

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° 2 - Tome XIII - Mars 2000

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

Jean Artarit*

Robespierre, les lettres de cachet et la folie

LIVRES

Médecin-chef à la prison de la santé

Véronique Vasseur
 Le Cherche Midi éditeur

Ce livre est un livre-témoignage, courageux, qui rompt de façon éclatante le silence concernant les dysfonctionnements de notre système pénitentiaire. De ce point de vue, le moins que l'on puisse dire est qu'il a atteint son but, en espérant qu'il sera suivi d'effets, au delà de son retentissement médiatique. Il s'agit aussi d'un acte inscrit dans un engagement de soins au sein d'un milieu institutionnel où la règle échappe au soignant, ce qu'il faut assumer pour soigner au mieux, soigner autant qu'on le peut. Cela, Véronique Vasseur l'exprime parfaitement : « *J'aime cet endroit chargé de beauté, de souffrance, de misère, peuplé de fantômes. C'est un endroit qui vous fait fuir ou qui vous attache. Rien n'est pire que l'indifférence. J'aime la population disparate, pleine de fantaisie, de malice et de créativité. Dans la solitude de l'enfermement, les masques tombent et les rapports humains sont plus vrais et plus riches qu'à l'extérieur* ».

G. Massé

Psychopathologie de la périnatalité

Jacques Dayan
 avec la collaboration de Gwenaëlle
 Andro et Michel Dugnat
 Masson

La psychiatrie périnatale, discipline en plein essor, trouve dans cet ouvrage une synthèse des travaux internationaux sur le sujet abordé dans ses dimensions clinique, épidémiologique et psychodynamique. Les principaux troubles psychiques contemporains de la grossesse et du post-partum sont analysés, qu'ils surviennent *de novo* ou constituent une modalité évolutive de pathologies psychiques chroniques. Les conséquences sur le développement de l'enfant, ainsi que le retentissement maternel des principales complications obstétricales ou néonatales sont ensuite examinées. Le lecteur trouvera exposés les concepts utilisés en psychiatrie (dépression du post-partum, parentalité,...), les récentes méthodes de travail (unités d'hospitalisation mère-enfant, psychiatrie de liaison périnatale,...) et les principales options thérapeutiques. Des vignettes cliniques complètent les données épidémiologiques des divers troubles.

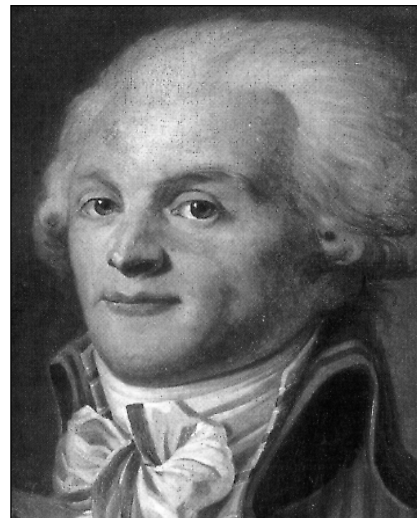
Existe-t-il un emblème plus éclatant de la tyrannie de l'Ancien Régime que les lettres de cachet, ces lettres au cachet du roi contenant un ordre d'exil ou d'emprisonnement sans jugement ? La prise de la Bastille, la formidable forteresse où l'on enfermait les victimes du système, marque le début de la Révolution, et les Français ont choisi comme fête nationale son anniversaire. Pourtant, dans la deuxième partie du XVIII^e siècle, si les lettres de cachet recouvrent bien une pratique attentatoire aux droits élémentaires de la personne humaine, elles sont loin de contribuer exclusivement au maintien d'un pouvoir politique despotique. Elles servent avant tout l'intérêt des familles, qui en demandent de plus en plus fréquemment la mise en œuvre. Robespierre, qui participe également, et de manière éminente, au mythe révolutionnaire, a eu, d'abord comme avocat puis en tant qu'homme politique, à débattre des lettres de cachet. Derrière des positions a priori idéologiques ne retrouve-t-on pas des choix dictés par sa problématique personnelle ?

LES LETTRES DE CACHET À LA FIN DE L'ANCIEN RÉGIME

Certes les lettres de cachet demeurent un instrument au service du pouvoir royal. Mais les prisonniers politiques sont de moins en moins nombreux. Par contre, en augmentation à l'époque du règne de Louis XVI, elles sont devenues un expédient facile pour la Police, qui peut grâce à elles contourner les lenteurs et les labyrinthes de la Justice. Surtout, comme l'a montré Michel Foucault, elles sont l'arme absolue de l'ordre familial, non seulement des familles privilégiées (on pense à la famille - ou plutôt à la belle famille - du Marquis de Sade), mais en premier lieu des familles des classes populaires. Elles s'en servent pour mettre hors circuit les déviants, et aussi pour échapper à la honte que les peines infamantes encourues par certains de leurs membres feraient rejaillir sur tous. Pourtant « cette pratique de l'internement⁽¹⁾... suscite le mécontentement de ceux qui en sont victimes », entraîne aussi « l'inquiétude de ceux qui pourraient en devenir l'objet » et « la méfiance de ceux qui en usent ». Les lettres de cachet subissent une offensive généralisée de la part des porte-parole de l'opinion publique, mais également des Parlements, qui, en voulant en prendre le contrôle, s'efforcent d'affaiblir le gouvernement. Celui-ci tente alors de mettre un peu d'ordre dans les régimes de détention et, en mars 1784, le Ministre de la Maison du roi, Breteuil, responsable de la Police, rédige une circulaire dans laquelle il impose une réglementation de la durée des emprisonnements. La circulaire distingue trois catégories de détenus⁽²⁾ :

- d'abord « les prisonniers dont l'esprit est

aliéné, et que leur imbécillité rend incapables de se conduire dans le monde, ou que leurs fureurs y rendraient dangereux » ;
 - en second lieu « ceux qui, sans avoir trouble l'ordre public par des délits, sans avoir rien fait qui ait pu les exposer à la sévérité des peines prononcées par la Loi, se sont livrés à l'excès du libertinage, de la débauche et de la dissipation » ;
 - enfin « ceux qui ont commis des délits ou des crimes que la Justice, si elle en eût pris connaissance, eût puni par des peines afflictives et déshonorantes pour les familles ».



Comme on le voit, c'est la toute puissance de la famille, associée à la toute puissance royale, qui se trouve ainsi affirmée. En effet, si dans le premier cas on observe une volonté de défendre la sécurité publique, en même temps qu'un souci de protéger les aliénés, choses légitimes et attendues de l'Etat, dans les deux autres cas il ne s'agit que de satisfaire au désir des familles, s'opposant aux tentatives de liberté sexuelle et tentant de protéger leur patrimoine, tandis qu'elles s'efforcent de soustraire leurs membres à la honte des condamnations pénales. Malgré les essais de réforme, les lettres de cachet, symbole honni et redouté de l'absolutisme, sont condamnées ; elles vont disparaître en même temps que la monarchie absolue.

L'AFFAIRE DUPOND PLAIDÉE PAR ROBESPIERRE, AVOCAT À ARRAS

Dans les mois qui précèdent la réunion des Etats Généraux, Maître Maximilien de Robespierre soutient un procès qui illustre de façon magistrale la question des lettres de cachet. Sa plaidoirie de 93 pages, imprimée à Arras en 1789, paraît sous le titre de *Mémoire pour le Sieur Louis-Marie-Hyacinthe Dupond, détenu pendant 12 ans dans une*

prison, en vertu de Lettres de cachet, interdit durant sa captivité, spolié par une suite de vexations qui embrasse le cours de plus de 20 ans (3). Ce sera la dernière affaire de la carrière du « praticien d'Arras », et l'on peut d'ailleurs se demander s'il ne l'a pas surtout soutenue en raison de sa très forte résonance politique.

L'affaire judiciaire débute en 1784, instruite devant diverses juridictions, elle arrive, par le jeu des appels, en décembre 1788, devant le Conseil d'Artois, où Robespierre devient le défenseur de Dupond. Mais les faits remontent à 1774. Cette année-là, Hyacinthe Dupond est enfermé « par ordre du roi » dans la maison de force d'Armentières, d'où il ne sortira qu'en 1786. Fils puîné et orphelin d'un fermier de la région d'Hesdin, il s'est engagé à dix-sept ans, en 1745, au régiment de Rohan-Rochefort. Déserteur, condamné par contumace, passé au service de la Suède puis du Danemark, enfin amnistié, il réapparaît en Artois en 1771. Ce retour inattendu dérange visiblement les membres de sa famille, qui se sont emparés de diverses successions, sans tenir compte de lui. Son frère, procureur à Arras, qui a fait main basse sur l'héritage de leurs père et mère, le reçoit dans sa maison. C'est, semble-t-il, le moins qu'il puisse faire, mais cette intrusion n'est guère du goût de son épouse. Hyacinthe Dupond, à quarante-trois ans, après vingt-six ans de vie militaire, n'est peut-être pas d'un commerce facile ; pourtant la cohabitation avec son frère et sa belle-sœur se maintiendra trois ans, jusqu'en 1774. Cependant, rien ne va plus lorsque l'ancien soldat, à la suite d'une querelle avec son hôte, quitte Arras et engage une action en justice aux fins de récupérer son héritage. La cause se présente favorablement pour le plaignant, si favorablement, peut-on penser, qu'à ce moment son frère, le procureur, présente au Ministre une requête demandant qu'il soit « renfermé dans une maison de force ». C'est-à-dire qu'il sollicite du pouvoir royal une lettre de cachet dans l'intérêt de la famille.

On est frappé par la pauvreté de l'argumentation développée dans la demande d'enfermement. Hyacinthe Dupond y est accusé d'avoir, dès son enfance, fait preuve d'une « méchanceté de caractère » et de s'être très vite adonné à la boisson. Depuis son retour tout cela s'est, paraît-il, confirmé, mais aucun fait précis n'est apporté. Tout se borne à une énumération bien imprécise : « *Conduite scandaleuse ; crapule basse et honteuse ; habitude, devenue une seconde nature, qui ne change point le coupable (?) ; parfait ivrogne, brutal, furieux, jureur, blasphémateur, libertin qui néglige les conseils de sa famille affligée d'un membre honteux* ». Quelques parents triés sur le volet confirment ces dires, et le Subdélégué d'Hesdin, parent des accusateurs, leur « prête sa plume ». L'assigna-

LIVRES

Guide pratique et juridique de l'adoptionMaya Barakat-Nuq
Ed Grancher

Ce petit guide est bienvenu pour aider les personnes envisageant l'adoption : il est clair et bien documenté, il pose des repères permettant ce « parcours du combattant » à la (parfois légitimement, parfois exagérément) fâcheuse réputation. Il mérite donc sa place sur la table de chevet de celles et ceux s'appropriant à se lancer dans ce voyage d'un genre particulier, fait de démarches administratives précédant l'aventure pleine d'inattendus (agréables ou moins agréables) qu'est la « recherche de l'enfant ». Peut-être, toutefois, le rôle des associations et œuvres privées, dans leur possibilité d'épauler (dans le meilleur des cas) les parents potentiels, aurait-il pu être mieux souligné et précisé tant il est vrai que le meilleur des guides ne remplacera jamais les rencontres, les échanges, et cette forme de partage (de questionnements, d'informations surtout) qu'appelle la démarche vers l'adoption, surtout dans un domaine où les changements (en particulier pour l'adoption internationale) sont rapides. Mais le *Guide de l'adoption* a tout le mérite d'informations précises et claires, jalonnant un itinéraire simple, nécessairement ouvert à des tas d'inconnu(e)s.

Claire et Christian Flavigny

Les troubles anxieux Approche cognitive et comportementaleRobert Ladouceur, André Marchand et Jean-Marie Boisvert*
Masson

Cet ouvrage québécois décrit chacun des différents troubles anxieux : phobie spécifique, phobie sociale, trouble panique sans agoraphobie, trouble panique avec agoraphobie, trouble obsessionnel-compulsif, stress post-traumatique et anxiété généralisée. Chaque chapitre contient la description clinique d'un trouble (épidémiologie, étiologie, critères diagnostiques du DSM-IV, diagnostics différentiels, comorbidité, etc.) ; les principales méthodes et instruments d'évaluation ; un ou plusieurs modèles explicatifs du trouble ; des stratégies thérapeutiques concrètes et efficaces ; les résultats les plus récents concernant les études contrôlées ; et enfin, la description et la gestion d'un cas.

*avec la collaboration de L. Bertrand, I. Boivin, P. Brillion, M.-J. Dugas, M. Freeston, G. Leblond, P. Leblond, S. Morier, J. Rhéaume

De l'hermétisme de Lacan Figures de sa transmissionJorge Baños Orellana
Traduction de Annick Allaire-Duny
Editions E.P.E.L.

Jorge Baños Orellana convoque Umberto Eco, James Joyce, Balthazar Gracian, Louis de Góngora - et quelques autres - et pour peu que le lecteur français accepte de se prendre ludiquement pour un psychanalyste de Buenos Aires chez qui Lacan débarque - avec ses *Ecrits*, ses séminaires, ses vidéos, ses images et ses mythes - il trouvera dans ce livre, au travers d'anecdotes et de réactions cocasses à l'enseignement de Lacan, la description raisonnée de quatre figures majeures qui, selon l'auteur, caractérisent la transmission lacanienne (pas seulement en Argentine) : une réécriture kitsch produisant Lacan à la portée de tous, un jargon s'attachant à mimer le style de Lacan, une glose s'employant à la résolution des énigmes et une réaction académique néo-classique.

ROBESPIERRE (suite)

tion de Dupond contre ses parents est du 7 octobre 1774, et le 5 décembre suivant le procureur obtient la *lettre de cachet*, qui arrête une action qui s'apprête à rétablir l'emprisonné dans ses droits successoraux. La facilité et la rapidité avec lesquelles les parents ligués ont réussi leur coup, permet à Robespierre de s'écrier : « *Citoyens il vous est permis de vous alarmer* ». En effet ! En 1784 le frère de Hyacinthe Dupond, le procureur d'Arras, meurt. Les autres parents, ses complices, font interdire le prisonnier. Mais, peut-être par un heureux effet de la circulaire de Breteuil, à la suite d'une requête de trois autres parents en sa faveur, Dupond, en novembre 1786, recouvre la liberté. Il intente alors des actions en dommages et intérêts, où Robespierre intervient.

UN PROCÈS EXEMPLAIRE

Exemplaire, ce procès l'est à plusieurs titres. D'abord on se trouve devant une description claire et précise de la procédure aboutissant, par la mise en œuvre d'une *lettre de cachet*, à l'enfermement de quelqu'un. Elle illustre, d'autre part, de façon terrible, le pouvoir des familles, en cette fin du XVIII^e siècle. Il y a un côté criminel dans cette séquestration arbitraire, car ses auteurs se débarrassent avant tout d'un gêneur qui menace de reprendre les biens dont ils se sont indûment emparés. Mais ce gêneur est également un personnage turbulent et scandaleux par son intempérance. C'est aussi un marginal : parti au sortir de l'adolescence s'engager dans l'armée, déserteur, au service de lointains pays étrangers, son destin, dans l'esprit des parents - des petits bourgeois assurément comme il faut - restés au pays et ayant suivi le chemin traditionnel, aurait dû s'achever quelque part en Europe, comme s'était achevé d'ailleurs celui d'un troisième frère, également soldat, disparu après Fontenoy. Et puis qu'attendre d'un célibataire, propre seulement à dissiper un patrimoine dont déjà l'entente familiale a désigné les héritiers. On est bien dans la deuxième catégorie d'internement définie par Breteuil : celui qui intervient dans l'intérêt des familles en raison de l'excès de la « débauche » et peut-être surtout de la « dissipation ».

Cependant, plusieurs points évoquent aussi la première catégorie, celle des aliénés. Il est question, on l'a vu, de troubles du caractère et de la conduite, remontant à l'enfance et à l'adolescence. D'autre part les habitudes de boisson paraissent avérées, accompagnées de leur cortège de bruyant désordre. Mais évidemment il n'y a là aucun élément qui permette de classer Dupond parmi ceux qui présentent une « maladie de l'esprit », comme les « frénétiques » ou les « maniaques »⁽⁴⁾. Il faudra attendre la demande d'interdiction, après dix ans de détention, pour que d'autres troubles soient évoqués. Il est présenté alors comme « tout à la fois -furious et faible d'esprit », sans d'ailleurs que ses gardiens puissent ajouter d'autres griefs que ceux d'être « dangereux et capable d'exciter des cabales ». Quelques années auparavant, toutefois, le responsable de la maison d'Armentières, dans une lettre à son frère, qualifie ainsi le détenu : « *C'est un furieux, qui n'a ni religion, ni raison, ni entendement, ni sentiment, qui ne cherche qu'à assassiner* ». Un mélange des genres sans qu'il ne soit, une fois encore, fait état d'aucun fait précis. Au total on est assez surpris des hésitations dont font preuve, au sujet de son état mental, ceux qui veulent perdre Dupond et obtenir son enfermement. Serait-il plus facile d'alléguer « le libertinage, la débauche et la dissipation », que l'aliénation, pour se procurer une *lettre de cachet* ?

Le mémoire de Robespierre se montre également exemplaire sur un autre point. On y assiste à une dénonciation ardente de ce *Grand Renfermement*, générateur pour tous de la barbarie. Le défenseur de Dupond annonce d'ailleurs, dès son exorde, son intention de « *révéler des mystères odieux dont la connaissance peut être salutaire à ses concitoyens* ». La maison de force d'Armentières est tenue par une congrégation d'hommes, fondée dans cette ville en 1615 : la Congrégation des Frères pénitents du Tiers Ordre de Saint François. Les *Bon-fils*, les appelle-t-on. Voici comment les présente Robespierre : « *des hommes de la lie du peuple, qui, guidés par un instinct vil et cruel, se vouent à des fonctions que leurs pareils mépriseraient, trop heureux d'acheter, à ce prix, une opulence subite* ». Il leur prête deux maximes très simples : « *nourrir peu ou mal* » les prisonniers, et « *mettre tout en œuvre pour perpétuer leur captivité* ». Recevant des aliments dont ne voudraient pas les animaux, astreints à des travaux dont tout le profit revient à leurs geôliers, les enfermés sont l'objet de traitements cruels. Ainsi Hyacinthe Dupond, pour avoir refusé les « corvées humiliantes, qu'on lui imposait », aurait été « *durant une longue suite d'années* » plongé dans, un cachot étroit, « *humide et infect* », « *chargé de fers* », sur « *une couche de paille* ». Une rebuffade lui aurait valu de graves sévices et ses blessures auraient mis sept semaines à cicatriser. Tout cela n'apparaît malheureusement que trop vraisemblable. Après une visite à la maison de force d'Armentières, en 1779, le Subdélégué de Lille n'écrit-il pas à son confrère d'Hesdin, à propos de Dupond ? : « *Je répugne, mon cher confrère, à faire remettre le prisonnier dans la chambre où je l'ai trouvé lors de ma première visite, parce que réellement il est inhumain de traiter ainsi son semblable* ». Et, quelques mois plus tard, au moment où l'Assemblée Nationale remet en cause les vœux monastiques et l'existence des congrégations, Augustin Robespierre, qui a repris le procès abandonné par son frère, élu député, écrit à ce dernier : « *Je vous prie de proposer à l'Assemblée Nationale de prendre sous sa sauvegarde la dénonciation des plus horribles forfaits commis journellement par une congrégation de scélérats. Un bon-fils persécuté par ses confrères pour avoir montré un peu d'humanité, est venu me faire le tableau des scènes affreuses qui se passent dans l'enceinte de ces maisons infernales. Les assassinats y sont multipliés ; les jours de ce malheureux sont en péril, parce qu'il est soupçonné d'avoir découvert leurs monstrueux mystères* »⁽⁵⁾.

ROBESPIERRE ET LES LETTRES DE CACHET

Lorsque Maximilien Robespierre rédige le Mémoire pour Hyacinthe Dupond, il est âgé de trente ans et est inscrit au barreau d'Arras depuis sept⁽⁶⁾. Il s'y est fait connaître par plusieurs importantes plaidoiries, dont la plus célèbre reste celle du *Procès du paratonnerre*. Mais son parti pris de se faire le défenseur des opprimés, pas toujours aussi exemplaires que Dupond, sa volonté de rompre avec les usages de civilité de la profession, souvent gages de compromission ; son obstination à dénoncer les injustices et les abus de la société d'Ancien régime, l'ont mis petit à petit en marge du milieu judiciaire. Le moins que l'on puisse penser, c'est qu'il fait tout pour cela, et récemment, en mars ou avril 1788, il a fait paraître un libelle anonyme, dirigé contre ses confrères, à première vue très excessif, où il apparaît persécuté, persécuteur et surtout amèrement dépressif. Pourtant, il semble garder l'amitié et l'admiration de beaucoup, comme celles de l'avocat Buisson, ou celles du remarquable Secrétaire de l'Académie d'Arras, Dubois de Fossez⁽⁷⁾. Quoi qu'on ait pu dire, son élection aux Etats généraux sera la reconnaissance de la considération que lui portent ses concitoyens arrageois, de toutes les classes.

Il n'est pas étonnant de constater que dans l'exercice de sa profession il se soit, avant l'affaire Dupond, trouvé confronté à des situations où il est question de *lettres de cachet*. En 1784, dans une cause qu'il soutient contre les *Grand Prieur et Religieux de l'Abbaye d'Anchin*⁽⁸⁾, l'adversaire de son client est un moine licencieux qu'on vient d'enfermer « par ordre du roi ». Or, dans son mémoire, Robespierre approuve manifestement l'emploi de cette *lettre de cachet*. Son désir de voir la vertu triompher du vice, l'amène à faire bon marché de la liberté individuelle, et de toute façon, pour lui, la Loi ne peut qu'être subordonnée à cette même vertu, qu'il affirmera un jour « *naturelle au peuple* »⁽⁹⁾. Mais en ces premiers mois de 1789 tout a changé, Robespierre, en phase totale avec le formidable souffle qui parcourt le royaume, s'est lancé dans l'action politique à corps perdu. Il vient de rédiger son adresse *A la nation Artésienne, sur la nécessité de réformer les Etats d'Artois*, dans la ligne du *Qu'est-ce que le Tiers Etats* ? de Sieyès. Comme nous l'avons dit, s'il choisit de défendre cette cause, c'est avant tout parce qu'elle se situe dans le droit fil de ses préoccupations de l'heure. Aussi, son mémoire prend dans les vingt dernières pages les accents du discours

(suite page 8)

SANTÉ MENTALE FRANCE :
déclaration commune

La Fédération d'aide à la santé mentale Croix Marine, la Ligue française pour la santé mentale, l'Union nationale des amis et familles de malades mentaux (UNAFAM), l'Association française de psychiatrie (AFP), la Conférence nationale des présidents des CME des CHS, la Fédération nationale des associations de patients et ex-patients en psychiatrie (FNAP-Psy), réunis au sein de **SANTÉ MENTALE France** après avoir pris connaissance des mesures présentées par le Premier Ministre au Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH) du 25 janvier 2000 se félicitent des orientations générales prises, MAIS notent que le handicap psychique, conséquence de la maladie mentale n'a pas été explicitement pris en compte dans ses spécificités, notamment en relation avec la dimension des soins et de l'accompagnement social. Or, il s'agit d'un problème qui concerne un nombre très important de personnes. Les associations vont demander que ce handicap psychique fasse l'objet d'un rapport parlementaire analogue à celui qui a été fait sur le droit des sourds. ■

Pour la Fédération Croix-Marine : Dr Clément Bonnet
Pour la Ligue de santé mentale : Dr Pascal Bourdon
Pour l'Unafam : M. Jean Canneva
Pour l'AFP : Dr Simon-Daniel Kipman
Pour la Conférence nationale : Dr Alain Pidolle
Pour la FNAP-Psy : Mme Claude Finkelstein

La troisième édition de Psychiatrie Clinique est arrivée*

Pour la troisième édition du manuel de référence québécois, un grand nombre de psychiatres et de spécialistes québécois mais aussi européens, sous la direction de Pierre Lalonde, Jocelyn Aubut et Frédéric Grunberg, ont été associés à la rédaction des 85 chapitres touchant aux diverses psychopathologies décrites classiquement dans les manuels de psychiatrie et à leur traitement, ainsi qu'à certains aspects actuels et controversés de la clinique psychiatrique.

Le premier tome est dès maintenant disponible. Pierre Lalonde, à cette occasion, précise les particularités d'une démarche dont il a été un des principaux maîtres d'œuvre.

Nervure : Quelle est la place de « Psychiatrie clinique: une approche bio-psycho-sociale » au Québec ?

Pierre Lalonde : Depuis 1980, ce manuel en est à sa troisième édition et il marque donc la psychiatrie québécoise depuis 20 ans. Il a servi à former plus d'une génération de médecins et de psychiatres, mais il a aussi permis à la psychiatrie québécoise de se définir tant il est vrai que l'écriture est un lieu de réflexion par excellence. Un tel manuel a été également l'occasion, pour certains psychiatres québécois, de conceptualiser leur travail qui apparaît souvent situé à l'interface des psychiatries nord-américaine et européenne. Ces deux courants de pensée se sont amalgamés au Québec puisque nombre de psychiatres se sont inspirés de ce qui se fait, tant en Europe qu'aux Etats-Unis, pour compléter et enrichir leur formation.

Ce manuel est aussi un ouvrage pédagogique et il constitue la base de la formation des étudiants en médecine et des résidents en psychiatrie (vous diriez internes en France). Il représente aussi un outil de référence pour de nombreux praticiens généralistes et psychiatres. Il offre tout aussi bien une information accessible et pratique à d'autres professionnels (psychologie, sciences infirmières, ergothérapie, etc...). Facile à lire, ce livre rend la psychiatrie compréhensible et accessible même pour le profane, sans pour autant négliger la rigueur scientifique.

N. : Quelle est la conception de la psychiatrie véhiculée par cet ouvrage ?

P. L. : Depuis des années, le modèle bio-psycho-social s'est imposé en Amérique du Nord, tant dans les aspects étiologiques des maladies que dans les interventions thérapeutiques. L'approche bio-psycho-sociale éclectique sert de trait d'union dans la diversité des perspectives (biologiques, psychiques et sociales) et permet de concilier, en une synthèse cohérente, des données complémentaires pour une meilleure compréhension du comportement humain normal et pathologique. Il se base aussi sur d'autres thèmes ou valeurs tels la rigueur scientifique, la pratique basée sur la preuve (*evidence based psychiatry*), l'empathie, l'humanisme, le respect du malade, l'éthique, la multidisciplinarité. Il préserve le rôle spécifique du psychiatre et une approche globale du malade, qui tient compte de la variété de ses besoins et de l'ensemble des outils mis à contribution pour son diagnostic, son traitement, sa réadaptation ou sa réhabilitation.

N. : Pourquoi mettre un tel accent sur cette approche bio-psycho-sociale ?

P. L. : Les Français pourront nous accuser de pragmatisme à l'américaine sur ce point. Ceci étant dit, il est clair que la réalité clinique quotidienne et les données de la science imposent le maintien de ce choix. Les patients sont diversifiés non seulement dans leurs psychopathologies mais également dans leurs antécédents, leurs déficits, leurs forces, leurs capacités d'adaptation et leur environnement social. Et la psychiatrie doit continuellement prendre en compte tous ces aspects à la fois. Les connaissances doivent être au service du patient et non du narcissisme médical. Donc, la réalité des patients, nos connaissances et la multiplicité des outils diagnostiques et thérapeutiques imposent le modèle bio-psycho-social qui mériterait encore d'être mieux théorisé. Il ne doit pas s'agir simplement d'un collage, mais d'une véritable intégration des trois composantes.

N. : Comment a été conçue une collaboration accrue avec la France, la Suisse et la Belgique ?

P. L. : L'évolution de la psychiatrie québécoise au cours des dernières années et la multiplicité des échanges entre le Québec et l'Europe francophone ont ouvert la voie à une nouvelle ère de collaboration. En outre, les problèmes des finances publiques sont universels et affectent particulièrement les populations les plus vulnérables, comme les malades mentaux. La réflexion en commun sur ces problèmes et sur des solutions mises en place dans divers pays ont agi comme facilitateurs. Il apparaît plus utile de comparer les questionnements et les réponses que de rester prisonniers de conceptions théoriques. La mobilité de psychiatres québécois comme l'installation en Suisse de François Borgeat, mon séjour sabbatique en France ou les visites fréquentes de Jocelyn Aubut en Europe ont permis d'établir des ponts de collaboration fructueuse avec des psychiatres européens. Gérard Massé a servi, en particulier, d'intermédiaire efficace dans cette coopération.

N. : Une synthèse de la pensée psychiatrique francophone et anglo-saxonne est-elle possible, et si oui comment ?

P. L. : Une telle synthèse est possible. Par exemple, on trouve, pour chaque psychopathologie décrite dans ce manuel, un tableau comparatif des critères diagnostiques du DSM-IV (Etats-Unis) et de la CIM-10 de l'OMS. On assiste donc déjà à l'amorce d'une telle synthèse en offrant des points de comparaison quant aux modes de pratique entre le Québec qui subit une forte influence américaine et anglo-saxonne et les pays de

l'Europe francophone qui s'en maintiennent à distance. Ce n'est là cependant qu'un premier pas. Il y aurait lieu d'intensifier les échanges France - Québec - Amérique par des congrès mixtes. Il existe déjà certaines approches dans cette voie. Cependant, il y aurait lieu de mener une réflexion en profondeur sur ce sujet par des textes réalisés par des spécialistes tant de la clinique que de l'épistémologie de la psychiatrie. Il ne s'agirait plus seulement de comparer des manières de pratiquer la psychiatrie, mais de confronter les fondements de la psychiatrie d'un côté et de l'autre de l'Atlantique.

N. : Pourquoi une telle inflation de chapitres dans cette dernière édition ?

P. L. : La première édition (1980) contenait 39 chapitres. La deuxième édition (1988) a été augmentée à 48 chapitres. Cette troisième édition atteint 85 chapitres répartis en deux tomes avec pour le tome I : *Introduction à la psychiatrie, Syndrome cliniques* et pour le tome II : *Spécialités psychiatriques, Traitements psychiatriques, Sciences fondamentales, Sujets d'actualité*.

On peut relever trois raisons à une telle augmentation. D'abord l'explosion des connaissances, particulièrement en neurosciences mais aussi dans d'autres domaines de recherche en psychiatrie, nécessitait d'être mise en évidence. Ensuite, la psychiatrie s'est complexifiée de par ses implications dans des champs de plus en plus spécialisés (expertises, nouvelles approches thérapeutiques, réhabilitation, etc.). Enfin, l'enrichissement de ce manuel par la contribution de psychiatres de la communauté européenne francophone a fait augmenter le nombre de chapitres. En effet, chaque section du manuel est maintenant complétée par un chapitre écrit par des auteurs français.

N. : Dans une telle mise à jour des connaissances, des choix ont sans doute été nécessaires ?

P. L. : Toutes les pathologies et l'ensemble des techniques thérapeutiques ont été abordées de manière équitable, sans parti pris pour une école théorique plutôt qu'une autre, ce qui pourra sans doute choquer une partie de la psychiatrie française qui est encore souvent fortement inspirée par la psychanalyse. Très certainement les psychiatres français noteront que la psychanalyse n'a pas de prépondérance dans cet ouvrage sur d'autres conceptualisations.

L'autre choix qui a été fait concerne l'espace. La plupart des sujets abordés auraient pu être développés, de manière beaucoup plus extensive. De toute évidence, il a fallu limiter les auteurs et les amener à livrer l'essentiel de leur propos dans des limites raisonnables pour un tel ouvrage. Enfin, un dernier choix a été d'ordre pédagogique. Il s'agit d'un livre destiné à une clientèle variée, étudiants en médecine, résidents, médecins, psychiatres et autres professionnels. Nous avons demandé aux auteurs d'être didactiques tant au niveau de la forme que du contenu.

N. : Peut-on parler d'un pôle francophone de la psychiatrie ?

P. L. : Pas encore, mais les choses évoluent dans le bon sens. Comme dans les autres activités scientifiques ou culturelles, les américains occupent un espace majeur. Cependant ce manuel avance d'un pas dans la bonne direction puisqu'il permet de réunir la psychiatrie francophone autour d'une élaboration conceptuelle et d'une dialectique commune. ■

G.M.

* P. LALONDE, J. AUBUT, F. GRUNBERG, 1999, *Psychiatrie clinique : une approche bio-psycho-sociale*, Tome 1 Montréal, Gaëtan Morin éditeur.

LIVRES

L'expertise médico-légale et la question de la responsabilité

Gilbert Ballet

Préface de D. Zagury

L'Harmattan

Le rapport de Gilbert Ballet au *Congrès des Médecins Alliés et Neurologistes de France et des Pays de Langue Française*, réuni à Genève le 1^{er} août 1907, fait partie de ces travaux régulièrement cités dans les ouvrages de psychiatrie légale mais peu lus. Ce n'est pas le moindre mérite de cette réédition que de permettre à un plus large public de se plonger à la source même de ce texte, suivi d'un débat passionné entre praticiens prestigieux, dont l'intérêt pour la mise en perspective historique des rapports médico-judiciaires et pour la compréhension de l'actualité médico-légale est tout à fait clair. Gilbert Ballet n'avait pas tort : c'est bien autour d'un glissement conceptuel extrinsèque à la clinique et concernant la responsabilité que s'est totalement recomposé l'espace médico-judiciaire.

Le concept trop flou de « démence » devait être d'emblée déplacé, par les psychiatres commis aux expertises, vers le sens d'aliénation ou de « maladies mentales ». Mais l'estimation du médecin ne saurait faire qu'avis pour le Tribunal, et non force de décision. Et si, après la circulaire Chaumié, certains cliniciens acceptèrent de se prononcer sur la « responsabilité » du prévenu ou de l'accusé, bien d'autres praticiens déclinèrent cette attribution de compétence qui leur était offerte pour trancher, dira Ballet, une « question d'ordre métaphysique et non d'ordre médical »... Loin d'être devenus obsolètes, les débats soulevés par ce propos retrouvent une pleine actualité avec l'embaras social, judiciaire et psychiatrique sur les mesures à prendre, du « traitement pénal » à la psychiatrie et aux prises en charge psychologique des transgresseurs, abuseurs et criminels sexuels, particulièrement dans leur variété pédophilique.

Résoudre les conflits dans les établissements sanitaires et sociaux

Jean-René Loubat

Dunod

De banales tensions aux crises les plus graves, beaucoup d'établissements sanitaires et sociaux sont traversés par des conflits institutionnels, d'autant que la période actuelle d'intenses changements exacerbe les contradictions. Ces conflits peuvent paralyser la vie professionnelle, empoisonner le climat, démotiver les personnes, voire menacer l'existence même des établissements. Prenant en compte le contre-pied de la conception traditionnelle du conflit comme « dysfonction de l'organisation », Jean-René Loubat aborde celui-ci comme un mode de communication qui exprime la recherche d'identité des acteurs dans ce « théâtre incertain », et parfois à hauts risques, que représente l'*institution*. Quêtes de reconnaissance, guerres de territoires et de statut, stratégies de pouvoir et luttes d'influence, mais aussi démotivation et peur de l'incertitude, en constituent les ingrédients dramaturgiques fondamentaux. Partant de ses observations et interventions de terrain, l'auteur propose une compréhension pluraliste de conflits, intégrant les apports de l'éthologie, de la sociologie, de la psychologie sociale et écologique, ou encore de l'analyse institutionnelle et de l'approche systémique.

LIVRES

L'enfant instableMaurice Berger
Dunod

Pour qui a à prendre en charge des enfants instables, la situation est cruellement dichotomique. Il faut, en effet, s'en référer à une des théories en vigueur : ou bien l'instabilité est liée à un désordre cérébral minimal dont l'origine serait génétique, et le traitement de la Ritaline s'impose ; ou bien il s'agit d'une pathologie liée à des interactions défectueuses, d'une défense (en particulier maniaque ou psychotique) contre une souffrance psychique et l'abord doit être psychothérapeutique de première intention. Maurice Berger est parti de ce constat pour se forger sa propre « trousse à outils » de thérapeute. Il a étudié une population de soixante enfants instables évalués et traités dans son service (CHU de Saint-Etienne). Le protocole a évalué les (im)possibilités de symbolisation des enfants concernés et leur a proposé trois modalités de traitement en fonction de leur symptomatologie : pour ceux exprimant un trouble de façon uniquement corporelle, un abord psychomoteur (avec supervisions rapprochées des psychomotriciennes) était mis en place ; pour ceux qui pouvaient nouer un dialogue, une psychothérapie avec des aménagements particuliers. Pour enfants se situant entre les deux, des groupes thérapeutiques ont été instaurés. Il s'agissait à chaque fois de mettre en place la meilleure solution possible pour prendre l'enfant là où il en était de sa difficulté à se construire des représentations internes. Des exemples cliniques et de suivi thérapeutiques sont présentés et montrent les difficultés archaïques de l'enfant à se construire une individualité psycho-corporelle. Pour certains enfants, on est très près des conceptions de Gérard Szwec sur les procédés auto-calmands. Pour d'autres, l'instabilité paraît liée à un holding défectueux ou à une difficulté à être seul en présence de l'autre. Enfin, cet ouvrage est d'une lecture d'autant plus agréable qu'il fait part d'une recherche clinique en cours et qu'il invite à une réflexion sur les théories trop réductionnistes ; citons, entre autres, la reconsidération des hypothèses génétiques, de la simplification qui consiste à ne voir en l'instabilité qu'une défense maniaque des thérapies familiales comme voie d'abord unique de ce trouble.

Michel Sanchez-Cardenas

La fièvre des achats**Le syndrome des achats compulsifs**

Jean Adès et Michel Lejoyeux

Les Empêcheurs de penser en rond

A qui n'est-il arrivé d'acheter, sans véritable besoin ni envie, quelque objet inutile, par désœuvrement, ennui, remède dérisoire à une morosité passagère, et d'en éprouver très vite le regret, parfois de s'en sentir coupable ? Cet « achat pour l'achat », répondant à une nécessité interne, diffère de l'acquisition nécessaire et quotidienne, contrôlée par le besoin réels, des biens de consommation. Il n'est guère difficile d'opposer le premier au second. L'achat « remède », souvent suscité par un sentiment de tristesse ou de frustration, accompli dans une euphorie relative, relève de la consolation plus que de la consommation. Certains, face aux difficultés, aux conflits, aux contraintes, se précipitent sur les achats comme d'autres sur la nourriture, le jeu, la sexualité ou, bien sûr, l'alcool ou la drogue.

La non-demande

« Je souffre d'une effroyable maladie de l'esprit. Ma pensée m'abandonne à tous les degrés. Depuis le fait simple de la pensée jusqu'au fait extérieur de sa matérialisation dans les mots. Mots, formes de phrases, directions intérieures de la pensée, réactions simples de l'esprit, je suis à la poursuite constante de mon être intellectuel. Lors donc que je peux saisir une forme, si imparfaite soit-elle, je la fixe dans la crainte de perdre toute la pensée. Je suis au-dessous de moi-même, je le sais, j'en souffre, mais j'y consens dans la peur de ne pas mourir tout à fait ».

Correspondance avec Jacques Rivière

Antonin Artaud

« Il y a ceux qui ouvrent des portes avec leur langue mais la muraille épaisse du monde pèse sur eux et jamais ce n'est le côté de l'ouverture. Ils ne se plaignent pas et on ne les plaint pas. Le monde est rempli d'agonisants qui vivent ».

Antonin Artaud

(cité par Jacques Hassoun)

Introduction

Un vieillard dans un centre d'accueil frappe. Même confiné à son fauteuil roulant, il frappe et injurie sans distinction les bénéficiaires et les soignants. Il est particulièrement redoutable envers quiconque, tente de nettoyer sa chambre encombrée d'aliments avariés qu'il y amoncelle.

Une dame si âgée qu'elle en a depuis longtemps perdu le compte, appelle toute la journée à l'aide : et que l'on vienne, et que l'on ne la quitte pas. Est-ce parce qu'elle se sait si vieille, sèche et noueuse qu'elle adopte le ton de la supplique ? « Vas-t'en pas », répète-t-elle inlassablement. « Vas-t'en pas ». Sa voisine de chambre elle, erre toute la journée dans le corridor en quête d'une sortie. Elle pénètre dans toutes les chambres au risque de se faire brutaliser par leurs occupants. Elle marche sans jamais se reposer, jusqu'à l'épuisement : « Où est la sortie ? » « S'il-vous-plaît, pouvez-vous me dire comment sortir ? », « Où est la porte ? », « Il est temps que je reparte ». Personnage beckettien. Ces situations sont typiques et elles motivent souvent l'équipe soignante et la famille à demander une consultation psychiatrique en centre d'accueil. Il est rare que la demande émane du patient lui-même. Parfois les limites du tolérable sont franchies. Untel provoque le dégoût : ce sont des vomissements qu'il entasse dans sa chambre. Un autre, furieux, mais avec un éclair de lucidité dans les yeux, lance sa couche pleine de selles au visage du soignant (cette fois l'on devra faire appel au service d'aide aux employés pour offrir un soutien au personnel).

La non-demande

La clinique qui nous intéresse ici est celle des patients le plus souvent âgés, en perte d'autonomie, atteints de troubles cognitifs importants ou de démence et vivant en centre d'accueil. C'est ce qui explique qu'il est difficile de concevoir une demande d'aide, psychothérapeutique ou autre provenant des patients eux-mêmes. Ce sont les soignants ou la famille qui veulent quelque chose : éliminer les symptômes qui dérangent ou rendent impossible la dispensation des soins, essayer de revenir à un fonctionnement antérieur plus acceptable, diminuer les tensions, les bruits, les altercations qui menacent de rompre l'équilibre psychique de chacun. Très souvent on espère trouver une solution du côté des médicaments psychotropes. Or, de nom-

breuses études démontrent que leur efficacité en pareilles situations est, au mieux, légère à modérée et pour certaines catégories de troubles de comportement, elle est à peu près nulle^(1,2,3).

En tant que psychiatres-consultantes, nous nous trouvons coincées entre la non-demande du malade et un entourage qui, bien souvent, nous réclame ce que nous ne pouvons offrir. Ces deux réalités, en apparence contradictoires, annulent toute possibilité d'intervention qui ne viserait qu'une élimination des symptômes et nous obligent à modifier nos objectifs et à détourner notre attention vers une autre scène, celle de la réalité psychique des malades et, par extension, celle de leurs aidants. Nous faisons ainsi ce que Philippe Meire a appelé le « pari du sujet ».

« Pour exercer ce travail avec un sentiment de dignité et de valeur, il est primordial de ressentir, au-delà des apparences végétatives ou déficitaires, la rencontre d'un sujet ou d'une personne. Ces expériences sont précieuses pour les soignants qui font le pari du sujet et ne veulent pas réduire leurs patients à des organismes malades.

Nous croyons que ce pari est un postulat éthique et réunit tous ceux qui se préoccupent de psychothérapie des démences. Ces soignants se refusent à considérer la symptomatologie du patient sur un mode uniquement déficitaire, révélateur de l'atteinte de l'objet-cerveau »⁽⁴⁾.

Notre propos ne sera pas tant de cerner cette prise de position sur le plan éthique que d'explorer les facteurs psychodynamiques qui sous-tendent ce « pari du sujet ». Nous nous tournerons du côté de Winnicott qui décrit comment la mère fait, en quelque sorte, le pari du bébé.

Retour sur la théorie Winnicottienne du développement précoce chez l'enfant

Winnicott, d'abord pédiatre puis psychanalyste, a élaboré une théorie du développement de l'enfant fondée sur l'observation directe des nourrissons et de leur mère. Plus précisément, il s'agit du nourrisson soutenu, manié et raconté par sa mère. À ces données de base s'ajoutent l'observation indirecte provenant du traitement psychanalytique d'adultes de tous âges ayant été des enfants et des nourrissons et qui, à la faveur de régressions induites par ce traitement, vont faire retour sur des modes de pensée plus archaïques.

Winnicott en vient à concevoir que le bébé, à un stade de « dépendance absolue » à sa mère et à son environnement, est constitué d'un « moi » qui consiste simplement en une « élaboration imaginaire de parties, de sensations ou de fonctions somatiques »⁽⁵⁾. Tout chez l'enfant pendant converge en direction de la croissance et du développement d'un état psychique unifié. Cette unification psychique se fonde sur l'accomplissement d'étapes cruciales que sont l'intégration, la personnalisation et les débuts de la relation d'objet. Chacune de ces étapes exige la collaboration étroite de la mère. En effet, l'intégration des différents noyaux du moi est rendue possible par la fonction maternelle de « holding » qui est à la fois soutien physique et psychique.

« L'enfant s'appuie au départ totalement sur la présence de la mère qui « a l'enfant à l'esprit » et fait ainsi pratiquement partie de son fonctionnement psychique. Le soutien fourni par la mère comprend toute la routine de

soins quotidiens adaptés à l'enfant et a fondamentalement un rôle de protection (la mère en tant que pare-excitations) contre les expériences qui pourraient être angoissantes ou traumatisantes. Le soutien est principalement à la base de l'intégration du moi en un tout unifié. »⁽⁶⁾

La personnalisation, elle, implique « l'installation de la psyché dans le soma » que Winnicott désigne aussi par le terme de « collusion psychosomatique ». C'est une acquisition lente et difficile pour la psyché d'en arriver à habiter ou à investir le corps en entier comme résidence du moi. Cela va permettre au bébé de distinguer le « moi » du « non-moi » (me, not-me), de préciser ses notions d'intérieur et d'extérieur et d'élaborer un schéma corporel. Ces tâches sont facilitées par cette autre fonction maternelle décrite par Winnicott qu'est le « holding », traduit par le terme « maniement ».

« Le terme désigne les soins physiques et utilitaires donnés à l'enfant (par exemple soins de toilette, habillage), mais aussi les soins affectifs et gratuits (caresses, contacts cutanés, etc.). La mère manie ou manipule le corps de l'enfant, de sorte que sont satisfaits les besoins psychologiques, mais aussi que se constitue une intériorité et des limites corporelles. Le maniement favorisera la personnalisation et la collusion psychosomatique »⁽⁶⁾.

Finalement, Winnicott décrit aussi les débuts de la relation d'objet. Au début, l'enfant ne peut distinguer ce qui vient de l'intérieur et ce qu'il rencontre à l'extérieur. Par exemple, le bébé a faim, la mère lui présente le sein qui est exactement ce dont le bébé avait besoin et le désir est si parfaitement exaucé que le bébé en vient à croire que c'est lui qui a créé ce sein qui satisfait si complètement son désir. Le fantasme et la réalité coïncident et la mère laisse cette expérience de toute-puissance se dérouler. Graduellement, au cours d'expériences successives d'allaitement, le bébé éprouvera inévitablement de la frustration (le sein n'est pas toujours là au bon moment) et, la maturation intellectuelle aidant, il en viendra à réaliser que le sein vient de l'extérieur et appartient à quelqu'un d'autre. Cet autre se précise, est doué d'attributs et possède une volonté propre. C'est une autre personne, distincte de lui-même, avec qui le bébé doit dorénavant composer.

Éventuellement Winnicott dégage la notion de « soi » qui, au début de la vie, n'avait aucune pertinence. C'est une acquisition ultérieure qui permet au bébé d'utiliser par exemple l'entendement pour « observer ce que les autres voient, éprouvent et entendent, et ce qu'ils se représentent lorsqu'ils sont en présence de son petit corps »⁽⁷⁾.

Du vieillard à l'enfant : l'impossible retour

Les observations de Winnicott sur le couple mère-enfant lui ont permis de dégager un mode de fonctionnement inscrit sous la primauté des processus primaires, sans égard pour le principe de réalité et qui met en jeu un ensemble de représentations archaïques et de relations d'objet primitives. La sénescence, les états démentiels et diverses autres pathologies du cerveau, sont un terrain propice pour la re-émergence de ce genre de fonctionnement psychique qui était dominant durant la toute petite enfance. Cela ne veut pas dire pour autant que l'on doive assimiler la vieillesse à l'enfance.

« Il ne s'agit absolument pas de confondre ces patients avec des enfants. Ils ont momentanément perdu contact avec la perception du temps mais sont capables d'y retourner pour peu qu'ils retrouvent, comme dit Le Gouès, la possibilité d'une restitution de l'objet interne. S'ils effectuent une

régression topique, ils n'en sont pas moins inscrits dans un trajet de vie qui n'est pas à mésestimer. »⁽⁹⁾

Ce sont plutôt les relations mère-enfant et soignant-sujet âgé qui justifient la comparaison en termes de holding, de handling et de relation d'objet.

Une histoire à raconter

Le dément, ou tout autre patient souffrant de destructuration identitaire, est à entendre dans un récit contextualisé par la famille et les soignants. Eux seuls sont en mesure de le resituer dans un « trajet de vie » à l'aide de repères chronologiques, de données autobiographiques, d'anecdotes, de faits saillants, de secrets de famille. Sans eux, l'on pourrait paraphraser Winnicott en disant qu'« un dément, ça n'existe pas ».

Mme Jeanne L., âgée de 81 ans, fut admise en centre d'accueil parce que, souffrant de maladie d'Alzheimer depuis de nombreuses années, elle était en perte d'autonomie. Les services de maintien à domicile ne suffisaient plus à la tâche et ses deux filles ne pouvaient être suffisamment présentes. Quant à son mari, il était décédé des suites d'une cirrhose alcoolique plus de trente ans auparavant.

Le personnel soignant demande une évaluation psychiatrique car il n'arrive pas à faire en sorte que la patiente cesse de faire marcher, jusqu'à épuisement, une autre bénéficiaire. En effet, Mme L., bien que souffrant d'importants troubles cognitifs, est physiquement en très bonne santé et semble aimer marcher toute la journée dans les couloirs de l'institution. Le problème est que Mme L. a pris l'habitude de toujours déambuler en compagnie de cette autre dame, Mme B., qu'elle surnomme « ma fille ». Elle est convaincue que cette dame, pourtant octogénaire, est sa fille âgée de 4 ou 5 ans et qu'elle doit veiller sur elle toute la journée, surveiller ses repas, sa routine de soins et surtout l'emmener par la main partout où elle va. Mme L. est souriante, semble profiter de cette activité physique et mange avec un tel appétit que l'on a dû augmenter ses portions de nourriture. Mme B. est beaucoup plus frêle, trop passive et trop confuse pour s'opposer à Mme L., même lorsqu'elle semble en proie à une fatigue extrême et c'est ce qui in-

quiète les soignants. Bien entendu, toutes les tentatives d'essayer de convaincre Mme L. que cette dame n'est pas sa fille ont été vaines. Nous rencontrons Mme L. dans sa chambre. Comme elle refuse de se séparer de Mme B., elle l'assoit sur une chaise à côté d'elle avec du jus et des biscuits en guise de collation. Visiblement heureuse d'avoir ainsi satisfait les besoins de sa « fille », elle consent à répondre à nos questions. Sur son enfance, elle est avare de mots, semblant ne pas vouloir fouiller sa mémoire pour évoquer ce lointain passé. Elle répond plus volontiers à des questions concernant sa vie adulte : un mariage difficile et un époux alcoolique résume-t-elle de façon laconique. Lorsqu'elle aborde le sujet de ses filles, cependant, elle s'anime : elles ont été bien nourries, bien vêtues, sont allées à l'école et elle s'en est bien occupée. Elle semble s'être épanouie dans son rôle de mère et nous confirme cette hypothèse. Cela la ramène à sa préoccupation maternelle actuelle : sa « fille » a terminé sa collation et elle met fin à l'entretien pour aller faire une « marche » avec elle.

Dans un deuxième temps, nous poursuivons l'évaluation auprès d'une des filles de Mme L. Celle-ci nous apprend que sa mère a eu une enfance difficile. Son père alcoolique n'arrivait pas à subvenir aux besoins d'une famille nombreuse et les enfants furent dispersés : certains furent accueillis par de lointains parents et d'autres furent placés à l'orphelinat, ce qui fut le cas de Mme L. Elle fut donc élevée par les religieuses jusqu'à ce qu'elle soit en âge d'aller travailler comme couturière en manufacture à la ville la plus proche. Après quelques années, elle revint dans son village natal, et c'est à ce moment qu'elle fit la connaissance de l'homme qui allait l'épouser. Son mari était effectivement un buveur invétéré doublé d'un coureur de jupons. Elle donna naissance à deux filles et nous ne saurons jamais à quelles ressources elle a puisé pour réussir à protéger ses filles. Ces dernières se souviennent en effet d'elle comme étant assez forte pour tenir tête à leur père lorsqu'il le fallait et assez souple pour maintenir un équilibre familial minimal. Les filles ont déjà quitté le domicile familial lorsque survient le décès prématuré du père qui libère Mme L. d'un terrible fardeau : celui d'avoir eu à taire le secret de la naissance d'une fille illégitime survenue avant son mariage. Suivront quelques années durant lesquelles elle s'activera à mettre en branle les démarches destinées à retrouver sa fille. Suivront les années passées à attendre un signe, un appel, une manifestation de cette enfant connue des entrailles seulement. L'attente déçue et le temps qui passe semblent avoir raison de la détermination de Mme L. et l'on croit à la résignation facilitée par une mémoire défaillante. Simple atermoiement, dirions-nous, à la lumière du comportement récent de Mme L. Comme c'est souvent le cas, la famille nous demanda de ne pas trop étaler cette histoire au dossier mais fut d'accord pour que nous en discutions les grandes lignes avec ses principaux soignants. Point n'est besoin ici de savantes formulations psychodynamiques pour que l'on soit en mesure de dégager un sens aux comportements de Mme L. et d'en percevoir leur singularité de même que leur valeur de réparation sur le plan psychique. Il est maintenant possible de s'identifier à Mme L., d'éprouver de l'empathie pour elle, et de mieux prévoir et structurer ses agirs. À l'instar de la mère Winnicottienne, les soignants sont en mesure d'entrer en résonance avec les besoins physiques et émotionnels de la patiente. L'équipe n'insista plus pour que nous prescrivions des médicaments psychotropes susceptibles de ralentir son activité psychomotrice. L'on profita de l'arrivée d'une nouvelle venue, grande marcheuse aussi, pour l'installer à proximité de la chambre de Mme L. et elle devint sa compagne de marche, laissant ainsi un répit à Mme B.

Le dément, ses proches et ses soignants

Le dément partage avec le bébé de Winnicott une dépendance très grande et parfois absolue aux individus présents dans son environnement, qu'il s'agisse des gens de sa famille ou des soignants qui s'en occupent. L'histoire de Mme L. illustre l'importance vitale de retrouver le fil d'une histoire ou, à tout le moins, quelques-uns de ses fragments pour que l'entourage puisse « ressentir au-delà des apparences végétatives ou déficitaires, la rencontre d'un sujet ou d'une personne »⁽⁴⁾. Cela permet à la famille et aux soignants d'assurer le soutien psychique nécessaire pour maintenir l'intégration psychologique à un niveau optimal. Par exemple, si Mme L. se sent trop près de la réaction catastrophique lorsqu'elle n'est plus en présence de sa « fille », l'on pourra, dans l'échange verbal, la resituer en tant que mère au moyen de quelques données autobiographiques.

Ce genre de préoccupation pour le vécu du dément n'est pas sans rappeler la capacité qu'a la mère de se préoccuper de son bébé et c'est ce qui fait dire à Winnicott qu'elle a « l'enfant à l'esprit ». Cette capacité permet à l'entourage d'assurer une présence physique plus efficace lorsque le patient est soutenu, manié, soigné : l'on peut supposer que cela contribue à mieux délimiter ce qui vient de l'intérieur et ce qui vient de l'extérieur et aide à raffermir le schéma corporel.

Finalement, on peut espérer que ce souci de l'autre permettra aux aidants naturels ou professionnels non seulement de prévoir la satisfaction des besoins de base (le dément a besoin d'être nourri, lavé dans des délais appropriés, doit se sentir entouré dans un environnement sécuritaire, etc.) mais également de cerner son monde objectif en tant que sujet désirant pour assurer de ce côté-là aussi une certaine satisfaction (il s'agit ici de mieux comprendre l'expression du désir qui se manifeste derrière les troubles de comportement et d'errance avec une autre bénéficiaire).

Au-delà de la satisfaction, même temporaire, des désirs et des besoins, est restituée la possibilité qu'a l'individu de s'éprouver comme sujet à part entière, capable de se réinventer sans cesse dans son rapport à l'autre. Si tous nos efforts doivent tendre vers le maintien de cet élan vital et créateur chez le dément, il faut aussi être capable graduellement d'y renoncer. En effet, si l'enfant est animé d'une formidable poussée de croissance qui fait que tout converge vers une plus grande intégration, la réalité du dément est inverse : le temps et la pathologie font que ses capacités d'élaboration vont en s'amenuisant. Deuil inévitable qui peut être particulièrement pénible pour l'entourage qui a pleinement conscience de ce processus.

Conclusion

Les comportements perturbateurs des patients en centre d'accueil sont une source de tension, d'inquiétude et de frustration. Pour donner un sens à ces agirs, pour que se produise une véritable rencontre, il nous faut tenter de reconstruire une histoire comme nous l'avons fait pour Mme L.

Les histoires de vie des personnes atteintes de déficits cognitifs ont été utilisées de diverses façons pour humaniser les soins. Taillefer et collaborateurs par exemple, ont recours à des rappels autobiographiques comme stratégie de diversion pour éviter les réactions catastrophiques lors de la dispensation des soins d'hygiène⁽⁹⁾. Pietrukowicz a mené une étude intéressante démontrant que l'attitude des soignants vis-à-vis des troubles de comportement des bénéficiaires d'un centre d'accueil, était meilleure lorsqu'ils appartenaient au groupe dont l'histoire de vie était laminée

sur le dessus du dossier⁽¹⁰⁾. Elle n'a cependant pas étudié si l'amélioration des attitudes se traduisait par un changement dans la relation aux patients ou dans la façon de dispenser les soins.

Dans un tout autre ordre d'idée, un courant de la bioéthique, l'éthique narrative, s'attarde à reconstruire l'histoire d'un patient en utilisant le plus d'informateurs ou de sources d'information possible dans le but d'en broser un tableau multidimensionnel. Cela permettra aux intervenants, soignants ou médecins, de se projeter dans le trajet de vie d'un individu donné et d'en déduire quelles pourraient être ses volontés face à des décisions de fin de vie^(11,12).

Notre approche diffère cependant de ces interventions en mettant l'accent sur le monde interne et la vie psychique du sujet âgé et de ses soignants. Nous espérons ainsi mieux contenir les affects et les agirs des patients dans une perspective winnicottienne. Ce faisant, nous tentons de maintenir le sujet au cœur de sa propre histoire tant et aussi longtemps qu'il s'y reconnaît.

En ce qui concerne Mme L., les mois passés et la démence progressa : son insistance à être toujours auprès de sa « fille » diminua, comme si sa réalité devenait plus floue. D'ailleurs, elle ne reconnaissait plus toujours ses propres filles. La destructuration psychique poursuivant son cours, nous avons imaginé que l'histoire de Mme L. s'effaçait doucement de son esprit et que le souvenir de ses filles était emporté au même rythme que sa conscience d'elle-même. ■

Suzanne Leclair*

*Centre hospitalier universitaire de Montréal.

Bibliographie :

- (1) L.S. SCHNEIDER, V.E. POLLOCK, S. LYNESS, *A metaanalysis of controlled trials of neuroleptic treatment in dementia*, J.Am. Geriatr. Soc., 38 :553-563, 1990.
- (2) B. YEAGER, L. FARNETT, S. RUZICKA, *Management of the behavioral manifestations of Dementia*, Arch. Intern. Med, vol. 155, Feb, 1995.
- (3) *Le traitement de l'agitation chez la personne âgée*, Conseil consultatif de pharmacologie du Québec. Info-médicament, N° 5, septembre 1995.
- (4) P. MEIRE, *Les Malentendus du sujet dément, Psychothérapie des démences. Quels fondements ? Quels objectifs ?*, sous la direction de M. Grosclaude, John Libbey Eurotext, 1997, Paris.
- (5) D.W. WINNICOTT, *L'esprit et ses rapports avec la psyche-soma, De la pédiatrie à Psychanalyse*, Payot, 1969, Paris.
- (6) DAVES et WALLBRIDGE, *Winnicott. Introduction à son œuvre*, P.U.F. 1992, Paris, p. 181-183.
- (7) D.W. WINNICOTT, *Intégration du moi au cours du développement de l'enfant, Processus de maturation chez l'enfant*, Payot, 1970, Paris.
- (8) C. CALECA, *Fragments d'élaboration à propos des psychothérapies des démences, Psychothérapie des démences. Quels fondements ? Quels objectifs ?*, sous la direction de M. Grosclaude, John Libbey Eurotext, 1997, Paris.
- (9) D. TAILLEFER, D. GENEAU, M.J. ROBITAILLE, A. MONAT, *Diversions stratégies in the management of catastrophic reaction during critical care in the Alzheimer patient*, Communication au III^e colloque de psychogériatrie, Avril 1997, St-Hyacinthe, Québec.
- (10) M.E. PIETRUKOWICZ, M.M. JOHNSON, *Using life histories to individualize nursing home staff attitudes toward residents*, Gerontologist 31 : 102-106, 1991.
- (11) B. MAHOWALD, *So many ways to think - An overview of approaches to ethical issues in geriatrics*, Clinics in Geriatric Médecine, 1994, vol. 10, n° 3.
- (12) A. DULA, *The life and death of Miss Mildred. An elderly black woman*, Clinics in Geriatric Médecine, 1994, vol. 10, n° 3.

LES RALENTISSEMENTS DU DÉPRIMÉ

Dans le cadre de la dépression, le ralentissement psychomoteur, en tant que sous-syndrome n'est pas si facile à repérer par les non spécialistes. C'est la raison pour laquelle les Laboratoires Pierre Fabre ont réalisé, sous la direction de Roland Jouvent (CNRS / Hôpital de la Salpêtrière, Paris), un film d'enseignement post-universitaire sur « *Les ralentissements du déprimé* ». Les signes physiques - le ton de la voix, la mimique, l'attitude, la façon de marcher ou de s'asseoir, l'asthénie -, mais aussi les signes psychiques - troubles cognitifs, de la mémoire, de l'attention, de la concentration, sont autant d'éléments évocateurs que Roland Jouvent explique et auxquels l'acteur Richard Berry donne vie.

Conçu pour être utilisé en animation des soirées de Formation Médicale Continue, mais aussi au cours d'enseignement universitaire, ce film permet à l'animateur des sessions de s'appuyer sur un support audio-visuel pour faire partager son expérience sur une sémiologie parfois difficile à identifier. Durant le premier semestre d'utilisation, (premier semestre 2000), dix à vingt mille médecins généralistes seront formés à l'aide de cet outil pédagogique. ■

B. L.

LIVRES

Psychosolutions**Comment résoudre rapidement les problèmes humains complexes**

Giorgio Nardone

L'Esprit du temps

Ce sont les meilleures intentions qui produisent les pires effets. Cette phrase d'Oscar Wilde traduit bien les mécanismes dysfonctionnels mis en œuvre par les individus face à leurs problèmes ; à savoir qu'ils tentent désespérément de les résoudre en appliquant toujours les mêmes stratégies, même et surtout si elles se sont révélées auparavant inefficaces. Au final, non seulement les situations ne s'améliorent pas, mais au contraire elles se figent ou se dégradent, aboutissant à un véritable cercle vicieux émotionnel et comportemental. A l'instar des théoriciens de l'Ecole de Palo Alto dont il partage les convictions, l'auteur, Professeur italien de Thérapies brèves, considère que les pathologies sont formées et entretenues par les actions dans lesquelles se lancent les individus alors même qu'ils tentent de résoudre leurs problèmes. Ce livre est une véritable mine de stratégies simples et efficaces, permettant de casser les cercles vicieux des comportements et de les transformer en « cercles vertueux », capables de jeter les bases d'un véritable changement. Les stratégies thérapeutiques qu'il nous propose s'appuient sur les approches systémiques et nous prouvent que des phénomènes en apparence irrationnels, tels que le paradoxe, la contradiction et l'autosuggestion peuvent être utilisés comme des outils rigoureux, susceptibles de résoudre les difficultés engendrées par les peurs, paniques, phobies, obsessions, anorexie, boulimie, dépression, timidité et autres phobies sociales.

Françoise Le Coz

Viellir et jouir**Feux sous la cendre**

Roger Dadoun et Gérard Ponthieu

Phébus

Ce livre, qui a pour objectif de décrire et d'analyser la condition des personnes âgées, met en relief la question de la sexualité, qui demeure toujours frappée d'interdits et d'inhibitions sévères, alors même que, comme le montrent avec force divers témoignages recueillis, celle-ci joue un rôle déterminant dans l'organisation de la personne, le goût de vivre et la perception du monde tels qu'ils évoluent avec l'âge. L'axe central des textes présentés est la « Nouvelle économie sexuelle », c'est-à-dire la manière dont l'existence individuelle, où se mêlent inextricablement image du corps, conscience de soi, relations avec autrui, activités, regard sur le monde et tant d'autres facteurs, se trouve bouleversée, remaniée, réorganisée à mesure que le sujet entre ou glisse dans la vieillesse.

Entre analyses et témoignages sont pris au vol quelques-uns des spectres qui hantent la vieillesse : amour et mort, perte, maladie, solitude, et espérance jusqu'en « Fin de partie ».

Le but recherché est atteint qui consiste à redresser les images par trop percluses que l'on propose couramment des « vieux ». Un grand espoir court à travers ces pages : l'espérance que des vieillesse autrement perçues, autrement vécues, autrement dites, pourraient offrir de précieuses ressources pour affronter de façon plus humaine, et, osons le terme, plus juvénile, les défis d'une civilisation secouée de turbulences et de crises.

Serge Tribolet : L'état limite est-il un concept psychanalytique ?

Jean-Jacques Rassial : C'est le point de départ de mon travail. On doit partir de deux ou trois constats. Le premier est qu'il s'agit d'un concept, une notion qui est née du côté de la psychanalyse. Elle n'est pas née, contrairement à ce que l'on croit, du côté de la psychiatrie, mais à partir du constat d'un certain nombre de difficultés dans la cure, constat fait par des psychanalystes. Mais cela ne décrit rien d'autre qu'un phénomène historique. Le deuxième constat, c'est que nous pouvons difficilement avec la psychopathologie freudienne, voire avec ses déploiements lacaniens, considérer l'état limite comme un concept qui serait identifiable à un diagnostic de structure, comme les trois grandes structures et les sous structures qui y sont associées : les névroses, les psychoses et les perversions. Le troisième constat, c'est que nous rencontrons dans la clinique, dans le cadre de la demande d'analyse, un certain nombre de sujets présentant des symptômes qui font que nous ne pouvons pas, d'un revers un peu dédaigneux, écarter la question de ce diagnostic. Je suis donc parti de cette difficulté : premièrement l'état limite n'est pas a priori un concept psychanalytique ; deuxièmement, nous rencontrons des sujets pour lesquels les diagnostics classiques semblent insuffisants à rendre compte de leur situation, de leur état ; et troisièmement, c'est dans les débuts de la cure que nous rencontrons un certain nombre de difficultés qui semblent être les mêmes que celles rencontrées par ceux qui ont développé ce concept d'état limite ou de « cas limite » selon l'expression de Green.

S.T. : Dans la théorie lacanienne, quelle est la place de l'état limite par rapport aux trois structures ?

J.J.R. : La place donnée traditionnellement par Lacan, ou les lacaniens, à l'état limite est assez simple à définir : elle n'existe pas. Si je me suis lancé dans cette réflexion, c'est aussi à partir de ce constat : les lacaniens, dans une fidélité à Lacan, ont écarté ce diagnostic. J'ai d'abord voulu affirmer que nous devions nous confronter à cette clinique. Nous ne pouvons pas simplement généraliser le fait que les états limites ne seraient que des structures mal définies.

Il est vrai que dans le champ de la psychiatrie, l'état limite sert à recouvrir toute une série de manifestations, rendant difficile la distinction. Je pense que la première opération que nous avons à faire, c'est de nous débarrasser de ces classifications ou au moins de les relativiser. Il est vrai, que dans un certain nombre de cas, des sujets qui nous sont adressés avec un diagnostic d'état limite sont en fait des hystéries graves ou correspondent à des structures psychotiques non décompensées. C'est l'idée classique rencontrée chez les lacaniens, que l'état limite n'est qu'une façon pour le psychanalyste d'éviter de se poser la question du diagnostic de structure.

Les états limites pour lesquels je confirmerais ce diagnostic sont d'un nombre nettement moins important que ce qu'on envisage souvent sous ce terme-là. Les deux catégories, psychose non décompensée et névrose grave, ne semblent pas toujours adéquates et il reste un nombre important de cas où le diagnostic d'état limite tient le coup.

Le deuxième pari que je fais, est de dire, même si Lacan jette ce diagnostic (bien qu'il en parle à un certain moment à propos de « l'homme aux loups »), que les signifiants de Lacan, ces outils qu'il nous a donnés, ou ces constructions mathématisées topologiques, sont des instruments dont nous disposons de façon privilégiée en tant que lacaniens, justement pour penser ces états limites. C'est ce que j'ai essayé de construire au fur et à

Le sujet en état limite

Entretien avec Jean-Jacques Rassial* par S. Tribolet. Texte établi par Sabine Rizk

mesure, en évitant ce qui est souvent une dérive un peu positiviste ou mécaniciste dans la lecture de Lacan.

S.T. : Pourquoi un tel succès ou un tel intérêt pour les états limites dans les nouvelles nosographies comme le DSM IV ?

J.J.R. : Il y a un élément négatif et un élément positif. La raison négative, c'est celle que j'évoquais à l'instant qui est, pour le dire un peu violemment, la paresse diagnostique. Avec l'enfant, par exemple, on connaît le succès du diagnostic de dysharmonie évolutive, diagnostic qui tend à se généraliser. Cela ne veut pas dire qu'il correspond à rien, mais simplement qu'il s'agit d'un diagnostic pass-partout utilisé le plus souvent pour éviter le tranchant du diagnostic. D'une certaine façon, cela peut être positif aussi le fait de ne pas enfermer le sujet dans un diagnostic. Par exemple, on sait très bien que souvent le diagnostic de psychose a une fonction de verdict, d'incurabilité. Je trouve heureux qu'on privilégie le diagnostic d'état limite par rapport à d'autres qui ont tendance à nous enfermer dans des catégories aliénistes.

Mais la deuxième raison est plus importante et plus essentielle. Il me semble que cet « état » du sujet, cet « état » de diverses structures correspond assez bien à ce qu'on constate dans la clinique du sujet moderne, voire post-moderne. J'ai trouvé très intéressant le point de départ du dernier livre de Roudinesco : aborder la question d'état limite à partir des dépressions du sujet moderne, à partir de « la mélancolisation du lien social ». L'invention de ce monstre méta-psychologique correspond à une clinique mais nous pose en même temps beaucoup de problèmes quant à son statut conceptuel : l'anxi-dépression.

D'un point de vue freudien strict, l'angoisse et la dépression n'appartiennent pas au même registre. L'angoisse est un affect - Lacan dit même que c'est le seul affect - et la dépression - je suivrais volontiers Mélanie Klein - est une position. Dans la sémiologie, on a découvert cette espèce de monstruosité clinique qu'est l'anxi-dépression ! Or il est bien vrai que la situation du sujet moderne dans l'état du lien social actuel, le met en état de ne pas trouver dans la logique même de chaque structure, les réponses, c'est-à-dire, les définitions possibles ou les moyens pour lui d'élaborer son fantasme, son rapport au monde, son rapport aux autres. Il me semble que de ce point de vue, le succès des états limites, succès paradoxal, est sans doute lié à une paresse diagnostique, mais aussi au constat que les états du sujet ont profondément changé avec notre lien social.

S.T. : A partir de cette réflexion sur l'état limite, vous proposez une réflexion sur l'idée d'« état » : est-ce une notion plus proche du symptôme ou plus proche de la structure ?

J.J.R. : La traduction française de « borderline » est une excellente traduction. Il me semble que le concept « d'état » est tout à fait intéressant pour dépasser le conflit entre structure et manifestation. Il ne s'agit pas d'une série de manifestations qui seraient réperables dans une classification. Il s'agit d'état de la structure. Les structures d'état, au sens où Lacan en parle, ne sont pas des figures idéelles, pures : on ne retrouve pas dans la nature des sujets construits de façon pure, sur le mode du « nœud borroméen » s'ils sont névrosés ou du « nœud de trèfle » s'ils sont psychotiques. On rencontre des

modes très tordus de façons d'être. Il me semble que nous ayons à affiner la psychopathologie lacanienne en prenant au sérieux la clinique topologique des « nœuds » en tant que modèle, bien que Lacan ne parlait pas de modèle, mais du réel de la structure.

Le concept d'état nous permet de rendre compte des variations d'une structure. On voit bien avec « l'homme aux loups » - princeps pour chacun des états limites - comment Freud pose un diagnostic de névrose obsessionnelle construite sur une phobie infantile. Lacan est très près d'un diagnostic de psychose : le sujet n'est pas psychotique, mais il pourrait l'être. Or ce qu'on peut constater c'est comment cet état du sujet est un état en permanence limite. Ce qui nous intéresse de plus près, une fois posé le diagnostic qu'on veut, ce sont les états, que prend cette structure. Cela nous renvoie à une clinique plus récente, celle des manifestations folles des névroses. On peut avoir des phénomènes hallucinatoires, voire quasi délirants, des phénomènes de folie où des sujets dont la structure est névrotique (par exemple, hystérique ou phobique), pendant un certain temps, sous l'effet d'un certain nombre de conjonctions, vont se trouver dans un état limite de la psychose.

S.T. : La sémiologie des états limites, comporte-t-elle des hallucinations ?

J.J.R. : La présence de phénomènes hallucinatoires voire délirants, est souvent un critère pour se poser la question, pour savoir si on a affaire, non pas à une psychose ou à une névrose, mais à un état limite d'une structure. Ceci en particulier par rapport à la clinique des adolescents et à celles des bouffées délirantes. Traditionnellement, on a deux types de bouffées délirantes : celles qui marquent un mode d'entrée en psychose, généralement sur un mode de schizophrénie, et celles qui sont isolées, qui ne vont pas empêcher le sujet de se structurer sur un mode névrotique. Ce que nous indiquent les traités de psychiatrie, c'est que pour différencier les deux, il y a un seul mode, c'est d'attendre. Si la bouffée délirante ne se répète pas et s'éteint d'elle-même au bout d'une quinzaine de jours, on avait affaire à une bouffée délirante sur une structure névrotique. Si elle se répète de façon insistante, on a affaire à une structure psychotique. Mais le diagnostic ne peut être posé que dans l'après-coup. Certaines de ces bouffées délirantes apparaissent à l'adolescence, avec un thème particulier qui est celui de la dysmorphophobie. Elles manifestent, évidemment, dans ce cas un état d'extrême difficulté de structuration du fantasme. Pour Freud, l'hallucination est la base même de la constitution de l'objet. Ce qu'on a dans les états limites c'est la constitution du fantasme. Lacan nous donne une formule universelle du fantasme : \$ ◆ a. Ce qui relie un sujet barré par le signifiant, sujet atteint par la langue, sur un mode qui lui est singulier, à un objet a, qui va constituer l'objet de son désir, c'est le poinçon ◆. Or, le sujet en état imite, défini par Kernberg de façon très juste, comme étant dans une relation anaclitique à l'autre, n'est pas en relation. Il existe comme un \$, sujet divisé par la langue, il construit bien une opération, mais ce avec quoi il établit une relation, ce n'est pas avec l'objet construit, puisque l'objet reste très près de l'objet halluciné, mais c'est avec l'Autre en tant qu'Autre barré, défaillant. Ce n'est pas une relation avec le grand Autre non-barré du psychotique, un Autre dont la figure serait essen-

tiellement maternelle, mais avec un Autre qui est lui-même barré. Ce qui est appelé relation anaclitique, c'est une relation à la défaillance de l'Autre, qui met en panne, en difficulté la constitution du fantasme, que le névrosé réussira ou que le psychotique ne réussira pas, puisqu'il laissera cet autre totalement intact. De ce point de vue, on peut comprendre la place assez singulière des phénomènes hallucinatoires dans les états limites. On est plus au près de ce que Green appelle phénomènes hallucinatoires négatifs : ne pas voir quelque chose, qui est pourtant là. J'ai essayé de prolonger cela dans mon livre, autour d'un point de difficulté de la théorie lacanienne, à savoir la distinction entre le réel et la réalité. Le sujet psychotique a laissé tellement de place au réel (selon Lacan, pour le schizophrène, tout le symbolique est réel), qu'il n'y a aucune place pour la réalité. Du côté du névrosé, le réel ne fait retour qu'à travers des expériences paradoxales, par exemple, celles de la maladie. Chez les sujets en état limite, le réel et la réalité coexistent en permanence, ce qui les met en situation d'extrême difficulté subjective.

S.T. : *Vous accordez une place importante au concept lacanien de sinthôme, pourquoi une telle importance ?*

J.J.R. : Lacan nous a donné des outils pour penser ces états limites, l'un d'eux étant le terme de sinthôme. Il faut revenir aux hésitations de Freud au départ, concernant le statut du symptôme. Dans la première topique, le symptôme est simplement une formation de compromis entre les pressions pulsionnelles d'un côté et la réalité de l'autre côté, c'est le lieu de conflit entre principe de plaisir et principe de réalité. A partir de la deuxième topique, le symptôme gagne un autre statut. Lacan va accentuer cette démarche dans ses derniers travaux, étant donné que cette classification rigide (névrose, psychose, perversion) ne tient plus le coup, en particulier dans son séminaire intitulé *Le sinthôme*. Qu'est-ce que le sinthôme pour Lacan ? Il a construit à ce moment, « le nœud borroméen » et « le nœud de trèfle », mais il constate que pour les sujets c'est plus compliqué que cela. Il nous dit que chacun de ces nœuds n'est pas facile à construire : le sujet se construit sur un certain mode du réel, du symbolique et de l'imaginaire, d'une manière différente selon la structure : soit comme des ronds distincts, cas du sujet névrosé, soit comme des espaces qu'un seul fil permettrait de décrire, cas du sujet psychotique. Avec la proposition de ce concept du sinthôme, l'idée c'est que chaque sujet, confronté à des épreuves (l'une des épreuves centrales étant celle de l'adolescence), va devoir se bricoler ce sinthôme, qui n'est plus à considérer comme formation de compromis avec son double statut contradictoire, paradoxal. Ce sinthôme est construit en second temps à partir de ce qui rate de la construction de la structure, mais en même temps, une fois qu'il est construit, il participe de la structure elle-même. Pour trouver un cas d'application de ce concept de sinthôme, reprenons « L'homme aux loups ». Freud a réussi à construire un sinthôme qui permet à « l'homme aux loups » de tenir, tant bien que mal, debout, de ne pas devenir complètement fou, ce sinthôme étant l'Oedipe. Freud donne au patient quelque chose qui fera pour lui office de sinthôme. Notre travail avec les sujets en difficulté d'organisation psychique consiste à accompagner cette construction du sinthôme.

S.T. : *Existe-t-il des spécificités sémiologiques de l'angoisse et de la dépression telles, qu'on les décrit dans l'état limite ?*

J.J.R. : Il est difficile de parler d'une sé-

miologie des états limites, puisque, précisément la sémiologie va correspondre aux structures, à partir desquelles se constitue l'état limite. Il faut plutôt voir à quoi servent l'angoisse et la dépression. Prenons la clinique des adolescents, Winnicott évoque un terme qui participe de la sémiologie « *Fear of Breakdown* », la crainte de l'effondrement, la peur de s'effondrer. C'est une situation d'angoisse très forte devant la peur de déprimer. On constate dans la clinique des adolescents qu'il y a un bon usage de l'angoisse et de la dépression. D'une part l'adolescent s'ennuie, il est plutôt du côté de la dépression et aura tendance à ce qu'on appelle « la prise de risque » : jouer à se faire peur, dans la logique suivante : « je m'ennuie, je ne sais pas quoi faire, je vais faire quelque chose, je vais me faire peur ». Une scène du film « *Pierrot le fou* » illustre cela : pour distraire Anna Karina, l'adolescente qui s'ennuie, Pierrot, joué par Belmondo va se « faire exploser » par erreur. Les adolescents ont souvent tendance à jouer à se faire peur : prise de risque, vitesse, actes délinquants, violence, ou sur un mode plus gentil, l'attrait pour les fêtes foraines, halloween ou les films d'horreur. L'autre versant par rapport à la dépression, c'est d'utiliser l'angoisse contre celle-ci. Ici, on a exactement la situation inverse. Devant une situation anxiogène, comme celle de l'examen, l'adolescent va dire « de toute façon, je suis trop nul, ça ne sert à rien, je ne l'aurais pas, ça ne vaut pas le coup que j'investisse, dans cet examen, donc je n'y vais pas... ». Le sujet ordinaire va alterner entre des manifestations d'angoisse, auxquelles il réagira avec ses outils dont la dépression, et des moments dépressifs où il réagira à se faire peur, avec son goût de l'aventure éventuellement. Mais il y a un certain nombre de sujets pour qui cette dialectique ne marche pas : ils réussissent cette performance d'être à la fois anxieux et en position dépressive. Au lieu de dialectiser les deux dans la dynamique du sujet ordinaire, ils vont conjuguer les deux à la fois, ils vont être en même temps, sur le même moment anxieux et dépressif.

S.T. : *Vous intitulez un chapitre de votre livre « la pseudo perversion ». S'agit-il d'une conduite ?*

J.J.R. : Je parle de la perversion non pas au sens d'une conduite perverse mais bien au sens de structure. C'est très difficile de réussir à être pervers. J'évoque dans mon livre une structure perverse, pas du tout état limite, d'un fétichiste de la chaussure. Toute son histoire est organisée autour du fait de faire porter à des femmes, d'abord une partenaire de prédilection ensuite avec des partenaires de rencontre, des chaussures pour les faire boiter. Son activité sexuelle consistait à se masturber et cela produisait chez lui la jouissance qu'il espérait. Pour trouver des combinaisons aussi simples psychologiquement, il faut toute une série de conditions difficiles. Le sujet névrosé, c'est celui qui n'a pas réussi à construire son fantasme sur un mode aussi simple, si bien qu'il est obligé de le refouler. La névrose, comme négatif de la perversion, est une idée qui doit être maintenue, à l'encontre de Green, qui lui construit les états limites en contestant ce rapport d'inversion entre névrose et perversion. Dans la pseudo perversion, on a affaire, dans ces états limites, à des engagements dans des conduites perverses qui ne sont pas la construction d'un scénario pervers, au sens strict du terme, et qui ne sont pas non plus, la soumission de pratiques perverses à un fantasme névrotique. Ils sont là, de façon privilégiée, à se mettre en statut d'objet pour le pervers, à être ceux qui vont répondre à la demande du pervers

de façon privilégiée, et sur un point en particulier : l'indécision sexuelle. Il y a une tentative de maintien de ce à quoi le sujet doit renoncer deux, fois : une fois dans sa petite enfance et une seconde fois dans l'adolescence, à savoir la bisexualité. Dans cette espèce d'éloge de la bisexualité, il y a quelque chose qui ne semble pas relever de la perversion au sens classique du terme, mais bien de ce que j'appelle pseudo perversion.

S.T. : *Dans votre pratique et dans votre ouvrage, vous faites référence à la cure analytique. Est-ce que la cure analytique est le temps privilégié pour l'étude des états limites ?*

J.J.R. : C'est à partir de l'expérience de la cure analytique que l'on peut poser un certain nombre de diagnostics d'état limite et nous avons tous été confrontés, en tant qu'analystes, à cette situation où nous croyons dans la première rencontre, avoir affaire à un sujet ordinairement névrosé. Puis la dynamique même de la cure, le caractère anaclitique du transfert, la difficulté pour le sujet à se confronter à toute expérience de dire concernant le fantasme, le fait que toute parole de l'analyste est entendue comme une intrusion subjective, nous ont fait basculer dans une autre approche diagnostique. Il ne s'agit pas de sujets psychotiques pour lesquels il y a eu effondrement psychotique du fait d'un diagnostic mal posé de névrose. Il s'agit d'une dynamique de la cure qui est à ce moment-là tout à fait particulière et spécifique. Des manifestations inquiétantes, liées à une mauvaise écoute de l'analyste - on est tous susceptible de mal entendre - sont décrites par Pierre Benoît, psychiatre psychanalyste, qui considère que les états limites de la structure vont réussir leur analyse sur un mode paradoxal, en transformant, par exemple, leur conversion en somatisation, la structure de base étant hystérique. Des cures se terminent par un cancer. Elles ne sont pas liées à une erreur de diagnostic ; l'analyste avait affaire à un état limite, à un état de sinthôme de la structure hystérique et où l'analyste et sans prudence, avait donné une interprétation juste de cet état. Cela donne lieu chez le patient à une réaction de suppression de la réponse hystérique de conversion : sa substitution par une somatisation réelle cette fois. La question réalité-réel est importante dans la cure du sujet névrosé, et il ne faut pas négliger cet écart entre la réalité et le réel que les sujets en état limite, de façon immédiate, vont présenter en tant que difficulté pour l'analyste.

S.T. : *Vous concluez l'ouvrage par la nécessité d'une théorie sur l'adolescence: dans quel sens entendez-vous la théorie de l'adolescence, ou plutôt dans quelles limites, peut-elle se situer ?*

J.J.R. : J'avais déjà publié deux ouvrages sur le sujet en m'inscrivant dans une réflexion qui réunit les analystes lacaniens : *L'adolescent et le psychanalyste*, et *Le passage adolescent*.

D'un côté non-lacanien, Philippe Gutton soutient l'idée que l'adolescence n'est pas simplement un moment, une étape, une tranche d'âge qui serait la fin de l'enfance, mais bien un moment logique avec un certain nombre d'implications fortes sur les identifications. L'idée classique rencontrée à propos des états limites, c'est l'idée d'une proximité entre crise d'adolescence ordinaire et la situation du sujet en état limite. Dans les DSM révisés, on précise que les critères définis pour le diagnostic d'état limite ne comptent pas pour l'adolescence, parce que sinon on va s'apercevoir que tous les adolescents, sans aucune exception, sont des états limites, sauf quelques psychotiques. Il y a une proximité phénoménologique, sé-

miologique entre crise d'adolescence ordinaire et cet état limite, justement parce que l'adolescence est l'âge de construction du sinthôme. Ces sujets en état limite auraient échoué aux enjeux du processus que j'appelle « *l'opération adolescente* ». La clinique nous montre qu'on a affaire à des sujets qui vont maintenir de manière artificielle l'état adolescent, comme état normalement limite, mais qui pour eux devient permanent. Si on examine de près la dynamique qui est en jeu pour ces sujets, c'est assez strictement la dynamique adolescente, sauf qu'elle rate : l'adolescent, en principe, va franchir cette étape une fois et passera du lien familial au lien social, à la construction du couple, du travail, etc.. Les sujets en état limite font une espèce d'adolescence interminable, à répétition, vont passer d'une crise d'adolescence à une autre, parfois tardivement même, par rapport à l'adolescence de la génération qui suit. En ce sens, ce livre, comme m'ont proposé certains collègues, est une théorie de l'adolescence au sens général. ■

*Jean-Jacques Rassial a publié chez Denoël *Le sujet en état limite*.

LIVRES

La Crise**Stratégies d'interventions thérapeutiques en psychiatrie**

Nicolas de Coulon

Préface de P. Férida

Collection « Des pensées et des actes en Santé Mentale »

Gaëtan Morin Editeur

Si la psychiatrie de la fin du XX^{ème} siècle devait emporter un mot et un seul dans le XXI^{ème}, celui de crise et ce qu'il représente serait probablement un candidat potentiel. Malgré, ou grâce à tous les galvaudages et imprécisions qu'il suscite ou permet, la fréquence de son utilisation ne peut qu'interroger. Si elle décrit les limites de nos anciennes nosographies et si elle met l'accent sur une vision du monde centrée sur l'incertitude, la discontinuité et le changement, plutôt que sur l'immanence, la permanence et la chronicité des troubles, qui s'en plaindra malgré les risques d'une clinique du zapping et de l'impatience ? La question des urgences psychiatriques, comme l'ont montré de nombreux praticiens européens (M. De Clercq à Bruxelles, A. Andreoli à Genève -dont est issu le modèle présenté, H. Vergouwen à Rotterdam) ou canadiens (S. Lamarre à Montréal) devient très importante dans la psychiatrie contemporaine. Elle interroge le contexte socio-politique, l'éthique, la clinique, l'organisation de nos dispositifs et de nos modes d'intervention. C'est pourquoi l'ouvrage de N. de Coulon, psychiatre et psychanalyste, arrive, avec d'autres, à son heure. L'ouvrage est divisé en cinq parties : la première évoque les principes généraux, et le fonctionnement d'un centre de crise. La deuxième décrit le déroulement complet d'une intervention. La troisième évoque certaines particularités techniques, les problèmes de supervision, le rôle de l'hôpital, et la question de la psychothérapie brève. La partie suivante traite des cas limites et de situations spécifiques (psychoses, migrations...). Enfin, une dernière partie développe la conceptualisation psychanalytique de la crise. Dans tous les chapitres, il existe un aller et retour permanent entre une description théorique-pratique et une illustration clinique parfaitement didactique. L'ensemble donne, ainsi, une impression à la fois très vivante, rigoureuse et pédagogique, émanant de quelqu'un qui connaît profondément ce dont il parle. Si le systémicien que je suis regrette (un peu) un moindre développement à propos du rôle de l'entourage, on sent bien à la fois le souci de recontextualiser constamment les situations, aussi bien qu'une modélisation psychanalytique très étayée et en même temps très lisible. Il s'agit donc d'un ouvrage à recommander pour s'initier et aussi, si l'on est praticien plus chevronné, pour prolonger et enrichir l'expérience grâce à N. de Coulon.

S. Kannas

Histoire de la psychologie

Jean-François Braunstein et Evelyne Pewzner

Armand Colin

Cet ouvrage situe les principales étapes, de l'Antiquité à nos jours, de l'histoire d'une discipline encore jeune qui a conquis son autonomie à la fin du XIX^e siècle. Il en étudie les courants théoriques les plus caractéristiques et présente l'originalité d'accorder une place importante à l'antiquité gréco-romaine dont l'influence sur la tradition de pensée en Occident a été, jusqu'à présent, insuffisamment soulignée dans le champ de la psychologie.

ROBESPIERRE (suite)

politique. Nous ne nous appesantirons pas sur cet aspect, nous contentant de citer quelques tirades qui renvoient aux débats qui enflamment alors le pays.

« *Importait-il, lit-on, en référence à l'époque du jansénisme, importait-il à l'autorité royale que des querelles théologiques devinssent un motif d'emprisonner par des ordres arbitraires, quatre-vingt mille citoyens ?* ». Il s'adresse, de manière véhémement et répétée, au roi lui-même. « *Hâtez-vous donc, Sire, écrit-il, de venir au milieu de la Nation, condamner solennellement cette maxime funeste, que l'usage des lettres de cachet est nécessaire au maintien de la tranquillité publique et de l'autorité royale, maxime si souvent répétée autour du trône par les oppresseurs des peuples, et désavouée par votre cœur* ». Puis il reprend : « *Venez donc, Sire, dans ces comices solennels (les Etats Généraux), où toute votre gloire et toutes vos vertus doivent se déployer, aux yeux de cinquante nations réunies, sous vos lois, plaider vous-mêmes la cause auguste de l'humanité, contre les préjugés qui pourraient défendre encore cet usage (les lettres de cachet) tyrannique* ». Robespierre n'est déjà plus à Arras. Pourtant, c'est en défenseur averti de son client qu'il construit sa plaidoirie. Il démonte de main de maître la machination dont Dupond a été victime. On se trouve devant une séquestration arbitraire, organisée pour spolier (le mot est employé dans le titre du mémoire) un gêneur. Les auteurs de ces agissements doivent être punis comme des criminels. « *Seront-ils condamnés, s'écrie-t-il, à expier les divers attentats dont ils se sont rendus coupables ? Voici la question à laquelle cette cause se réduit* ». C'est « *une juste vengeance qu'il réclame* », et pas seulement 6 000 livres, pour laver « *douze ans de captivité, de supplice ! vingt ans de spoliation, de trahisons, de cruautés, de prévarications et de forfaits* ». Toutefois, et c'est là que Robespierre se montre le meilleur, ce qu'il défend avec le plus d'éloquence ce sont les « *grands principes* », ceux qui ont une valeur universelle, « *les droits de la raison, de l'humanité, de la nature* ». « *Ils sont passés, sans doute, ajoute-t-il, et sans retour, ces temps malheureux, où le vice en crédit s'arrogeait le pouvoir de proscrire arbitrairement les citoyens ; et j'ose croire que mon exemple (c'est Dupond qui parle) pourra servir à prêter une force nouvelle aux réclamations universelles que la raison et la justice élèvent contre ce désordre effrayant* ».

ROBESPIERRE, LES LETTRES DE CACHET ET LA FOLIE

Bien que mis, en cause, l'état mental de Hyacinthe Dupond ne pouvait être sérieusement suspecté d'être celui d'un véritable malade, d'un aliéné, pour reprendre la manière de parler de l'époque. Le seul médecin qui semble avoir approché le détenu, celui de la congrégation des *Bons Fils*, rapporte un interrogatoire, cité par Robespierre, où le prisonnier apparaît adapté, mesuré, sachant ce qu'il veut, mais décidé à faire reconnaître son bon droit, ce qui lui est refusé. Cela permet au défenseur de balayer avec mépris les allégations « d'imbécillité » et « d'absence de raison ». Pourtant, on remarque qu'il ne s'attache pas à réfuter les affirmations de ses adversaires, pas plus que ces derniers ne les ont étayées d'ailleurs. Il néglige, effleure et passe. En tout cas il n'écrira jamais les mots « folie » ou « aliéné ». Pour lui il ne semble exister dans les maisons de force que deux catégories de détenus : les deuxième et troisième de la circulaire de Breteuil, les innocents et les coupables. Décivant les horreurs perpétrées par les *Bons Fils*, il s'écrie : « *Plût au*

ciel qu'il fût permis aux augustes ministres de la Loi, de descendre dans ces tristes demeures, où l'honneur, les vertus fières et sublimes, sont confondues avec le vice, où l'innocent est tourmenté plus cruellement que le coupable, et où le coupable lui-même est injustement puni ! ». D'un côté les innocents, de l'autre les coupables, il n'y pas de place pour les enfermés, pourtant si nombreux, qui présentent des « maladies de l'esprit ». Peut-on en conclure que, pour Robespierre, il n'existe pas plus de malades mentaux dans les maisons de force, qu'il n'existe de troubles psychiques chez Dupond ?

Nous aurions tendance à répondre par l'affirmative en examinant ses prises de position à l'Assemblée Constituante, un an plus tard. Une première fois, en janvier 1790, après avoir dénoncé la maison des *Bons Fils* d'Armentières, il demande « *l'élargissement de toutes les victimes du despotisme* », mais il n'est pas suivi⁽¹⁰⁾. En mars vient en discussion le projet de décret du comte de Castellan, sur la libération des détenus par lettres de cachet. Le rapporteur en exclut les criminels condamnés ou sur le point de l'être, et « *les personnes renfermées pour cause de folie* ». Le texte est adopté, mais Robespierre intervient auparavant pour regretter que « *l'on parie sans cesse non pas de ces infortunés détenus souvent pour leurs vertus, pour avoir laissé échapper quelques pensées d'énergie et de patriotisme, mais qu'on fixe son attention sur les hommes emprisonnés à la sollicitation des familles* ». Sans mentionner ceux qui sont atteints de folie, il demande à nouveau la mise en liberté, « le jour même », de tous les détenus⁽¹¹⁾. Il ne veut plus voir parmi eux que des innocents, ceux qui ne l'étaient pas l'étant en quelque sorte devenus en raison des « actes illégaux » dont ils ont été « victimes ». La folie, à nouveau, est passée sous silence.

Avec bon sens, l'ensemble des législateurs prend en compte cette dimension des *lettres de cachet*, qui avait jusqu'ici servi à régler (mal il est vrai) l'internement des aliénés. Robespierre l'occulte. Pas un mot, mais un agacement renouvelé pour les demandes des familles, dont les motivations ne peuvent être que suspectes, alors que pourtant la folie peut mettre des vies en danger et nécessite de protéger ceux qui en souffrent. Sachant évidemment tout cela, pourquoi agit-il ainsi ? Nous ne pensons pas que l'on puisse raisonner seulement en terme de stratégie politique et parler de provocation gauchiste. Ce sont les rapports même de la folie avec la personnalité profonde de Maximilien Robespierre qui sont en cause dans ce déni.

La folie est bien présente dans l'existence de Maximilien Robespierre. Ce que l'on sait de

son père, Barthélémy-François, nous convainc aisément que ce dernier souffrait de troubles psychiques et cela depuis l'enfance. Fils d'un autre Maximilien, qui avait, semble-t-il, quitté Carvin, contre son gré, pour s'installer à Arras, il nous est décrit, par sa fille Charlotte, en proie à un état dépressif grave, attribué à la mort de sa femme. Celle-ci meurt en couches, en juillet 1764, à l'âge de vingt-huit ans, alors que son mari en avait trente-deux, C'était son cinquième accouchement en moins de sept ans. « *Sa mort fut un coup de foudre qui frappa au cœur notre pauvre père*, écrit Charlotte. *Il fut inconsolable. Rien ne pouvait faire diversion à sa douleur il ne plaïdait plus, il ne s'occupait plus d'affaires, il était tout entier au chagrin qui le consumait* ». Cette pieuse version est, à l'évidence, une forme de déni. La réalité, connue de Charlotte, c'est que Madame de Robespierre souffrait d'une longue maladie et la conduite de son mari à son égard est moins édifiante que le laissera supposer sa fille. Barthémémy-François De Robespierre a déjà attiré l'attention par ses comportements singuliers, Après avoir fait, à dix-sept ans, une fausse entrée chez les moines, considérée par beaucoup comme l'internement d'un sujet difficile, il séduit celle qui deviendra sa femme, et ne l'épouse qu'au cinquième mois d'une grossesse dont Maximilien sera le fruit. Vocation ou enfermement manqués, mariage forcé, il continue par la suite à montrer une grande instabilité et déménagement quatre fois en six ans, tandis que sa femme, bien que malade, connaît grossesse sur grossesse. Après la mort de celle-ci, il abandonne ses enfants, que recueillent les grands parents ; les déshérite⁽¹²⁾ et, délaissant son métier, part sur les routes d'Europe, où il disparaît. On ne saura que bien plus tard qu'il est mort à Munich en 1777. Contrairement à Charlotte, Maximilien ne parlera jamais de son père, dont le fantôme semble pourtant omniprésent dans son existence. Dédaignant Paris, il s'installe à Arras, se « met en ménage » avec sa sœur, et devient avocat au Conseil d'Artois, déserté moins de dix ans auparavant par ce père dont il prend en quelque sorte la place. Mais en même temps, dans une démarche de *roman familial*, il refuse sa filiation réelle et en laisse des traces claires. Ainsi il participe trois fois à des concours organisés par des académies de province, si prisés à l'époque, et deux de ses essais ont pour sujet les bâtards. Il y plaide leur cause et trouve à leur endroit des accents douloureux et vibrants. Comment mieux marquer son rejet d'un père indigne et fou que de s'inventer une origine illustre, voire mythique⁽¹³⁾ ?

Il nous semble cependant que chez Robespierre on se trouve au delà du classique

CONGRÈS 2000 DE PSYCHIATRIE ET DE NEUROLOGIE DE LANGUE FRANÇAISE

La composition de son bureau est la suivante :

le Président sera le Professeur Jean-Marie LEGER,
le Vice-Président, le Professeur Guy BRIOLE,
le Secrétaire Général, le Docteur Jean-Paul CHABANNES
et le Trésorier, le Docteur Michel DE BOUCAUD.

Cette session aura lieu à Paris dans le cadre du Jubilé Paris 2000 de l'Association Mondiale de Psychiatrie. Les dates en sont les suivantes : **du 27 au 29 juin 2000.**

Les trois rapports seront axés sur les thèmes suivants :

En psychiatrie générale : *L'autisme, du nourrisson à l'âge adulte* par le Dr Pascal Lenoir de Poitiers.

En neurologie : *Troubles psychiques et neuropsychologiques de la sclérose en plaques* par le Docteur D. Béquet et son équipe (Dr H. Taillia, J.L. Renard, D. Felten) du Val de Grâce à Paris.

En thérapeutique : *Isolement, contention, contraintes en psychiatrie* par les Dr J. Palazzolo, J.P. Chabannes et B. Lachaux de Grenoble et Lyon.

De nombreux symposiums parallèles et des réunions de sociétés scientifiques diverses auront également lieu pendant cette session. ■

P.C.

roman familial des névrosés. La persistance d'une fable originelle, par bien des côtés voisine de celle observée chez Léonard de Vinci, car il semble bien que tous deux s'identifient au « fils de Marie »⁽¹⁴⁾, pose le problème de la structure de sa personnalité. Les mécanismes psychologiques qui sous-tendent ses positions à l'égard des lettres de cachet, viennent nous éclairer. Sur le plan politique, à l'exemple de bien d'autres, il les utilise comme un brûlot contre le pouvoir. Sur le plan de ce qui deviendra les *Droits de l'Homme*, il défend la liberté individuelle et l'égalité devant la loi. Mais, étrangement, il passe sous silence le problème de la folie. Cette absence d'expression du refus du réel, à la base même de son roman familial, est de l'ordre du déni et non de la dénégation et n'obéit pas à une opération de refoulement. C'est d'abord un déni de la folie de son père et un déni de ses inquiétudes quant à son propre équilibre psychique. Mais il paraît aller plus loin et par un procédé métonymique il refuse de reconnaître l'existence du Père et celle de la Folie en général. Ce déni s'apparente à cette autre folie de l'enfant qui consiste dans le refus de reconnaître l'absence de pénis chez la femme. On le sait c'est l'horreur de la castration qui provoque le déni. En évoquant l'apparition de la sanglante tête de Méduse⁽¹⁵⁾, représentation de l'organe génital féminin et donc symbole de la castration, on pense aussitôt à ces longues théories d'adversaires que l'Incorruptible fera guillotiner, lui qui pourtant n'assistera jamais à aucune exécution et fera fermer les fenêtres de la maison Duplay - sa maison - lors du passage des terribles charrettes. On pense aussi à son attachement pour les coiffures poudrées, même en pleine démagogie sans-culotte, qui ne peut être seulement considérée comme une coquetterie, mais s'apparente bien à une conduite fétichiste, c'est-à-dire, le déni ne pouvant être surmonté, à l'invention d'un pénis féminin⁽¹⁶⁾. Parler de *forclusion* serait-il plus adapté ? Ce serait alors suspecter chez Maximilien Robespierre une organisation psychotique. Un épisode, au moins, de fléchissement scolaire tout à fait inattendu⁽¹⁷⁾ nous ferait, entre autres, pencher dans ce sens, de même que son inaffectivité manifeste, ou son impénétrabilité (à peine troublée par quelques tics). Mais c'est en termes de pathologie narcissique qu'il semble le plus juste d'aborder la personnalité de l'Incorruptible. La récurrence de l'apparition d'épisodes mélancoliques, ou d'épisodes de persécution paranoïaques, dont le libelle de 1788 contre ses confrères est l'expression, nous amène à nous pencher sur son impossibilité à accomplir tout travail de deuil⁽¹⁸⁾. Il existe une dimension mélancolique chez lui, comme chez son père. Peut-être est-ce la notion de *crypte*⁽¹⁹⁾ qui permet la mieux d'appréhender sa souffrance psychique ? Une crypte, qu'il porte en lui-même, tombeau du Père, mais aussi le sien, qui le ronge, l'empêche d'exister, l'attirant sans cesse vers la mort, provoquant enfin l'annonce de ce qu'il nomme son « testament de mort », suivi de son suicide dans la nuit du 9 au 10 thermidor⁽²⁰⁾. Maximilien Robespierre reprend les hésitations de son père, il poursuit la lutte de ce dernier contre l'invasion d'une folie destructrice, qui leur interdit à l'un comme à l'autre d'être porteurs de la filiation - le père ne se livre-t-il pas à un passage à l'acte qui déshérite ses enfants, en même temps que lui-même ! - La greffe d'une branche des De Robespierre de Carvin, à Arras, au niveau de la génération du grand-père, n'a visiblement pas pris. Les tantes de Maximilien n'auront pas d'enfant, pas plus que lui, son frère Augustin, et Charlotte, qui leur survivra trente-huit ans. Sans cesse rappelé à l'échec et à l'anéantissement, s'il peut être le maître, par excellence, des purs, il ne peut assurer durablement leur règne. Robespierre n'est le fils de

personne, du moins d'aucune personne humaine. Lui-même n'aura pas de descendant charnel. Quant à ses héritiers spirituels - du moins ceux qui se proclameront tels - ils montreront l'impossibilité de cette filiation. ■

*Chef de service, CMP, 8 rue Jean Dolfus, 75018 Paris.

Bibliographie

- 1) Arlette FARGE et Michel FOUCAULT, *Le désordre des familles*, Lettres de cachet des Archives de la Bastille, Paris, 1982, p 357.
- 2) Claude QUÉTEL, *De par le Roy, essai sur les lettres de cachet*, Toulouse, 1 98 1, p 200 à 202. Les lettres de cachet doivent dorénavant être « libellées avec une indication de temps (deux ans le plus. souvent, mais évidemment renouvelables) ».
- 3) In 4°, Arras, 1789, reproduit par Victor BARBIER et Charles VELLAY, *Œuvres complètes de Maximilien Robespierre, œuvres judiciaires*, Paris, 1910, p 579 à 682. Ces auteurs datent le Mémoire de février ou mars 1789. Sauf indication contraire, les citations entre guillemets proviennent de cette édition.
- 4) La frénésie, la manie, la mélancolie, l'imbécillité, constituaient les quatre classes de « maladies de l'esprit », admises à l'époque. Voir Michel FOUCAULT, *Histoire de la Folie à l'âge classique*, Paris, collection Tel, 1972, p 567-568.
- 5) Cité par STÉPHANE-POL, *Autour de Robespierre, le conventionnel Lebas*, Paris, 1900, p 94. Le procès se poursuivra jusqu'en février 1792 et se terminera en partie à l'avantage de Dupond.

6) Maximilien Marie Isidore de Robespierre est né à Arras le 6 mai 1758, il a été admis « en la Cour » du Conseil d'Artois le 8 novembre 1781.

7) Robespierre avait aussi développé une carrière d'homme de lettres, concourant dans plusieurs concours littéraires et devenant Directeur de l'Académie d'Arras.

8) *Mémoire pour François Déteuf, demeurant au village de Marchiennes ; contre les Grand Prieur et Religieux d'Anchin*, 1784, In 4°, 21 pages. L'Abbaye d'Anchin, de l'ordre de Saint Benoît, était située à quelques kilomètres de Douai. Dom Brongniart, le moine indigne, avait tenté de séduire et enlever la sœur de Déteuf, et après avoir largement puisé dans la caisse du monastère, l'avait accusé d'être l'auteur de ses propres vols..

9) Discours à la Convention du 17 pluviôse an II. Robespierre, *Œuvres complètes*, Paris, 1967, t. X, p 350-366.

10) Séance du 2 janvier 1790. Dans sa dénonciation, Robespierre reprit les termes de la lettre de son frère. Voir Robespierre, *Œuvres complètes*, Paris, 1950, t. VI, p 176-177.

11) Séance du 13 mars 1790, Robespierre, *Œuvres complètes*, op. cité, t. VI, p 282-283. Le décret de l'Assemblée Nationale, adopté le 16 mars 1790, sera accepté par le Roi le 26 du même mois.

12) Dans un court billet de 1770, il renonce à toutes successions, « tant pour lui que pour ses enfants ».

13) Voir Marthe ROBERT, *Roman des origines et origine du roman*, Paris, 1972. En 1784, dans un discours adressé à l'Académie de Metz, sur « la honte attachée aux peines infamantes », il évoquait une première fois les bâtards. En 1786, il compo-

sait, pour l'Académie d'Arras, un autre discours, de 68 pages, intitulé : *Les droits et l'état des bâtards*.

14) Il existe bien des points de comparaison entre les *fantasmes originaires* de Léonard de Vinci, tels que nous les rapporte Freud - *Un souvenir d'enfance de Léonard de Vinci*, (1910), in *Œuvres complètes*, vol. X, Paris, 1993, p 79 - et ceux de Maximilien Robespierre, tels qu'ils transparaissent, par exemple dans son commerce de l'enfance avec les oiseaux ou dans son texte, contemporain des débuts de la Révolution : *Dédicace aux mânes de Jean-Jacques Rousseau*, in Eugène Déprez, *Œuvres complètes de Maximilien Robespierre*, t. 1, Paris, 19 10, p 211 - 212. Robespierre, au moment où Hebert et consorts invoqueront le « sans-culotte Jésus », parlera toujours du « fils de Marie ».

15) Sigmund FREUD, *La Tête de Méduse*, (1922), in *Œuvres complètes*, vol. XVI, Paris, 1991, p 163.

16) Voir Sigmund FREUD, *Fétichisme*, (1927), in *Œuvres complètes*, vol. XVIII, Paris, 1994, p 125 à 131.

17) Bien qu'ayant eu d'excellents résultats, il doublera sa rhétorique, en 1775-1776.

18) Sigmund FREUD, *Deuil et mélancolie*, in Métopsychoanalyse, (1915), *Œuvres complètes*, vol. XIII, Paris, 1988, p 259 à 278.

19) Nicolas ABRAHAM et Maria TOROK, *L'écorce et le noyau*, Paris, 1987.

20) Robespierre tentera de se suicider d'un coup de pistolet ; grièvement blessé, il sera guillotiné après un calvaire de dix-sept heures. Nous rejoignons Albert Mathiez, qui écarte la thèse d'une blessure infligée par le suspect gendarme Meda.

LIVRES

Quand la santé devient publique

Jean-François Girard
avec la collaboration de Jean-Michel Eymeri
Hachette

Transfusion sanguine, amiante, hormone de croissance et autres vaches folles : les affaires qui ont agité l'opinion et les médias ces dernières années ont projeté la santé sur le devant de la scène. Loin d'entraîner un effondrement du système de soins et un discrédit du domaine médical, elles ont provoqué une évolution de la santé publique dans notre pays.

La dernière décennie a vu le réveil de la conscience collective, l'organisation de la société civile en associations autour de maladies diverses, et la prise de responsabilité de l'État. Jean-François Girard retrace cette promotion de la santé comme préoccupation majeure de notre temps et dénonce une médecine trop scientifique et matérialiste, qui oublie l'humain, un aveuglement des institutions qui géraient les crises au jour le jour sans se donner les moyens de faire face aux risques : des égoïsmes qui freinent toute réforme et menacent la couverture sociale. Il souligne les évolutions qui annoncent une ère nouvelle : l'approche de la maladie se nourrit des acquis des sciences sociales qui l'insèrent dans une vision globale de la vie en société. Les bouleversements causés par l'épidémie de sida ont créé une démocratie sanitaire dans de nombreux pays. La santé est en train de devenir enfin l'affaire de tous, c'est-à-dire de chacun.

Vivre avec la maladie

Dominique Servant
Bayard Editions

Ce livre s'adresse aux malades comme à ceux qui vivent avec eux, et qui doivent apprendre à s'adapter aux bouleversements qu'impose la maladie. Connaître les mécanismes physiologiques qui la régissent et s'interroger sur l'influence des facteurs psychologiques dans son évolution peut aider à ne pas se sentir submergé. Savoir gérer

son affection au quotidien revient également à faire la part entre le somatique et le psychologique. Dans la première partie, différentes théories biologiques et psychologiques sont confrontées, ce qui permet de mesurer combien le corps et le psychisme sont en constante interaction. Puis, sont proposés quelques repères simples pour réorganiser la vie, en harmonie avec les proches. Des moyens de gérer la douleur aux décisions à prendre vis-à-vis de l'emploi, les conseils pratiques présentés ici tentent de répondre aux problèmes concrets qui se posent tous les jours.

La figure de l'autre, étranger, en psychopathologie clinique

Ouvrage coordonné par
Zhor Benchemsi, Jacques Fortineau,
Roland Beauroy
Préface de Bernard Penot
L'Harmattan

Ce livre introduit à la problématique de l'autre, du différent, de l'étranger. Il rassemble des psychanalystes, cliniciens, psychiatres, psychologues, anthropologues et chercheurs. Les textes de référence essentiellement à la clinique et à l'approche théorique qui en émane et sur laquelle elle s'étaye. Les questions abordées le sont sous plusieurs angles : historique (G. Lantéri-Laura), littéraire (A. Meddeb), langagier (P. Férida, J. Kristeva, J.L. Le Run), culturel (J.P. Klein, U. Coco), identitaire (F. Bensalma, J. Bennani, F. Feder, J. Fortineau, D. Ribas), liés à la clinique (Z. B Enchemsi, C. Perdigon, N. Kacha, Ph. Mazet) et aux problèmes de filiation (M. Audisio, R. Beauroy).

Contraception, contrainte ou liberté ?

Sous la direction de Etienne-Emile Baulieu, Françoise Héritier et Henri Leridon
Editions Odile Jacob

Ce recueil de textes fait suite à une colloque organisé au Collège de France sur le thème de la contraception, en octobre dernier, avec pour objectif de mettre en avant « les problèmes posés par la régulation des naissances dans les pays développés ». Divers intervenants inter-

nationaux apportent leur vision démographique, éthique, juridique, ainsi qu'en termes d'éducation et de communication, sur cette question. Un chapitre concerne notamment la contraception au Japon, avec un état des lieux, alors même que la pilule vient d'être autorisée dans ce pays. Les différentes pistes de développement de contraceptifs, ainsi que l'insatisfaction des besoins et l'insuffisance de la recherche dans ce domaine, font également l'objet d'une section rédigée par le Pr Baulieu.

La boulimie Réalités et perspectives

Coordonné par Martine Flament et Philippe Jeammet
Masson

L'objectif de cet ouvrage est de réaliser une mise au point sur la boulimie, à partir d'une étude multicentrique permise par un Réseau composé de deux unités Inserm et dix-neuf services cliniques recevant et traitant régulièrement des patients boulimiques.

La première partie aborde les aspects épidémiologiques et sémiologiques au travers de la population principale d'étude, qui inclut 534 patients et d'autres enquêtes internationales. Le début des troubles des comportements alimentaires, principalement à l'adolescence, est ensuite décrit, ainsi que les formes cliniques selon l'âge et le sexe. Les troubles associés à cette pathologie dépassent la sphère du comportement alimentaire : conduites addictives, troubles de l'humeur, troubles anxieux, tentatives de suicide... ce qui conduit les auteurs à considérer les liens psychopathologiques et étiopathogéniques possibles entretenus avec la boulimie.

Enfin, le fonctionnement mental des sujets boulimiques est analysé à travers une perspective psychométrique et une approche psychanalytique. Les cliniciens du Réseau présentent leurs expériences, leurs pratiques (approches nutritionnelle, cognitivo-comportementale, corporelle, analytique, familiale, médicamenteuse). Enfin, les facteurs évolutifs et pronostiques, comme les perspectives actuelles, sont envisagés.

LIVRES

L'enveloppe visuelle du moi

G. Lavallée

Dunod

G. Lavallée, psychanalyste, disciple d'Anzieu, poursuit les élaborations sur les enveloppes psychiques. Utilisant sa pratique clinique, il part de la perception visuelle pour aboutir au Moi, en passant par l'enveloppe visuelle. Afin de résoudre les problèmes spécifiques de cette nouvelle enveloppe psychique, laissée en suspend par Anzieu, il élabore un trajet pulsionnel en double boucle projectivo-introjective qu'il associe à un écran psychique d'essence hallucinatoire. Pour cela il fait appel à des concepts psychanalytiques, tels que l'hallucination négative, le moi-peau, le scanning inconscient et les liens entre la représentation de mots et la représentation de choses.

L'auteur, dans un vrai souci pédagogique, éclaire ses avancées par des exemples cliniques, issus de son travail sur la vidéo, avec des patients psychotiques et l'analyse d'un patient qui a redécouvert la vue. Ses exemples permettent de rendre l'approche plus vivante et dictative en maintenant toujours un écart théorico-clinique qui nourrit la réflexion. Ainsi, il ouvre le champ à de nouvelles articulations entre la perception et la pensée, entre la vision et le moi. Le moi-peau, en tant qu'enveloppe psychique est une limite au Moi tout en étant une surface d'inscription. Lavallée franchit le pas en considérant que cette surface d'inscription peut être pensée en terme d'hallucination négative de la mère. Il intègre la notion de l'hallucination négative de la mère, de Green, qui constitue alors l'écran psychique nécessaire pour former l'enveloppe visuelle. Ainsi, il réussit une généralisation du concept d'enveloppe psychique à tous les corpus sensoriels. Au-delà de la théorie, il nous propose de penser autrement le cadre de la cure psychanalytique ou simplement psychothérapeutique pour la prise en charge des patients en se référant aux enveloppes psychiques et particulièrement à l'enveloppe visuelle du moi. Lavallée réussit avec son livre, riche en concepts psychanalytiques nouveaux qui intègrent les avancées de la science concernant la vision, à éveiller notre curiosité sur le monde du « voyant qui se voit » et sur les images. Dépassant le cadre des avatars de la constitution de cette enveloppe visuelle, il essaie de nous faire percevoir les potentiels créatifs et thérapeutiques de celle-ci, en nous donnant son point de vue sur le carton de Londres de Léonard de Vinci et sur le cinéma.

Ch. Passard

Figures de l'animalité dans l'œuvre de Michel Foucault

Saïd Chebili

L'Harmattan

On pourrait s'étonner que Foucault n'ait consacré aucun écrit au thème de l'animalité, alors qu'il en avait une vision moderne, il n'a pas cherché à la définir en l'opposant à l'humanité. Elle l'intéressait surtout en tant qu'expérience-limite et lui a permis de questionner la folie, les sciences humaines et le pouvoir, à différents moments (la Renaissance, l'âge classique et l'époque moderne). A l'âge classique, la folie négative et non-être paraît reliée à une animalité explosive. Omniprésent, le pouvoir ne s'immisce toutefois pas dans les relations amicales qui pourraient constituer un modèle de la relation de l'homme à l'animal où celui-ci ne serait plus considéré comme un objet appropriable selon le bon gré de chacun.

Problématique du secret médical en psychiatrie :

cas de l'infection par le VIH au Bénin

Le secret médical est l'interdiction légale pour le médecin ou l'équipe soignante de divulguer les confidences de son patient. Il couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession c'est-à-dire, non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris⁽⁶⁾. L'un des principes qui découlent du respect du secret médical est que l'information doit être portée à la connaissance du patient et c'est à lui de la transmettre à la personne de son choix.

Mais, en pratique, des difficultés surgissent dans le respect de ce principe face aux maladies graves ou au pronostic fatal comme le SIDA. En psychiatrie le problème se pose face au patient Sidéen délirant psychotique qui a perdu le sens de la réalité et qui n'est donc pas en mesure de traiter avec discernement l'information qu'on lui donne sur sa maladie⁽⁹⁾. Dans de pareils cas, comment peut-on agir sans violer le secret médical ? Qui informer pour prétendre à une prise en charge du patient ?

C'est à une réflexion sur ces questionnements que nous voudrions appeler à partir de deux cas cliniques. L'objectif de ce travail vise à décrire les difficultés que rencontre l'équipe soignante. Après avoir rapporté deux observations et rappelé les tableaux psychiatriques rencontrés en cas d'infection par le VIH, nous aborderons quelques aspects de la problématique du secret médical dans le cas du SIDA.

Nos observations

• Angèle, âgée de 40 ans, ménagère, a été hospitalisée en Janvier 99 dans un tableau psychiatrique associant logorrhée, insomnie, agressivité physique et verbale, hallucinations psycho-sensorielles et idées de persécution. Son état général est très altéré. Elle a présenté deux ans plus tôt un tableau baptisé par elle-même de « choléra » et souffre d'une stérilité primaire. Elle n'a jamais été transfusée.

En cours d'hospitalisation, l'apparition de pustules au visage a permis de négocier auprès du mari la possibilité de faire une sérologie HIV qui est revenue positive. La grande question pour l'équipe soignante a été : à qui l'annoncer ?

- à la patiente : elle délirait,

- au mari : il risque de l'abandonner (surtout qu'aucun enfant ne les lie).

• Lucien, âgé de 40 ans, est hospitalisé en psychiatrie pour délire de persécution, logorrhée, hallucinations psycho-sensorielles et insomnie. Il est devenu très asthénique et maigrissait considérablement depuis quelques mois. Son épouse serait décédée deux ans plus tôt des suites d'une longue maladie non précisée. En accord avec le beau-frère, agent de santé, la sérologie HIV faite s'est révélée positive. Le patient appartenant à la direction d'un groupe religieux, les autres responsables ont voulu qu'il soit évacué vers un pays à technologie avancée et demandaient le diagnostic. Etions-nous autorisés à le communiquer à ce groupe ? Le médecin traitant et l'équipe soignante étaient confrontés au problème du secret médical face à la pression du groupe religieux, pendant que le patient s'enfonçait chaque jour un peu plus dans le coma. Comment faire pour continuer à bénéficier du soutien du groupe religieux dans la prise en charge de ce patient sans violer le secret médical ?

Les troubles psychiatriques survenant au cours de l'infection par le VIH au Bénin

Les manifestations psychiatriques observées apparaissent aux différents stades évolutifs de la maladie⁽¹⁾.

Lors de la séropositivité

On peut observer des troubles de l'humeur d'allure maniaque ou hypomaniaque, des épisodes dépressifs, des troubles du caractère faits d'instabilité et d'agressivité. L'annonce de cette étape confronte brusquement le patient à une angoisse de mort et d'abandon. Elle est considérée comme l'exposition à un élément stressant particulièrement intense pour plusieurs raisons :

- la découverte de l'infection par le VIH signe pour le patient l'entrée future et redoutée dans une maladie chronique souvent associée à des souffrances importantes,
- l'atteinte de l'intégrité du corps,
- l'annonce de la séropositivité est souvent ressentie comme une certitude de l'application d'une sentence d'exclusion par les parents et donne lieu à différents types de réactions :

- des réactions anxieuses majeures avec sidération,
- un sentiment extrême de révolte, d'incompréhension avec parfois une volonté d'identifier le partenaire contaminant,
- parfois le déni de la contamination.

Au stade de SIDA maladie

Le tableau clinique est constitué par des troubles neuro-psychiatriques. Les patients sont généralement pris en charge dans les services de médecine interne ou d'hématologie, ce qui explique probablement le peu de cas reçus dans les services de psychiatrie. Les manifestations cliniques sont faites de troubles anxio-dépressifs, de troubles du comportement, de troubles psychotiques et parfois de troubles cognitifs sévères, associés à un cortège de signes neurologiques : troubles moteurs, troubles du tonus, comitialité.

L'annonce de la séropositivité au malade

Principes généraux du secret médical

En France, le code de déontologie dans son article 4 dispose : « le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi »⁽⁸⁾. Ce même principe est pris en compte dans le code de déontologie médicale au Bénin, qui stipule en son article 7 : « le secret professionnel s'impose à tout médecin sauf dérogation par la loi ».

Le même code de déontologie français ajoute dans son article 35 : « un pronostic fatal doit être révélé avec circonspection, mais les proches doivent être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite⁽⁹⁾ ».

Ces articles découlent du respect obligatoire de certains principes :

- celui, sur le plan civil, des règles relatives au droit de la personne et de sa vie privée⁽⁹⁾,
- sur le plan pénal, rappelons l'article 226-13 du nouveau code pénal qui dispose « la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire

PROZAC ET DÉPRESSION Les perspectives pour les années 2000*

Une décennie après le lancement du Prozac[®], les Laboratoires Lilly ont organisé une conférence de presse qui a permis de faire le point sur le traitement de la dépression ainsi que sur les perspectives pour les années à venir. Jean-Claude Scotto (Marseille), Jean-Noël Kapferer (Paris), Yves Lecrubier (Paris), Myriam Bouhassira et Elena Perrin (Lilly) ont abordé, à la lumière des changements apportés par l'apparition du Prozac[®], divers aspects - thérapeutiques, épidémiologiques, sociaux - de la prise en charge de la pathologie dépressive.

Les besoins de santé liés à la dépression représentent, selon la Banque Mondiale et l'OMS, la quatrième cause de handicap dans le monde et la deuxième dans les pays développés, derrière la cardiopathie ischémique. La prévalence de la dépression dans la population générale est extrêmement élevée, s'élevant à 5 - 10% sur un an. Sa gravité est soulignée par le taux important de tentatives de suicides observé chez les dépressifs, 15% parmi ceux-ci essayant de mettre fin à leurs jours. Sans un traitement adapté et respecté, l'évolution spontanée de la maladie est fréquemment défavorable. Après un premier épisode non traité, 50% des patients récidivent. Par ailleurs, 15% des patients non pris en charge deviendront des déprimés chroniques.

Dans ce contexte, la découverte, en 1957, des premiers antidépresseurs, l'imipramine et l'iproniazide, a constitué une véritable révolution. Mais, au-delà des évidents bénéfices, on a vite constaté que ces deux molécules, ainsi que celles de leurs classes qui ont suivi, peuvent provoquer des effets secondaires notamment dans la sphère cardio-vasculaire. A ce propos, l'arrivée sur le marché du Prozac[®] a apporté une réponse thérapeutique efficace, plus maniable, plus sûre et mieux tolérée que les tricycliques.

De par ces qualités, le Prozac[®] a également constitué un phénomène de société. Si son succès s'est vite accompagné de rumeurs, c'est parce que, comme maints produits innovants, il a dérangé l'ordre social et culturel existant en modifiant le rapport millénaire de l'homme avec la souffrance psychologique. Il rappelle que la souffrance a un substrat physico-chimique, sur lequel la science peut agir et qui n'est pas une fatalité. La rumeur invente donc diverses craintes pour cacher un problème qui est, avant tout, d'ordre moral. Cette rumeur peut ainsi peser sur l'opinion publique et, par contrecoup, sur la prescription.

L'amélioration de la prise en charge du patient déprimé passera certainement par une meilleure identification des patients, l'amélioration de l'observance et la mise au point de molécules plus performantes ou l'optimisation des caractéristiques de celles déjà existantes. Dans ce sens, les futurs développements du Prozac[®] prévoient la mise à disposition de nouvelles formes galéniques, afin de faciliter l'adhésion au traitement, ainsi que la recommandation de nouvelles indications, y compris en dehors de la dépression, s'attaquant aux éventuelles comorbidités. ■

F.C.

* Conférence de presse organisée par les laboratoires Lilly à Paris le 19 janvier 2000.

soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire est punie d'un an d'emprisonnement et de 100 000 F d'amende⁽⁹⁾ ». Cet article vient modifier un tant soit peu l'article 378 de l'ancien code pénal encore en vigueur au Bénin qui punit la violation du secret médical d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de 24 000 F à 120 000 F. Les conséquences de la violation du secret sont donc dramatiques et il convient de le respecter au mieux. Mais, en pratique, des cas complexes sont observés et interpellent la conscience du médecin soucieux du secret médical.

Des situations difficiles lors de SIDA

Comme dans le cas de nos deux observations, le médecin tenu au secret médical se trouve parfois confronté à des situations critiques, parmi lesquelles :

- la découverte d'une séropositivité chez un homme qui refuse de prévenir sa femme enceinte séronégative,

- la découverte d'une séropositivité chez une femme enceinte qui ne veut pas avertir son mari séronégatif

- l'interdiction de révélation post-mortem de sa sérologie HIV positive à un conjoint,

- la connaissance d'un comportement pervers ou dépressif avec idées de suicide altruiste d'un homme ou d'une femme qui continue à avoir des rapports non protégés sans prévenir ses partenaires.

Devant ces cas, comme devant d'autres, le secret médical est bien difficile à respecter et le médecin peut être tenté de réagir. Mais, s'il parle, il pourrait être condamné pour violation du secret professionnel. S'il ne parle pas il pourrait être attaqué pour non assistance à personne en péril. De telles situations nécessitent que des dérogations soient apportées par le législateur afin de délier le médecin du secret dans de pareilles circonstances.

Commentaire

Devant l'absence de consensus sur le dépistage systématique du SIDA et face au risque de contamination de l'entourage, il a été décidé, dans les deux cas cliniques décrits plus haut, de faire savoir la séropositivité aux proches des patients : le mari dans le premier cas et le frère dans le second.

Ces derniers ont préféré retirer leur patient de l'hôpital. Aucune action préventive, aucune prise en charge spécifique ou de suivi n'ont pu alors être entreprises.

Cette démarche de l'équipe soignante peut s'expliquer par une interprétation possible de l'article 35 du code de déontologie qui prévoit que le médecin, devant un pronostic fatal, peut agir avec circonspection. Mais cette interprétation n'est pas possible, et peut varier d'un médecin à l'autre, dans la mesure où l'article ne donne pas de précision sur la nature de la circonspection et explique le relativisme observé, plus en plus, dans le respect du secret médical.

Un petit détour par la législation étrangère peut nous montrer comment le problème est envisagé par d'autres. A ce propos C. Jonas nous rappelle qu'en Chine, aucun secret n'existe pour favoriser la socialisation au sens propre du terme de tous les problèmes, qu'en Yougoslavie la violation du secret n'est pas punie lorsqu'elle est due à la prévention d'un intérêt général ou personnel plus important que le respect du secret médical. Aux Etats-Unis, la doctrine Tarasoff oblige les psychiatres dont le patient a notamment menacé un tiers à prévenir ce tiers ou l'autorité compétente pour éviter la réalisation de la menace⁽⁷⁾. En France, de nombreuses dérogations existent à l'impératif du secret. Citons, la déclaration obligatoire

de maladies contagieuses et vénériennes, la déclaration des alcooliques dangereux, les certificats attestant du suivi d'un soin par un toxicomane, les sévices sur mineur. Le SIDA figure sur la liste lorsqu'il est avéré⁽⁴⁾. En d'autres termes la séropositivité n'y figure pas si elle ne s'accompagne de signes cliniques et la déclaration ne sera faite uniquement qu'au médecin chargé des actions à la DDASS (article 12 du C.S.P.).

Ce rapide survol montre que la notion de secret absolu a perdu du terrain dans de nombreux pays sous la double pression de l'intérêt social et de la liberté individuelle. Ceci est d'autant plus compréhensible que dans d'autres pathologies chroniques à issue fatale comme le cancer et certains comas, l'annonce de la maladie au patient ou à des personnes ressources est possible car, dans ces cas, il n'y a pas de honte et souvent pas de risque d'abandon du malade par son entourage.

Conclusion

Les manifestations cliniques du SIDA sont polymorphes et il convient aussi, devant des symptômes neuropsychiatriques, d'entreprendre les investigations paracliniques nécessaires au diagnostic.

Le dépistage précoce et l'annonce de la séropositivité apparaissent comme une nécessité pour permettre la mise en route rapide de stratégies thérapeutiques pouvant accroître les chances de succès de la prise en charge du séropositif, de favoriser son adaptation par rapport à la maladie ainsi que l'amélioration de sa qualité de vie et de celle de son entourage.

Cet objectif est parfois difficile à atteindre étant donné le problème de santé publique que pose le SIDA. De telles situations exigent une reformulation plus claire des lois sur le secret médical. Il est nécessaire, face au SIDA que le médecin soit délié du secret médical, d'où la nécessité pour le législateur de légiférer dans ce domaine précis en apportant des dérogations allant dans le sens de l'intérêt général de la société. ■

J. Ezin-Houngbe, P. Gandaho,
G.M. Gansou, M. Tognide,
T. Assout, R.G. Ahyi*

*Service de Psychiatrie, CNHU, Cotonou, Bénin.

Bibliographie

- 1) ALCARAZ G., *Troubles anxieux et dépressifs au cours de l'infection par le VIH, Intérêt de stratégies cognitivo-comportementales*, Journal de thérapie comportementale et cognitive, 1998, 95-99.
- 2) CAIZERGUES C., CIANFARANI F., *Le secret médical*, La revue du praticien, 1998, 48 : 427-432.
- 3) DECROIX G., *Secret professionnel en psychiatrie*, Le Concours Médical, 1997, numéro spécial, 6-8.
- 4) HENIN M., VERNET A., *Certificat, secret médical, secret professionnel*, L'information Psychiatrique 1994, 7, 635-638.
- 5) HENRION R., *Secret professionnel et SIDA*, Bull. Acad. Nationale Med. 1994, 178, 3, 359-380
- 6) JONAS C., *La psychiatrie Légale en question*, Collection Regards d'aujourd'hui, Sanofi-Winthrop, 1994.
- 7) JONAS C., *Secret médical et danger*, Communication à la Société Médico-Psychologique, Séance du 30 Mai 1998.
- 8) Journal officiel de la République Française, Code de Déontologie Médicale, Edition Septembre 1995, 2.
- 9) MAYAUD J., *Code Pénal, Nouveau Code Pénal, Ancien Code Pénal*, Editions Dalloz, 1995-96, p 87.

LIVRES

Dépression et santé publique* Données et réflexions

P. Boyer, R. Dardennes, A. Gérard,
Y. Lecrubier, C. Le Pen, E. Weiller
Acanthe Masson

L'épidémiologie des maladies dépressives montre qu'il s'agit d'un problème majeur de santé publique : la dépression est la quatrième cause mondiale de handicap et vient au deuxième rang dans les pays développés. Les projections établies pour les vingt-cinq prochaines années prédisent qu'en 2020, la dépression sera la deuxième cause mondiale de handicap. Ces dix dernières années ont également vu se multiplier des travaux révélant l'ampleur des conséquences économiques de la dépression non seulement en termes de consommation de soins mais surtout en coûts indirects liés à l'absentéisme et aux pertes de productivité. Le lecteur trouvera dans cet ouvrage des éléments d'information quant à la situation en France pour apprécier l'importance de ce phénomène, les difficultés que posent son évaluation, les obstacles à une utilisation optimale des ressources et les voies d'amélioration envisageables. La première partie fait le point sur les différents aspects épidémiologiques des maladies dépressives - prévalence, tendance séculaire, associations comorbides avec d'autres troubles psychiques qu'avec des troubles organiques, suicides et tentatives de suicide. Les structures de soins, l'accès aux soins des déprimés et les modes de prise en charge sont ensuite analysés avant d'aborder les aspects thérapeutiques allant des recommandations cliniques aux pratiques usuelles. Le coût de la dépression est disséqué avant d'être confronté aux estimations réalisées dans d'autres pays ; enfin, un aperçu, des conséquences sociales, familiales et personnelles de la dépression complète l'évaluation du poids de cette affection.

*Publication dans le cadre du Programme de Recherche et d'Information sur la Dépression (PRID)

Dictionnaire historique des médecins

Dans et hors la médecine

Michel Dupont
Préface de Jean-Charles Sournia
Larousse

De Aaron, médecin, moine et poète syrien du VI^e siècle à Zwinger, professeur d'anatomie suisse au XVI^e siècle, traducteur de Galien et d'Hippocrate, cet ouvrage rassemble quelque 6 500 biographies de médecins devenus célèbres pour leurs faits de médecine ou qui sont passés à la postérité pour une tout autre raison. Et cela, de l'Antiquité au XX^e siècle, au travers des civilisations, des religions et des continents. On trouvera donc aussi bien les grands médecins de l'Histoire (Avicenne, Galien, Harvey, Hippocrate, Laennec...) que des médecins qui se sont illustrés dans d'autres disciplines scientifiques (Copernic, Daubenton, Branly, Young...), en politique (Che Guevara, Clémenceau, Houphouët-Boigny, Marat, Queuille...), en littérature (Céline, Rabelais, Doyle, Littré, Montaigne, Renaudot, Sue, Tchekov...). On retrouvera aussi certains médecins tristement célèbres, du fait de leurs activités délictueuses ou criminelles (Petiot, Mengele), et même des personnages de fiction, comme le docteur Knock ou le docteur Mabuse.

Des hors-texte en couleur agrémentent l'ouvrage, en présentant les figures les plus

célèbres, classées par thèmes (médecins de l'Antiquité, hommes politiques, hommes de lettres, explorateurs...; médecins vus par la peinture, le cinéma, la philatélie...).

De la folie

Etienne Georget

Textes choisis et présentés par
Jacques Postel
L'Harmattan

Ce grand classique avait été rendu accessible en 1971 par sa publication dans la collection « Rhadamante », chez Privat. On le trouvera, à nouveau, facilement, dans la série « Trouvailles et retrouvailles » dirigée par Jacques Chazaud chez L'Harmattan.

Etienne Georget a apporté à la psychiatrie française du début du XIX^e siècle une certaine clarté et une méthodologie précise puisqu'on lui doit la première délimitation exacte du champ de la psychopathologie par rapport à celui des troubles mentaux, symptomatiques des lésions cérébrales. Ceci ne l'a pas détourné d'une conception « moniste » de l'homme réel et il considérait le « traitement moral » comme un « traitement cérébral direct » des expressions intellectuelles et passionnelles perturbées. Ce n'est pas sans raison qu'il a contesté le bien-fondé des traitements « psychiques » de son temps.

Ouvrir Vénus

Nudité, rêve, cruauté

Georges Didi-Huberman
Gallimard

Ce livre propose Botticelli comme bourreau de Vénus. À travers un réexamen de sources littéraires, on découvre comment, dès le Quattrocento, l'image de la nudité forme un ensemble impur, inquiet, menacé et menaçant tout à la fois. Humiliation ou damnation chrétiennes (Botticelli a écouté les sermons de Savonarole, illustré *l'Enfer* de Dante), sadisme ou métamorphoses des thèmes païens : une analyse de quatre panneaux illustrant un conte cruel de Boccace permet de percevoir comment, chez le peintre, la nudité se tresse de cruauté et la beauté de malaise, en un travail formel qui puise dans le rêve et dans le fantasme ses opérations fondamentales.

C'est d'un même instrument que le peintre se montre tout à la fois l'orfèvre et le bourreau de Vénus : c'est bien avec son style qu'il incise et qu'il ouvre, froid et cruel, l'image du corps féminin. De plus, l'humanisme médicéen, dans la longue durée de son histoire, révèle ici toute son ambivalence, déjà notée par Aby Warburg : entre la *Vénus des Médicis* du musée des Offices et la *Vénus des médecins* du musée anatomique de Florence (1781), il n'y a que le mouvement structural, historique et esthétique d'une nudité offerte transformée inexorablement en nudité ouverte.

Pratiquer l'analyse éthique

Etudier un cas. Examiner un texte

Marie-Jo Thiel et Xavier Thevenot
Les Editions du Cerf

L'ouvrage donne à réfléchir sur la méthodologie éthique, sur l'articulation entre éthiques fondamentale et sectorielles, sur les présupposés axiologiques et normatifs de la décision éthique... Outil d'analyse, il permet une synthèse dans laquelle sont abordés les grands thèmes de la réflexion morale. Méthode d'apprentissage aidant à progresser vers des jugements éthiques toujours plus nuancés, il peut aussi constituer un manuel de formation à l'éthique philosophique et théologique.

LIVRES

**Ambiguïtés sexuelles
Sexuation et psychose**Geneviève Morel
Editions Anthropos

Ce qu'éprouve l'autre sexe est inimaginable. L'auteur part de cette actualité, largement commentée dans la littérature, au cinéma ou dans la cure psychanalytique. Le sexe est une ambiguïté pour tout sujet : aussi bien une incertitude qu'une énigme. Une actrice, qui incarnait à l'écran un GI féminin, expliquait ses sensations pendant un tournage qui avait mis son corps à l'épreuve : « *il y avait les hommes d'un côté, les femmes de l'autre, et elle en plus, hors classe* ». L'auteur s'appuie donc sur l'actualité et la clinique. Ce n'est pas sans ignorer et même balayer l'ensemble des théories sur la question de la différence des sexes. Mais l'exposé de la théorie des genres de Robert Stoller, des théories anthropologiques dérivées du structuralisme ainsi que du champ psychanalytique concernant la sexualité, montrent surtout le point de butée de toutes les classifications sexuelles : « *elles ratent l'altérité* ». Après avoir délimité ce champ, l'auteur expose six observations cliniques avec une précision inégalable. C'est dans cette psychopathologie inédite que l'auteur formalise une théorie de la sexuation simple, utile et fondamentale pour tous ceux qui sont concernés par les questions sexuelles : thérapeutes, patients, hommes, femmes... C'est-à-dire tout le monde. Pour conclure cet ouvrage, la question du transsexualisme est débattue d'une façon passionnante, même pour un lecteur qui ne serait pas familiarisé avec les questions que soulève ce comportement. L'auteur considère, finalement, que le transsexuel refuse plus la fonction du phallus qu'il n'adopte l'identité de l'autre sexe. A lire au plus vite.

Emmanuel Fleury

**L'imaginaire des drogues
De Thomas De Quincey à Henri Michaux**

Max Milner

Coll. *Connaissance de l'inconscient*
Gallimard

Le recours aux drogues a été, depuis le début du 19^{ème} siècle, un phénomène culturel qui a exercé une influence considérable sur l'imaginaire des artistes et de leur public. Il était nécessaire de montrer, textes à l'appui, que ce n'est pas le « toxique » qui a été longtemps l'élément déterminant, mais la recherche d'un changement d'état qui a revêtu, selon la drogue – l'opium, le haschisch, la « fée morphine », la cocaïne, la mescaline – et selon les consommateurs, des formes différentes : rompre avec les entraves du temps et de l'espace, élargir l'expérience humaine au-delà des limites de la pensée rationnelle, retrouver une unité perdue, accéder à une jouissance ignorée (les « paradis artificiels »), etc. Bien que la portée du phénomène, telle qu'on essaie ici de la définir, dépasse de loin les limites de la littérature, ce sont les écrivains qui permettent le mieux de le saisir. Pour ne citer que les principaux : Théophile Gautier, Baudelaire, Rimbaud, Jarry, Cocteau, Joë Bousquet, Walter Benjamin, Artaud, Jünger, sans oublier Thomas De Quincey et Henri Michaux, par lesquels s'ouvre et se clôt cette étude qui fait aussi sa place à des « romans de mœurs », qui permettent de préciser l'image du drogué ou de la « morphinée ». Elle se termine par une réflexion sur l'usage de la drogue aujourd'hui : « prothèse » suppléant au vide de l'existence plus qu'ouverture sur l'inconnu.

ANNONCES EN BREF

8 et 9 mars 2000. Paris. Séance de la Société Française d'Alcoologie sur le thème : *Thérapies cognitivo-comportementales et addictions*. Inscriptions : Convergences SFA - Mars 2000, 120 avenue Gambetta, 75020 Paris. Tél. : 01 43 64 77 77. Fax : 01 40 31 01 65. E-mail : z.fowder@convergences.fr.

16 mars 2000. Clermont de l'Oise. 9^{ème} Journée Scientifique de l'Association Clermontoise de Recherche d'Enseignement et de Formation en Psychiatrie et Psychologie sur le thème : *Institution, institutions*. Renseignements et secrétariat : Nord-Picardie : Dr Zoute, Mme Tanguy, CHI, 60600 Clermont de l'Oise. Tél. : 03 44 77 50 05. Fax : 03 44 77 50 21. Région parisienne : Mme Castro, CMP, 1 avenue Jeanne, 92600 Asnières. Tél. : 01 47 90 60 99. Fax : 01 47 93 29 03.

16 et 17 mars 2000. Nancy. Journées Emois 2000 sur le thème : *Evaluation, management, organisation, information en santé*. 13^{ème} Congrès national. Renseignements : Dr Daniel Mayeux, Lorraine Congrès Journées émois 2000, BP 663, 54063 Nancy Cédex. Tél. : 03 87 18 66 94. Fax : 03 87 18 66 99. E-mail : mayeux@spieao.u-nancy.fr.

16 et 17 mars 2000. Montpellier. Troisièmes rencontres hospitalières en éducation pour la santé. Renseignements : Florence Torres, Centre Administratif A. Bénech, 191 avenue Doyen Gaston Giraud, 34295 Montpellier Cédex 5. Tél. : 04 67 33 93 57. Fax : 04 67 33 67 63. E-mail : mc-lhuillier@chu-montpellier.fr.

17 mars 2000. Paris. Séminaire sur le thème : *L'adolescent et la relation éducative en institution spécialisée*. Renseignements et inscriptions : CTNERHI, 236 bis rue de Tolbiac, 75013 Paris. Tél. : 01 45 65 59 40. Fax : 01 45 65 44 94. E-mail : ctnerhi@club-internet.fr. Site internet : <http://perso.club-internet.fr/ctnerhi/>.

18 et 19 mars 2000. Paris. Journées Scientifiques de la Société Française de Psychothérapie Psychanalytique de groupe sur le thème : *L'identification à l'épreuve du groupe*. Renseignements et inscriptions : Secrétariat SFPPG, Sandrine Gorchon, 20 rue Larrey, 75005 Paris. Tél. et fax : 01 43 36 03 40.

21 mars 2000. Epinay-sur-Orge. 1^{ère} Journée Médecine et Psychiatrie organisée par l'EPS Parray-Vaucluse. Renseignements et inscriptions : Dr Daudin, EPS Parray-Vaucluse, Service des Spécialistes, 91360 Epinay-sur-Orge. Tél. : 01 69 25 42 00. Fax : 01 69 46 30 37.

24 mars 2000. Paris. 3^e Journée de travail des psychiatres publics d'enfants et d'adolescents d'Ile-de-France, organisée en collaboration avec l'Agence Régionale d'Hospitalisation d'Ile-de-France, sur le thème : *Soigner, gérer, prévoir. Quels contrats ?* Renseignements : Secrétariat, 20 rue de la Crèche, 77100 Meaux. Tél. : 01 64 33 78 96. Fax : 01 64 35 02 92.

6 et 7 avril 2000. Béziers. X^e Rencontres nationales de périnatalité de Béziers sur le thème : *Le maintien des liens à l'épreuve des réseaux obstétrico-pédiatriques*. Renseignements et inscriptions : Mme Badiola, tél. : 04 67 49 87 05, fax : 04 67 09 02 36, tous les après-midis du lundi au vendredi de 14h à 18h. Secrétariat Service de Pédiopsychiatrie : Mme Gayraud, tél. : 04 67 30 85 05, Mme Bertrand, tél. : 04 67 35 70 78.

5 mai 2000. Avignon. 1^{ère} Journée Nationale d'Etude organisée par le Journal des Professionnels de l'Enfance sur le thème : *L'enfant et le jeu. Quelle évolution ?* Informations et inscriptions : Journal des Professionnels de l'Enfance, 8 rue de l'Hôpital Saint-Louis, 75010 Paris. Fax : 01 53 38 46 42. E-mail : jdpe@worldnet.fr.

13 mai 2000. Le Havre. 4^{ème} Journée d'information du Service de Néonatalogie du Groupe Hospitalier du Havre, de l'ARPEA, du GEN et des CAMSP de Haute Normandie sur le thème : « *Le petit chose* » : *la souffrance de l'enfant face à ses parents malades. Dis pour-quoi tu as mal*. Contact : P. Corde, D. Bina, tél. : 02 32 73 36 20. Fax : 02 32 73 36 24. E-mail : sec.neonat@ch-havre.fr.

19 et 20 mai 2000. Strasbourg. 8^{ème} Congrès International de Psychomotricité et 2^{ème} Congrès Européen de Psychomotricité sur le thème : *Psychomotricité et bouleversements de la société*. Renseignements : A. Saint-Cast, E. Pommella, 5 rue Copernic, 75116 Paris. Tél. : 01 47 04 98 68. Fax : 01 45 05 12 77. E-mail : ardp@psychomotricite.com.

19 et 21 mai 2000. Glasgow. 6^{ème} Congrès International d'Autisme-Europe. Renseignements : Autisme-Europe, av E. Van Becelaere 26B, Bte 21, B-1170 Bruxelles, Belgique. Tél. : 32 (0)2 675 75 05. Fax 32 (0)2 675 72 70. E-mail : autisme-europe@arcadis.be.

22 au 24 mai 2000. Lyon. Colloque de l'Association Nationale des communautés éducatives sur le thème : *La violence, comment faire face ?* Renseignements : Michel Garde, 11 bd du Fust, 26200 Montélimar. Tél. : 04 75 01 02 03. Fax : 04 75 46 00 71.

23 mai 2000. Paris. 7^{ème} Journée des psychologues de l'AP-HP sur le thème : *Les psychologues à l'AP-HP en l'an 2000, pour qui, pour quoi ?* Renseignements : Groupe hospitalier Cochin-St Vincent de Paul, service de Psychiatrie Infantile, Pr Golse, 82 av Denfert Rochereau, 75014 Paris. Tél. : 01 40 48 81 84. Fax : 01 40 48 81 85.

25 et 26 mai 2000. Lille. Journées organisées par l'Institut d'orthophonie « Gabriel Decroix », UNAGES, sur le thème : *Prévenir l'illittrisme : réflexions, pratiques et perspectives*. Renseignements : Institut d'orthophonie « Gabriel Decroix », Faculté de médecine, 59045 Lille Cédex. Tél. : 03 20 62 76 18. Fax : 03 20 62 76 04. E-mail : inst-orthophonie@univ-lille2.fr.

25 au 27 mai 2000. Chartres. XVI^{èmes} Journées Nationales de l'Association des Psychiatres de Secteur Infanto-Juvenile (API), sur le thème : *Variations sur motifs scolaires*. Renseignements : Dr Jacques Constant, 1 rue Saint-Martin au Val, 28000 Chartres. Tél. : 02 37 30 30 93.

31 mai au 2 juin 2000. Lisbonne. Après Venise et Séville, 3^{ème} Congrès Européen de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent. Association Européenne de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent (AEPEA) sur le thème : *Avatars de la parentalité et psychopathologie*. Renseignements : Prof. P. Ferrari. Tél. : 01 41 24 81 76. Fax : 01 41 24 ?? 10.

1er au 4 juin 2000. Montréal. 60^{ème} Congrès des Psychanalystes de Langue Française sur le thème : *L'idéal transmis*. Renseignements : Société Psychanalytique de Paris, 187 rue Saint-Jacques, 75005 Paris. Tél. : 01 40 51 76 60.

6 au 9 juin 2000. Lille. *Vers un nouveau siècle de travail et de santé*. Congrès national de médecine du travail organisé par l'Association de gestion santé. Renseignements : Institut de médecine du travail du Nord de la France, 1 avenue Oscar Lambret, 59037 Lille Cédex. Tél. : 03 20 44 55 94. Fax : 03 20 44 55 65. E-mail : congres.medtrav@wanadoo.fr.

15 et 16 juin 2000. Paris. ASCISM. *Quelles compétences infirmières en psychiatrie en Europe ?* Renseignements : ASCISM, Maison des sociétés, Bte 83, square Grimma, 69500 Bron ; ou Marc Livet. Tél. : 01 48 87 67 22. Fax : 01 69 05 97 13. E-mail : livet.ascism@wanadoo.fr.

23 et 24 juin 2000. Reims. VII^{èmes} Rencontres de la CRIEE sur le thème : *Actualité du trauma*. Renseignements et inscriptions : G. Rodriguez, Centre de Jour A. Artaud, 45 rue Jeanne d'Arc, 51100 Reims. Tél. : 03 26 40 01 23. Fax : 03 26 77 93 14.

26 au 30 juin 2000. Paris. Congrès International de Jubilé organisé par la Fédération Française de Psychiatrie sur le thème : *De la clinique à la recherche : penser la psychiatrie*. Renseignements : MTV Congrès du Jubilé de l'AMP, BP 38, 92502 Rueil Malmaison. Tél. : 01 41 39 88 82. Fax : 01 41 39 88 85. E-mail : wpa.jubileecongress@mtv.fr.

8 au 11 juillet 2000. Paris. Les états généraux de la psychanalyse. Renseignements : Convergences-E.G. Psychanalyse 2000, 120 av Gambetta, 75020 Paris. Tél. : 01 43 64 77 77. Fax : 01 40 31 01 65. E-mail : convergences@convergences.fr.

20 au 22 juillet 2000. Versailles. Association Internationale d'Histoire de la Psychanalyse. VII^{ème} rencontre internationale. *Histoire du travail psychanalytique clinique de Freud à nos jours. Retrospective et perspectives*. Renseignements : AIHP, 8 rue du Cdt Mouchotte, 75014 Paris. Tél. et fax : 01 40 47 04 49. E-mail : aihp@magic.fr.

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