#### La réparation

##### De la délinquance à la découverte de la responsabilité

Maryse Vaillant

Préface de Boris Cyrulnik

Gallimard

Beaucoup ont le sentiment qu'une certaine impunité protège les jeunes délinquants alors que les professionnels de la justice dénoncent les effets néfastes des incarcérations de mineurs, qui engendrent bien souvent un nombre important de récidives. Dans ce contexte sont nées les réflexions sur la réparation pénale appliquée aux mineurs. Depuis la loi du 4 janvier 1993, de nombreuses actions de réparation ont été mises en place, à l'initiative des juges pour enfants ou des parquets. La mesure de réparation est une demande que la société, via la justice, le juge et l'éducateur, fait au mineur, lui permettant de prendre conscience de la portée de ses actes et d'en être responsable. Elle le reconnaît capable de réparer les préjudices qu'il a causés à des personnes ou à la collectivité. La réparation n'est pas seulement une notion juridique, c'est aussi un concept psychanalytique, issu des travaux de Mélanie Klein, qui rend compte d'un des processus inconscients. Maryse Vaillant montre à travers des exemples concrets comment, en tant que principe d'éducation, elle peut s'appliquer à des situations de la vie quotidienne en contribuant à une éthique de responsabilité et de solidarité, de respect de soi et de l'autre.

#### Sociologie de l'exclusion

Cédric Frégné

L'Harmattan

L'objet de cet ouvrage est d'entreprendre une réflexion critique sur les discours sociaux et les productions sociologiques relatives à l'exclusion. Il s'agit, notamment, de relever les implicites du raisonnement, les écueils théoriques et les démentis empiriques qui confèrent, dans ce cadre, un pouvoir explicatif limité à l'exclusion. Une approche en termes de « configurations excluantes » et de « mondes de l'exclusion » est proposée pour lever le caractère incertain de la notion courante. Cette démarche participe du souci de stabiliser une définition de l'exclusion susceptible d'organiser un nouveau champ d'investigation sociologique.

## LIVRES

**Les maladies ont-elles un sens ?**

Robert Aronowitz

*Les Empêcheurs de penser en rond*

Les maladies présentées dans ce livre et les hypothèses sur leurs causes ont une histoire contestée et riche en controverses : l'angine de poitrine, la maladie de Lyme, les facteurs de risques des maladies coronariennes et l'hypothèse du type A en cardiologie, l'approche psychosomatique de la rectocolite hémorragique, le syndrome de fatigue chronique. Ces maladies ont « évolué » : on ne les diagnostique plus de la même manière, on n'en parle plus avec les mêmes termes, on les soigne différemment. Chercheurs, cliniciens et patients n'ont pas le même avis sur la meilleure façon de prendre en compte ce qui caractérise une maladie. Est-ce l'expérience vécue par le patient ou les tests biologiques réalisés par le médecin qui définit la pathologie ? N'est-ce pas la vieille question « pourquoi moi, pourquoi maintenant ? » qui ressurgit dans des paradigmes aussi différents que la psychosomatique ou l'approche dite des facteurs de risque ? En confrontant les histoires de différentes controverses médicales, l'auteur montre comment des valeurs et des intérêts sous-jacents, le plus souvent sous-estimés, ont déterminé des programmes de recherche, des actions de santé publique, des décisions cliniques et – en fin de compte – l'expérience que les patients et les médecins ont de la maladie.

**L'adolescence****Identité chrysalide****Adolescence et sexualité****Liens et maillage-réseau**

Sous la direction de Pierre Benghozi

*L'Harmattan*

Ce livre s'inscrit dans la continuité du Forum que Pierre Benghozi a organisé au Lycée Henri IV à Paris, sur le thème de « L'Adolescent et la Sexualité » dans le cadre de l'Université Paris XIII-UFR Léonard de Vinci. Il est construit en deux tomes, le premier *Adolescence, identité chrysalide* présente la singularité des transformations de l'adolescence comme l'expression d'un entre-deux transitionnel, dans le cycle de vie individuel, familial et social. Une unité conceptuelle le réunit avec le deuxième tome dont le titre est *Adolescence et sexualité : les liens, le maillage-réseau*. Elle est fondée sur l'idée que la problématique de l'adolescence est l'expression d'une mutation de contenant psychique. C'est en cela une crise narcissique, un passage, dont la créativité suppose la disponibilité d'un étayage. Celui-ci peut être assuré par le partenariat en réseau, d'une complémentarité entre les différents intervenants. Il s'agit de l'entourage familial lui-même concerné par cette anamorphose de l'adolescence, mais encore de l'ensemble des acteurs relationnels familiaux de la bande de copains, ou des enseignants, des travailleurs sociaux, des médecins avec une place centrale pour le médecin généraliste, le pédiatre, le gynécologue et bien sûr, tous ceux, psychiatres, psychologues et autres cliniciens susceptibles d'accompagner sans intrusion effrante, la mue corporelle, psycho-sexuelle et sociale de l'adolescent. C'est dans cette perspective d'une clinique des liens de filiation et d'affiliation dont le maillage assure la fonction contenante de l'identité, qu'il semble utile de penser le réseau des partenaires du Lien comme l'expression d'un nouveau maillage soignant ou simplement d'un maillage affiliatif ayant une fonction de néo-contenant d'étayage des Liens en souffrance.

tion professionnelle de ces personnes. Un certain nombre de remarques et de réflexions nous semblent pouvoir être avancées :

– Le nombre de personnes reconnues comme handicapées par la COTOREP au titre d'un handicap mental est important. Nous avons vu la difficulté d'avoir des statistiques fiables à ce propos (puisque on trouve des évaluations allant de 1/5 à près de la moitié de l'ensemble des dossiers traités par la COTOREP, soit entre 150 000 à 250 000) et l'absence de données diagnostiques permettant d'effectuer une différenciation diagnostique au sein de ce groupe où l'on sait qu'une grande part est constituée par les retards mentaux. Il serait utile que des études soient entreprises dans un cadre scientifique et de recherche épidémiologique tout en respectant le caractère non ségréatif du dispositif au niveau administratif et organisationnel.

– Il apparaît, également, qu'un changement est apparu du côté de la psychiatrie. En effet, si le transfert du sanitaire vers le médico-social, redouté et dénoncé par les représentants des psychiatres dans les années 75, a bien eu lieu en partie, la position concrète des psychiatres publics a nettement évolué puisque, pour diverses raisons qui n'ont pas lieu d'être développées ici, la plupart actuellement n'hésite pas à avoir recours à la COTOREP. Et cela, non seulement pour l'obtention des diverses allocations mais aussi pour les orientations des patients hospitalisés en psychiatrie vers des structures médico-sociales et sociales. En témoignent la pratique quotidienne, les données chiffrées des COTOREP ainsi que la constante diminution des lits en psychiatrie avec, en parallèle, l'augmentation du nombre de structures et des places dans les institutions dont l'admission dépend d'un accord de la COTOREP (Pour les seuls CAT et ateliers protégés on relevait par exemple, en 1974, environ 20 000 places pour 500 CAT et 2 500 places pour 75 en ateliers protégés. En 1992 on comptait environ 80 000 places pour 1 110 CAT et 11 000 places pour 300 ateliers protégés).

Cette évolution de fait semble devoir entraîner d'autres et puisque de plus en plus de patients antérieurement « placés » en psychiatrie se sont vus orientés vers des structures sociales ou médico-sociales, il serait très certainement judicieux de réviser les conditions de partenariat entre les champs sanitaire et social comme médico-social car il est plus que temps de passer d'un « divorce à la française »<sup>(4)</sup> à ce que J. Perret<sup>(5)</sup> appelle joliment : « *entre cloisonnement bellicieux et dilution consensuelle, trouver une articulation cohérente de compétence...* ».

– Formation, orientation et insertion professionnelle : il ne s'agit évidemment pas de s'enfermer dans une démarche étroitement normative et réadaptative en ce qui concerne la personne présentant un « handicap mental »... Personne ne prétend que le soin doit systématiquement déboucher sur une insertion professionnelle et le débat n'est pas ici de savoir si le travail est « l'avenir de l'homme » malade ou pas. Plus modestement il s'agit de tenter de répondre à la question : « *que deviennent les personnes handicapées au titre du handicap mental qui ont fait une demande auprès de la COTOREP en vue de formation, d'orientation et d'insertion professionnelle en milieu ordinaire ou protégé ?* ».

On retrouve, à ce propos, la notoire insuffisance de données statistiques pour toutes les raisons déjà mentionnées. Il existe quelques études ponctuelles à partir de certains secteurs psychiatriques, de certaines COTOREP ou de certains organismes spécialisés (comme l'ARIHM en région parisienne) ou généralistes mais il ne semble pas exister, à notre connaissance, de données globales sur

ces questions. Seule l'AGEFIPH (Agir efficacement pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées) suit systématiquement les insertions réalisées par les EPSR (Equipe de préparation et de suite du reclassement) et les OIP (Organisme d'insertion et de placement).

Dans une récente publication<sup>(6)</sup> cet organisme signale que les personnes handicapées au titre de la maladie mentale « *ne représentent qu'à peine 6 % du nombre des personnes placées par ces structures* » et conclut : « *S'il est vrai que la maladie mentale se situe parmi les handicaps dont l'insertion est la plus difficile et qu'une part importante des salariés handicapés relève de l'accident du travail, on peut en conclure que la maladie mentale est le parent pauvre de l'obligation d'emploi instaurée par la loi du 10 juillet 1987 et des efforts de réinsertion* ». Ce constat va dans le même sens que les éléments recueillis par notre travail concernant la COTOREP du Val de Marne et justifie pleinement la préconisation faite par le groupe de travail du Ministère de la Santé et de l'assurance maladie en juin 1995 sur « *L'évolution des soins en psychiatrie et la réinsertion des malades mentaux* »<sup>(7)</sup> de « *... donner une impulsion nationale à la politique d'insertion professionnelle et sociale des personnes qui conservent des difficultés importantes du fait de la maladie mentale* ». Quant aux complémentarités souhaitables entre la psychiatrie et le médico-social, elles font actuellement l'objet d'une réflexion qui accompagne de multiples initiatives (8 à 14). ■

**E. Malapert, Psychiatre des Hôpitaux  
EPS Perray-Vaucluse**

**F. Eymard, Médecin COTOREP 94**

**Bibliographie :**

- (1) J. AYME, L'Information Psychiatrique, vol. 58, n°3, mars 1982.
- (2) M. AUDISIO, L'Information Psychiatrique, vol. 58, n°3, mars 1982.
- (3) Y. CARCENAC, *Rapport sur l'activité et le fonctionnement des COTOREP*, Conseil supérieur pour le reclassement professionnel et social des travailleurs handicapés, juin 1993.
- (4) Cl. BONNET, L. MULDWORF, *Sanitaire et social : « divorce à la française »*, in La réhabilitation psychosociale en psychiatrie, G. VIDON, Ed Frison-Roche, 1995.
- (5) J. PERRET, *Sanitaire et social*, L'Information Psychiatrique, n°8, octobre 1995.
- (6) AGEFIPH, *Maladie mentale et emploi*, Point de repères, n°1, avril 1999.
- (7) *L'évolution des soins en psychiatrie et la réinsertion des malades mentaux*, Rapport du groupe de travail, Ministère de la Santé publique et de l'assurance maladie, juin 1995.
- (8) *Mieux articuler le sanitaire et le médico-social en psychiatrie*, 26<sup>e</sup> Journées TNH organisées par la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale, la CNEH, Technologie et Santé, n°38, septembre 1999.
- (9) G. MASSÉ, Ch. BONAL, *Adultes handicapés : la loi du 30 janvier 1975*, Encyclopédie Médico-Chirurgicale Psychiatrie, 37-901-A-20, 1995.
- (10) G. MASSÉ, *La psychiatrie de l'exclusion*, Nervure, 1998, II, 7, 36-39.
- (11) G. MASSÉ, *La psychiatrie de l'exclusion : une vision transversale*, Pratiques Psychologiques, 1996, 2, 11-17.
- (12) G. MASSÉ, *Maladie mentale ou handicap ? Avant tout, répondre à des besoins*, Un autre regard, Revue de l'UNAFAM, 1999, 3, 7-9.
- (13) *La psychiatrie à la frontière du sanitaire et du médico-social*, IASS la Revue (revue de l'Association des inspecteurs des affaires sanitaires et sociales), 1999, n°26.
- (14) *Comment articuler le sanitaire et le médico-social ?*, Pluriels, 1999, n°19.

**POLITIQUE ET ÉCONOMIE FUTURES DE LA SANTÉ MENTALE EN FRANCE**

**Séminaire du Jeudi de la Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale  
Centre Hospitalier Sainte-Anne – Année 1999/2000**

*Sous la direction du Pr Roland Dardennes et du Dr Christian Even*

|                  |  |                           |
|------------------|--|---------------------------|
| 18 novembre 1999 | <b>Introduction</b>  | B. Samuel-Lajeunesse      |
|                  | <b>La psychiatrie peut-elle rester une spécialité médicale à part entière ?</b>                        | G. Lanteri-Laura          |
| 25 novembre 1999 | <b>Evolution des besoins en pédo-psychiatrie</b>   | M. Bouvard                |
| 2 décembre 1999  | <b>Les dépendances : besoins et carences actuels</b>   | P.J. Parquet              |
| 9 décembre 1999  | <b>Intérêt de la plateforme régionale de gériatrie dans la prise en charge des démences</b>            | O. Saint-Jean             |
| 16 décembre 1999 | <b>L'Assurance Maladie : principes et implications</b>   | B. Friot                  |
| 6 janvier 2000   | <b>Méthodes d'évaluation des coûts</b>   | F. Fagnagi                |
| 13 janvier 2000  | <b>Le coût de la psychiatrie dans les dépenses de santé</b>  | G. Johannet               |
| 20 janvier 2000  | <b>Le poids de la psychiatrie dans la solidarité nationale</b>   | P.J. Cousteix             |
| 27 janvier 2000  | <b>Le financement de l'hospitalisation psychiatrique : les implications de la réforme hospitalière</b> | C. Grouchka               |
| 3 février 2000   | <b>De l'épidémiologie aux priorités de santé</b>   | V. Kovess                 |
| 24 février 2000  | <b>Les déterminants psycho-sociaux d'une politique individuelle et collective des soins</b>            | M.N. Schurmans            |
| 2 mars 2000      | <b>L'avenir du secteur psychiatrique</b>   | G. Massé                  |
| 16 mars 2000     | <b>Les réseaux de soins en psychiatrie</b>   | S. Rouer-Saporta          |
| 23 mars 2000     | <b>Psychiatrie et psychologie médicale : les enjeux de l'enseignement</b>                              | R. Dardennes              |
| 30 mars 2000     | <b>Le rôle futur de l'infirmier psychiatrique</b>  | M.G. Noiré                |
| 20 avril 2000    | <b>L'administration de la santé</b>  | Y. Papadacci-Stéphanopoli |
| 27 avril 2000    | <b>Place de l'approche médico-sociale en psychiatrie</b>   | M. Chollet                |
| 4 mai 2000       | <b>Le futur de la psychothérapie</b>   | S. Ionescu                |
| 11 mai 2000      | <b>Diversités des systèmes de soins européens</b>  | M.C. Bonnamour            |

**Le jeudi de 11 h 30 à 13 h 00**

Au Grand Amphithéâtre de la C.M.M.E. – 100, rue de la Santé – 75674 Paris Cedex 14  
Début du cycle : Jeudi 18 novembre 1999

## Thèses - Mémoires

### De la négation au délire des négations

Thierry Brouwer

*Thèse médecine, Brest, 1998*

Après avoir fait un bilan historique des différentes approches théoriques du concept de la négation que ce soit sur le plan philosophique, linguistique et psychanalytique, l'auteur étudie le délire des négations ou syndrome de Cotard dans lequel la négation se présente sous son mode le plus excessif. L'auteur revient sur l'historique et la délimitation de ce syndrome, sa place actuelle, et en fait une approche psychopathologique en le confrontant aux théories de la négation.

### Le refus de soins chirurgicaux Aspects juridiques, relationnels et psychopathologiques

Isabelle Kermarrec

*Thèse médecine, Brest, 1998*

A partir d'une histoire clinique caricaturale, celle d'un refus d'ablation chirurgicale d'un neurinome, l'auteur aborde la question du refus de soins chirurgicaux dans trois dimensions : juridique, relationnelle et psychopathologique. La première partie aborde les dimensions juridiques de l'information et du consentement dans leurs liens avec les refus de soins. Il y est traité de la nature de l'information, de son contenu et de la forme de sa transmission. D'autre part, l'importance et la signification du consentement dans la pratique médicale y sont étudiées. Dans une seconde partie, il est traité de la relation médecin-malade et de son devenir lorsque le patient refuse les soins qui lui sont proposés. L'auteur y présente également la notion de maladie et ses rapports avec le refus de soins chirurgicaux. Enfin, la dimension psychopathologique du refus de soins chirurgicaux est abordée à travers les théories de Freud, Lacan, Anzieu et Vaysse. Ces auteurs ont, en commun, d'accorder une place fondamentale à l'image du corps, et de mettre en lumière la dissociation fondamentale qui existe entre le corps et sa représentation mentale.

### Le mâle hystérique ou le désir du parricide

Arnaud Chauvel

*Thèse médecine, Brest, 1999*

Toute la démarche de l'auteur s'articule autour de l'hystérie et de son existence chez l'homme. Au travers de l'histoire, de la psychopathologie et de la clinique, nous nous apercevons que le mâle peut, lui aussi, soutenir cette position. Haizmann, Dostoïevski ou même Don Juan en sont de bons exemples. Le mâle hystérique tente par tous les moyens de contourner la castration. Par ses symptômes, il perpétue le souvenir du Crime et il lutte contre cette haine féroce envers le père, contre ce désir de parricide. Les classifications internationales, qui l'ont fait disparaître de leurs manuels, ne permettent pas de poser le diagnostic d'hystérie. En effet, l'homme hystérique s'avance le plus souvent masqué : alcool, psychopathie, troubles de la sexualité, conduites perverses... Ainsi, comprendre l'hystérique c'est aller au-delà de son symptôme et chercher dans son discours ce qui le relie à l'Autre.

### Le stress et l'anxiété dans la pratique des sports à risque

Martine Inarra

*Doctorat, Bordeaux 2, 1997,*

*Psychologie : psycho-pathologie.*

Ce travail a pour objectif de mieux connaître les stratégies de coping utilisées par des sportifs soumis à des types de stressors différents (sports à risques et sport compétitif),

d'en mesurer l'impact sur l'ajustement émotionnel ainsi que la performance. Sont explorées les relations des variables modératrices entre elles (coping et anxiété-état), la mesure de l'impact sportif sur l'anxiété (avant-après épreuve) et évaluée l'influence des caractéristiques des sujets (âge, niveau de pratique, catégorie socio-professionnelle) sur les variables dépendants (ajustement émotionnel, performance). La population était composée de 145 hommes (63 marathoniens en situation compétitive et 82 parapentistes). On a été utilisés le S.T.A.I.Y de Spielberger et al. (1983) ainsi que la W.C.C. (version de Vitaliano et al., 1985). Les résultats peuvent être résumés ainsi : une analyse en composantes principales suivie de rotations varimax a permis la mise à jour de quatre facteurs dont un est spécifique aux sportifs. Les sportifs semblent avoir une meilleure gestion anxieuse que les non-sportifs. Il existerait une relation entre niveau d'anxiété et stratégies de coping variant selon la situation sportive. Certaines caractéristiques socio-biographiques (âge, niveau de pratique) des sujets sont liées avec l'utilisation de stratégies de coping particulières (recherche de soutien social, évitement).

### Indices non verbaux de réussite et d'échec dans la communication du mensonge

Boumedienne Bouriche

*Doctorat, Aix-Marseille 1, 1997,*

*Psychologie : psycho-sociologie*

Cette thèse de psychologie sociale porte sur l'étude de la communication non verbale en situation de mensonge. L'approche théorique du mensonge se base sur des modèles empruntés à la psychologie sociale de la communication, à la pragmatique linguistique et à la linguistique. Les différentes recherches mettent en évidence le travail inférentiel auquel le menteur se livre dans l'élaboration du mensonge. Ce travail se traduit par une stratégie communicative du menteur consistant en une neutralisation des signes susceptibles d'être associés au mensonge.

### La construction des valeurs chez l'enfant

#### Une étude transversale sur les valeurs spontanées chez les enfants de 3 à 11 ans en situation scolaire

Johnny Guedes De Lima Faune

*Doctorat, Lyon 2, 1997*

*Psychologie : psycho-pédagogie*

Cette recherche a pour objet l'étude de la genèse des valeurs chez l'enfant, dans la perspective génétique et constructiviste, d'après la théorie de Jean Piaget. En ce sens, la valeur est définie comme le degré d'importance ou l'utilité nécessaire à l'organisation d'une action effective ou d'une opération. Initialement, deux problèmes fondamentaux sont posés : 1) Quelle est la genèse des valeurs ? Et, comment les valeurs se construisent-elles ? Comme hypothèse de départ, les actions se construisent dans l'action, en relation et en interaction avec l'objet, le milieu et le sujet, de même que le développement cognitif et le développement moral. Cependant, il n'existe pas un parallèle terme à terme, mais un isomorphisme structuro-fonctionnel entre ces trois aspects du développement. Afin d'établir les niveaux d'évolution structuro-fonctionnel des valeurs, la classification des valeurs (1955), de Louis Lavelle, philosophe d'influence Kantienne est utilisée : niveau I valeurs économiques et valeurs affectives ; niveau II valeurs intellectuelles et valeurs esthétiques ; et niveau III valeurs morales et valeurs religieuses. Ce travail a été mis en place auprès de 221 enfants de 3 à 11 ans, des écoles publiques de Lyon sans grands pro-

blèmes d'ordre socio-économique ou pédagogique, dès le niveau de la maternelle au CM2. Une étude transversale a été réalisée et a été observée quotidiennement l'apparition de valeurs spontanées chez ces enfants dans les diverses situations scolaires.

### Langue maternelle, psychose et médiation

Michel Walter

*Doctorat, Rennes 2, 1997*

*Linguistique : analyse du discours*

A la faveur de l'étude des troubles du langage dans la schizophrénie, l'auteur tente de dépasser la description des symptômes et de leurs mécanismes pour essayer de situer la nature même du trouble fondamental en jeu dans cette psychose. Le travail est divisé en quatre grandes sections. La première, d'ordre méthodologique, précise les enjeux de la recherche clinique en psychiatrie. Elle se fonde sur la méthode du cas unique et de l'observation participante. La seconde partie est consacrée à la notion de langue maternelle, d'abord envisagée sous l'angle historique, puis selon une approche inter-disciplinaire allant de la psychologie génétique à la sociologie. La troisième partie concerne la part psychopathologique de ce travail. Les troubles psychotiques sont explorés selon une déconstruction en quatre plans, en prenant soin de distinguer ce qui relève du symptôme proprement dit et ce qui est de l'ordre de la compensation. L'approche clinique personnelle de l'auteur à propos d'un cas constitue la quatrième partie. L'analyse textuelle informatisée du discours d'un patient schizophrène conclut au caractère prévalent des troubles de l'échange et de la communication. Ces résultats sont cohérents avec les travaux cognitifs les plus récents.

### L'étude des représentations sociales de le recherche chez les doctorants en sciences exactes

Edna Maria Averido de Oliveira Chamon

*Doctorat, Toulouse 2, 1998,*

*Psychologie : psycho-sociale*

Ce travail comporte trois thèmes : la formation du chercheur, la construction de l'identité professionnelle et la représentation sociale de la recherche. La thèse se compose d'une première partie, ou le cadre théorique du travail est précisé, et d'une deuxième partie, ou sont analysées des données récoltées auprès d'une population de doctorants. Un modèle permet d'analyser la formation du chercheur à partir de la pratique de la recherche, constituée par son travail de thèse. Sont abordés comment cette formation mène à la construction d'une identité professionnelle et quelles sont les stratégies identitaires adoptées par les doctorants dans cette construction. Les dynamiques développées comportent des ancrages sociologiques : elles sont différentes chez les étudiants français et étrangers. Est développée, finalement, la théorie des représentations sociales. Dans la deuxième partie sont présentées des études empiriques, constituées d'un ensemble d'entretiens et des données recueillies par questionnaire. Les entretiens ont subi une analyse de contenu informatisée (avec le logiciel Alceste). Pour l'analyse des données issues du questionnaire, des analyses factorielles permettent d'étudier l'organisation des représentations sociales. On constate une stabilité des représentations sociales de la recherche au cours du temps. La représentation se spécifie dans la pratique de l'activité scientifique mais elle garde des caractéristiques essentielles, communes à d'autres groupes sociaux (comme les jeunes lycéens, ou le public en général). Ces résultats renforcent l'hypothèse d'une détermination des pratiques sociales par les représentations dans les situations ou les acteurs disposent d'une certaine autonomie.

## LIVRES

### Neurosciences

Sous la direction de Dale Purves, George J. Augustin, David Fitzpatrick, Lawrence C. Katz, Anthony-Samuel Lamantia

*De Boeck Université*

Cet ouvrage a été réalisé sous la direction d'une équipe d'enseignants et de chercheurs du Département de Neurobiologie de Duke University Medical Center, North Carolina. Après une description des éléments nerveux et de leur organisation, il examine les fonctions du système nerveux, à divers niveaux : les mécanismes moléculaires et cellulaires de la production et de la transmission de l'influx nerveux, les modalités sensorielles et leur traitement central, l'activité musculaire, sa commande et son contrôle, le développement du système nerveux et ses modifications sous l'effet de l'expérience, les fonctions cérébrales complexes : langage, émotion, sexualité, vigilance et sommeil, mémoire. Chaque chapitre, dans le texte ou dans les brefs aperçus des encadrés, rappelle et illustre les liens qui unissent ces différentes approches. L'exposé met un accent particulier sur le fonctionnement du système nerveux humain et, sans en faire l'unique centre d'intérêt, sur ses troubles cliniques. S'adressant aux étudiants en médecine, en biologie et en psychologie, ce manuel a pour objectif de présenter les méthodes, les données et les concepts de base.

### L'éthique du silence Wittgenstein et Lacan

Françoise Fonteneau

*Éditions du Seuil*

Françoise Fonteneau interroge Wittgenstein et Lacan comme les figures susceptibles d'éclairer la question de l'éthique. Mais les champs logico-philosophique et psychanalytique ne sont pas les seuls traversés. Puisant ses exemples dans les arts - de Munch à Berio et Thomas Bernhard, en passant par le poème mystique de Saint Jean de la Croix -, elle pose la question de la *figurabilité* des pulsions, pour en venir à l'impossible mais nécessaire écriture du silence.

### La sexualité dans les sciences humaines

Sous la direction

de Maria Andrea Loyola

*L'Harmattan*

Pendant longtemps reléguées à un statut marginal par les milieux scientifiques, notamment les sciences sociales, les études empiriques sur la sexualité se sont multipliées de façon significative avec l'apparition du sida, au début des années 80. Si, dans un certain sens, ces études attirent notre attention sur quelques aspects de la sexualité contemporaine, elles ont contribué à ce que la sexualité soit fréquemment réduite à sa dimension purement comportementale. Elles ont renforcé une conception non seulement réductrice et rationnelle, mais aussi biologisante et naturaliste de la sexualité, que quelques travaux d'obédience historique et féministe essayaient de « déconstruire ». Dans la majeure partie des cas, elles s'appuient directement ou indirectement sur des schémas théoriques et conceptuels des sciences humaines, qui apparaissent plutôt comme des présupposés rarement discutés. C'est pourquoi il est paru essentiel de commencer par revisiter ou revoir le discours de ces sciences à propos de la sexualité, et essayer d'effectuer un bilan des idées, thèmes, présupposés, notions, concepts et intérêts liés à la sexualité, qui puissent éclairer, faciliter ou simplement inspirer de nouvelles recherches dans ce secteur.

## LIVRES

**Ne jette pas mes dessins à la poubelle**D. Oppenheim  
Seuil

Ce livre mène de front un triple projet, réussi, celui de présenter de l'intérieur le travail de collaboration dans un service d'oncologie pédiatrique, la tentative de décrire les séances avec un psychanalyste, et enfin le témoignage, souhaité par lui, de la vie d'un enfant dût-elle se terminer prématurément. L'auteur et le jeune patient – tous deux Daniel – traversent un itinéraire, dissymétrique certes, mais qui marque sans doute le psychanalyste lui aussi. D'une situation extrême, celle d'un enfant gravement atteint sans possibilité de survie, se déploie la nécessité d'en faire une histoire et la transmettre : l'enfant et le psychanalyste se retrouvent sur cet impératif. Le dévoilement des dessins, en accord avec la famille, était pour partie lié à l'absence d'acquisitions scolaires de l'enfant, et retrouvait aussi cet espace singulier en psychanalyse de l'enfant bien décrit par Winnicott. Faut-il mieux faire connaître ce service d'oncologie pédiatrique, recevant des maladies assez rares, rassemblant des populations issues de toutes contrées ? Ne pas laisser fermées et hors d'atteinte de telles extrémités de la vie et du soin est un enseignement utile au quotidien dont on peut remercier à la fois le jeune Daniel et son psychanalyste.

M.J. Guedj

**Elles ont épousé l'éducation spécialisée**Conservatoire National des Archives et de l'Histoire de l'Éducation Spécialisée  
L'Harmattan

Educatrices ou épouses d'éducateurs, ces femmes ont été des pionnières de l'éducation spécialisée dans les années 1940-1950, sans que leur rôle ait toujours été apprécié à sa juste mesure. On pourrait faire le même constat dans bien des secteurs professionnels, où les femmes, bien que numériquement majoritaires, sont plus appréciées pour leurs qualités de mères que reconnues comme des actrices essentielles du mouvement de l'histoire. Pour celles et ceux qui connaissent l'univers du travail social, ce livre sera un passionnant retour sur le passé, avec une mine d'informations. Pour les autres, il sera une excellente illustration de l'évolution du statut de la femme dans le domaine de la professionnalisation de l'aide à autrui. Un point, en particulier, retient l'attention : l'évolution simultanée de la mixité dans les internats, de l'engagement personnel des éducatrices (trices), du discours sur le problème de l'identification des jeunes à leurs encadrants. A quand un ouvrage semblable et de cette qualité pour les psychiatres ou pour les infirmiers(ières) ?

M. Jaeger

**Erra tu m'...****Érotique érotique de Marcel Duchamp**George H. Bauer  
Traglais de l'anduit par Guy Le Gaufrey  
Cahiers de l'Unébvue, E.P.E.L.

Dans ce petit ouvrage à la fois sérieux et hilarant, G.H. Bauer, spécialiste américain de Marcel Duchamp, montre avec un brio digne de Duchamp lui-même, que chaque production de Marcel était un *pun*, un mot faisant jouer l'équivoque tous azimuts, entre deux langues, l'anglais et le français, mais également entre une série de tableaux et d'événements – Œdipe ne questionne plus la Sphinge, il la caresse.

## ANNONCES EN BREF

**1er décembre 1999.** Paris. 3<sup>ème</sup> Journée de Droit Médical du Centre Hospitalier Sainte-Anne; Inscription : Secrétariat des Admissions et de la Communication au Centre Hospitalier Sainte-Anne, 1 rue Cabanis, 75014 Paris. Tél. : 01 45 65 89 21. Fax : 01 45 65 87 63.

**7 et 8 décembre 1999.** Paris. Colloque National Cent-cinquantième de l'AP-HP sur le thème : *L'hôpital au XXI<sup>e</sup> siècle*. Renseignements tél. : 01 40 27 32 75 ou 01 40 27 37 37 55 ou 01 40 27 52 43.

**14 et 15 janvier 2000.** Paris. Congrès organisé par la Fédération des Associations pour la santé du non-travail en France sur le thème : *Non-travail et risques de santé*. Renseignements : Secrétariat du Dr Bertran, 11 rue du Président De Gaulle, 84500 Luçon. Tél. : 02 51 56 20 87. Fax : 02 51 56 20 90.

**21 janvier 2000.** Paris. Journée sur le thème : *Adolescentes Adolescents-secrets et confidents*. Renseignements : Colette Thévenin, ASM 13 ERP, 11 rue Albert Bayet, 75013 Paris. Tél. : 01 40 77 44 48. Fax : 01 45 83 28 77.

**21 janvier 2000.** Saint-Etienne. Colloque organisé par le service de Psychiatrie de l'enfant de l'Hôpital Bellevue au CHU de Saint-Etienne sur le thème : *La pratique des visites médiatisées*. Contacts, inscriptions : Association GROUPIJ, Secrétariat de pédopsychiatrie, CHU de Saint-Etienne, Pavillon 20, 42055 Saint-Etienne Cédex 2. Tél. : 04 77 42 77 46. Fax : 04 77 42 04 61.

**29 janvier 2000.** Paris. Journée organisée par l'Association Française de Psychiatrie sur le thème : *Repenser la psychiatrie de liaison*. Renseignements : AFP, Annie Triniac, 147 rue Saint Martin, 75003 Paris. Tél. : 01 42 71 41 11. Fax : 01 42 71 36 60. E-mail : psy-spfafp@wanadoo.fr.

**1er février 2000.** Paris. Journée de formation continue sur le thème : *Logement associatif et psychiatrie de secteur*. Renseignements : Fédération d'Aide à la Santé Mentale Croix-Marine, 31 rue d'Amsterdam, 75008 Paris. Tél. : 01 45 96 06 36. Fax : 01 45 96 06 05.

**3 et 4 février 2000.** Bordeaux. 11<sup>ème</sup> Congrès de l'Association ANCRE-PSY sur le thème : *Mutations sociales, cliniques remaniées et diversités thérapeutiques*. Renseignements : Secrétariat du Dr Bernard Antonioli, CH Charles-Perrens, 121 rue de la Béchade, 33076 Bordeaux Cédex. Tél. : 05 56 56 34 33. Fax : 05 56 56 17 02. Communications libres à adresser à : Dr Dominique Brengard, CMP, 12 rue Chomel, 75007 Paris. Tél. : 01 42 22 70 70. Fax : 01 42 22 33 58.

**2 et 3 mars 2000.** Toulouse. 5<sup>èmes</sup> Journées du CERP/IRSEA sur le thème : *(Dés)obésité et droits humains : de la psychopathologie à l'anthropologie*. Information et proposition de Communication : A. Kiss et J.L. Sudres, Maison de la Recherche, CERPP, 5 allée Antonio Machado, 31058 Toulouse Cedex. Tél. : 05 61 50 37 38. Fax : 05 61 50 37 45.

**14 mars 2000.** Limoges. Colloque sur le thème : *Le syndrome démentiel. Etat actuel des connaissances sur les diagnostics, traitements*. Renseignements : CIPA, 13 rue Louvrier-de-Lajolais, 87000 Limoges. Tél. : 05 55 77 27 66.

**17 mars 2000.** Sceaux. 5<sup>ème</sup> Journée Scénario organisée avec le soutien de la Clinique Dupré, la Municipalité de Sceaux et l'EPS Erasme sur le thème : *Vivre le temps à l'adolescence. Illusions et réalité*. Renseignements et inscriptions : Secrétariat de la Journée, Madame Doret, VI<sup>e</sup> Intersecteur, 81 rue Prosper Legouté, 92160 Antony. Tél. : 01 46 74 31 72. Fax : 01 46 74 31 78.

**21 au 24 mars 2000.** Villeurbanne. X<sup>e</sup> cours sur *Les techniques de soins en psychiatrie de secteur : les portes du soin*. Renseignements : Santé Mentale et Communautés, 136 rue Louis Becker, 69100 Villeurbanne. Tél. : +33 (0)4 72 65 75 00.

**24 et 25 mars 2000.** Lyon. 11<sup>èmes</sup> Journées de l'Association francophone d'étude et de recherche sur les urgences psychiatriques, organisées conjointement avec l'Association de formation et de recherche des cellules d'urgence médico-psychologique, sur le thème : *Psychiatrie d'urgence et action humanitaire*. Renseignements : Secrétariat, Université Claude Bernard Lyon 1, Laboratoire de Médecine Légale, Pascale Siauvaud, 8 avenue Rockefeller, 69373 Lyon Cédex 08. Tél. : 04 78 78 56 12. Fax : 04 78 78 56 23.

**30 et 31 mars 2000.** La Rochelle. Congrès National de l'Association Scientifique des Psychiatres de Secteur sur le thème : *Les conduites à risque. Normalité ou pathologie ?* Renseignements et inscriptions : Dr J. A. Meynard, Secteur III. Hôpital Marius-Lacroix, 208 rue Marius-Lacroix, 17022 La Rochelle. Tél. : 05 46 45 60 90. Fax : 05 46 45 60 20.

**6 et 7 avril 2000.** Béziers. X<sup>es</sup> Rencontres nationales de périnatalité de Béziers : *Le maintien des liens à l'épreuve des réseaux obstétrico-pédiatriques*. Renseignements : Madame Badiola, Béziers Périnatalité, Association Jean Gailhac, 38 Bd d'Angleterre, 34500 Béziers. Tél. : +04 67 49 87 05. Fax : +04 67 09 02 36.

**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>.

**12 au 15 avril 2000.** Montpellier. Journées de neurologie de langue française. Organisation générale, renseignements et inscriptions : 6 Bd du Général Leclerc, 92115 Clichy Cédex. Tél. : 01 41 06 67 70. Fax : 01 41 06 67 79. E-mail : b-c-a-@worldnet.fr. Site internet : [www.b-c-a-fr](http://www.b-c-a-fr).

**5 et 6 mai 2000.** Montpellier. Journées régionales de thérapie comportementale et cognitive/Languedoc-Roussillon sur le thème : *Trouble panique, agoraphobie et troubles anxieux : évolution des concepts et des thérapies*. Renseignements et inscriptions : Secrétaire scientifique, Pr J.-Ph. Boulenger, Hôpital de la Colomnière, 39 avenue Charles Flahaut, 34295 Montpellier Cédex 5.

**12 et 13 mai 2000.** Paris. 1<sup>er</sup> Congrès Européen de Gynécologie-Obstétrique Psychosomatique sur le thème : *Les femmes et ses médecins dans l'Europe du 3<sup>ème</sup> millénaire*. Renseignements : Prime-time - Média-médical, 9 av de la République, 75011 Paris. Tél. : 01 48 05 72 72. Fax : 01 48 05 71 72.

**12 et 13 mai 2000.** Reims. Société Française de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. *Crise(s) et pédopsychiatrie*. Renseignements : secrétariat du Pr G. Schmit, Service de Psychothérapie de l'Enfant et de l'Adolescent, Hôpital Robert Debré, CHU de Reims, av du Général Koenig, 51092 Reims Cédex. Tél. : 03 26 78 72 19. Fax : 03 26 78 84 46.

**LILLY ET LE SAMU SOCIAL DE PARIS  
LANCENT UNE ÉTUDE SUR  
LA PRÉVALENCE DE LA  
SCHIZOPHRÉNIE CHEZ LES  
SANS-ABRI**

Les Laboratoires Lilly et le Samu Social de Paris viennent de démarrer une étude cherchant à estimer la prévalence de la schizophrénie chez une population de personnes sans-abri. Cette étude sera menée dans quatre centres d'accueil du Samu Social de Paris (Montrouge, Cochin, hôpital Saint-Michel à Saint-Mandé et le Centre Corentin-Celton d'Issy-les-Moulineaux) pendant six mois. Au total, 1 000 personnes présentes le jour de l'enquête dans l'une des structures d'accueil, âgées de plus de 18 ans, acceptant un recueil anonyme et informatisé des données les concernant, seront incluses dans l'étude, l'objectif étant d'obtenir un échantillon de patients schizophrènes d'environ 60 à 100 personnes. Cette étude constituera une première étape dans une réflexion pour une meilleure prise en charge des pathologies psychiatriques des populations exclues. Elle s'inscrit dans le cadre du partenariat entre Lilly et l'Observatoire du Samu Social de Paris. Lancé le 12 avril dernier, cet Observatoire a pour vocation d'observer les phénomènes d'errance, d'établir une typologie des publics, de repérer leur trajectoire et d'analyser les besoins et les indicateurs sociaux en vue de faire des propositions aux pouvoirs publics. ■

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