

LE JOURNAL DE NERVURE

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

Supplément à NERVURE
 Journal de Psychiatrie
 n° 5 - Tome XIV - Juin 2001

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

Y. Tyrode*

Guillaume de Broutet et le traitement moral : un précurseur avignonnais

2^{ème} partie

LIVRES

La Maladie mentale en mutation Psychiatrie et société

sous la direction de Alain Ehrenberg et
 Anne M. Lovell*
 Editions Odile Jacob

Ce livre est construit sous la forme d'une série de coups de projecteur, historiques, cliniques, sociologiques, philosophiques et anthropologiques, sur la psychiatrie et les troubles mentaux. Il est divisé en trois parties. La première regroupe les études consacrées aux différentes facettes du trouble mental, la deuxième, les réflexions portant sur les traitements et les diagnostics, la troisième, les analyses concernant les notions de « mental » et de « cérébral » qui composent le vivant humain. Le chapitre intitulé « *Pourquoi avons-nous besoin d'une réflexion sur la psychiatrie ?* » apparaît particulièrement stimulant puisque pour ce qui concerne une nouvelle clinique il est relevé que « *il apparaît nettement qu'elle ne ressemblera ni à l'ancienne phénoménologie psychiatrique ni à la psychanalyse, laquelle ne se trouve par ailleurs nullement en contradiction avec les résultats de la neurobiologie. Elle ressemblera plutôt à une façon de voir la pathologie en termes de facteurs de protection et de vulnérabilité. Elle sera sans doute du côté du paradigme du risque dont elle renforcera l'ancrage sociologique (dans les institutions et les pratiques). L'approche syndromique du DSM pourrait en sortir ébranlée* ».

G.M.

*avec les contributions de Jacqueline Carroy, Vincent Descombes, Alain Ehrenberg, Jacques Gasser et Michael Stigler, Byron J. Good avec Subandi et Mary-Jo Del Vecchio Good, Marc Jeannerod, Georges Lantéri-Laura, Claude Legrand, Anne M. Lovell, Sherrill Mulhern, Pierre Pachet, Paul Rabinow, Daniel Widlöcher, Allan Young.

Psychothérapie psychanalytique de l'enfant et de sa famille

Sous la direction de Simone Decobert et François Sacco
 Erès

Les auteurs, réunis à l'initiative de l'Institut Claparède, analysent l'évolution actuelle de la psychothérapie psychanalytique de l'enfant et de sa famille dans le cadre des institutions de santé. Ils confrontent leurs points de vue, pour finalement convenir que quelles que soient les formules thérapeutiques choisies, individuelles, groupales, familiales, leur cohérence tient à une référence théorique commune : la psychanalyse.

L'ŒUVRE ÉCRITE

« *Nous ne pouvons qu'applaudir aux vues philanthropiques de l'anonyme et nous présumons que son travail lui méritera la reconnaissance des lecteurs qui aiment à s'instruire des moyens de conserver la santé de l'esprit et du corps* ».

C'est ainsi que Roche et Guérin, médecins de l'Hôpital Général d'Avignon, approuvaient sans réserve l'ouvrage anonyme publié en 1813, à compte d'auteur, traitant de « *La Science de la Santé soit pour le moral soit pour le physique* ».



Basilique d'Avignon, 1990, Grande maintenance des pénitents

Il était ajouté, en page de garde, cette mention fort curieuse : « *Cet ouvrage n'est point vendu mais distribué par l'imprimeur ou toute autre voie avec contrepartie morale pour le bénéficiaire de verser 1,50 F, prix du livre, au pauvre de son choix* ».

Ce livre broché à l'aspect modeste et à la diffusion incertaine, attire d'emblée l'attention par son projet et sa matière : il traite en deux parties distinctes, par rubriques placées en ordre alphabétique, des soins moraux et des remèdes ainsi que des vertus des plantes et des aliments. Nous découvrons avec beaucoup d'étonnement que la place prise par le traitement moral des aliénés ainsi que les conduites thérapeutiques et les pratiques institutionnelles dénotent d'une exceptionnelle maturité pour l'époque et d'un esprit novateur. Son auteur apparaît d'emblée comme un pionnier de la psychiatrie naissante.

Cet ouvrage, alors totalement inconnu, avant 1993, des répertoires de l'histoire de la psychiatrie, reprenait peu à peu sa place historique par une longue et minutieuse enquête. Les thèses défendues dans ce compendium sont classées par ordre alphabétique. Elles sont particulièrement bien résumées et explicites dans cet extrait de l'article « *dé-*

mençe » ; ce court texte est une approche bien surprenante de la psychothérapie familiale, de la sociothérapie et de l'ergothérapie : « *La France a vu enfin paraître Monsieur Pinel, fameux pour la guérison des aliénations d'esprit dans les hospices des insensés, à Paris. Il a donné un traité médico-philosophique de la manie, ouvrage curieux où je renvoie le lecteur.*

Huit ans avant que ce livre parût, j'avais recueilli des notes sur les ouvrages anglais traitant des remèdes moraux et je crus devoir les mettre en pratique dans l'hospice des insensés d'Avignon où j'étais adminis-

trateur. Je divisais, à la façon anglaise, les remèdes moraux, en généraux et en particuliers. Les premiers consistent à s'informer d'abord des parents du malade, du sujet de sa démence, et si c'est le chagrin, de le combattre, en lui présentant les moyens propres à en détruire la cause en lui en persuadant la cessation prochaine par un événement heureux. Les seconds consistent à prodiguer aux insensés toutes sortes de distractions.

Dans ce texte essentiel, la distinction entre remèdes physiques, dévolus aux médecins, et remèdes moraux, du ressort du « philosophe », est bien clarifiée : J'introduisis en leur faveur, l'usage de la liberté, dans ce vaste enclos. Je voulus donc qu'ils ne fussent plus renfermés dans leur loge, que pendant la nuit. J'établis leur repas, en table ronde, avec deux surveillants. Je procurais aux uns des jeux simples et amusants, et à d'autres, de petites lectures récréatives. J'engageais des amateurs de symphonies à venir concerner auprès de ces infortunés, remède qui influait souvent d'une manière avantageuse, soit en calmant leurs accès de folie, soit en y faisant diversion. Je défendis aux servants, de les contredire, voulant au contraire qu'on feignit de partager leurs

peines, leurs idées et leurs erreurs. Des officiers de santé, de leur côté, suivirent plus attentivement la marche de chaque genre de folie, pour ordonner des remèdes physiques, de façon à coïncider avec les remèdes moraux et en combinant ces deux méthodes, plusieurs guérisons furent obtenues, envers ceux dont la démence n'était pas invétérée car il est plus que rare de réussir envers des insensés de longue date ».

Outre la précision mentionnée dans ce texte de la fonction d'administrateur de l'hospice des insensés exercée par l'auteur anonyme, nous apprendrons, dans ce même ouvrage,

que l'intéressé avait déjà rédigé un mémoire dès 1797 sur sa pratique auprès des insensés.

Il avait, en effet, présenté ce mémoire au Ministre de l'Intérieur, François de Neufchâteau, dans le cadre d'un conflit l'opposant à la Mairie d'Avignon, gestionnaire des hospices après la révolution : « *Le Ministre le présenta pour avis à l'Athénée de Paris qui, après un mûr examen, le couronna* ». L'auteur conclut : « *ceci m'a aidé à obtenir ma demande, en faveur du dit hospice des insensés, pour n'être plus réuni aux hospices civils*⁽¹⁰⁾ ».

Ce rapport allait, durant un an, faire son chemin dans les plus hautes instances scientifiques du moment : une note de Roque, Pharmacien

en Chef de l'hôpital général d'Avignon, nous précise que ce mémoire se voyait donc attribuer un prix lors de la séance publique de l'Athénée des Arts à Paris, le 30 messidor An V (18 juillet 1797). Ce prix fut reçu des mains de monsieur Desessarts, Président (médecin et membre de l'Institut, section des Sciences morales et politiques). Un diplôme fut délivré et remis par monsieur Desandray, Secrétaire Général de l'Athénée. De plus, l'institution parisienne fit « *imprimer ce mémoire à ses frais et le répandit dans Paris* »⁽¹¹⁾. Le 21 décembre 1797, Pussin, vexé et jaloux, protestait violemment dans un rapport manuscrit adressé au ministre François de Neufchâteau (il s'agit du rapport envoyé sous l'autorité de Pinel afin d'obtenir le transfert du Pussin de Bicêtre à la Salpêtrière) : « *C'est sans doute par ignorance ou par erreur que le lycée des Arts a, dans une de ses séances publiques, présenté l'hospice d'Avignon, destiné aux insensés, comme le seul en France*

*Psychiatre, Expert agréé par la Cour de Cassation en neuropsychiatrie, 3ème Secteur de Psychiatrie Générale du Vaucluse, Centre Hospitalier Spécialisé, 84143 Montfavet.

LIVRES

Autismes et psychoses infantiles : quel accompagnement à l'âge adulte ?Catherine Defives-Jeantoux
Erès

L'auteur, orthophoniste de formation, psychologue, rapporte ici le déroulé, au très long cours, de prises en charge individuelles d'adultes souffrant d'autismes ou de psychoses de l'enfance, et pour la plupart sans langage verbal. Bien que reposant sur des éléments de théorisation, cet ouvrage prend le parti d'un témoignage au quotidien d'une pratique institutionnelle. Ainsi, le lecteur se trouve introduit dans l'univers très particulier et trop peu connu des Maisons d'Accueil Spécialisées. Il y découvre les résonances que cette institution peut avoir avec les pathologies des personnes qui y sont hébergées et avec les problématiques existentielles fondamentales (le temps, l'abandon, la séparation, les morts psychiques et corporelles...) qu'elles génèrent.

Une école du balbutiement Masochisme, lettre et répétitionIsabelle Mangou
Cahiers de l'Unebèvue

Trois écoles sont ici convoquées : l'école des saturae, telle que Pascal Quignard peut la pratiquer, celle des nymphes, des Vénus et des Amazones, telle qu'Aby Warburg l'a mise en jeu dans son immense bibliothèque, et celle de la *Brahd Aranyaka Upanisad* telle que Lacan l'indique à ses élèves-psychanalystes, trois écoles du balbutiement, où Renart, Wanda, Gradyva, enseignent que l'étreinte n'a qu'une lettre, une *littera* où s'accrocher. Le balbutiement, en ne *prenant* pas la parole, en composant le silence, permet un point d'expulsion de la parole. La parole se prend, de se perdre. Comme Renart fuyant à travers les broussailles, le balbutiement met en mouvement quelques notions canoniques de la psychanalyse, la répétition, la lettre, le masochisme.

Peut-on prévenir la psychopathologie ?Sous la direction de Claude de Tychey
L'Harmattan

La question posée est brûlante et partage certainement les cliniciens. Ils trouveront dans ces pages des réponses et de nouvelles interrogations à partir des conférences et communications développées au deuxième colloque international sur la prévention organisé à Nancy le 29 janvier 2000.

Certaines d'entre elles abordent des questions d'actualité en matière de prévention à chaque période de la vie : les troubles du sommeil (B. Golse) et la maltraitance chez l'enfant (M. Manciaux), les troubles alimentaires chez l'adolescent (P. Jeammet), la perversion chez l'adulte (A. Lefebvre), ou encore la réflexion de C. Dejours sur la souffrance et les difficultés de la démarche préventive en psychopathologie du travail. D'autres fourniront des repères diagnostiques utiles à ceux confrontés à la clinique du lien et à ses avatars. Quelques-unes enfin interpellent au niveau des questions éthiques qui peuvent se poser quand on envisage de développer une perspective préventive aussi nécessaire que malaisée à mettre en œuvre dans bien des cas.

BIOGRAPHIE (suite)

où l'on mêle ces remèdes en pratique, tandis que depuis treize ans passés je n'en ai pas d'autres à ma disposition ».

Dans la même note de Roque précédemment citée, nous apprenons que la Société de Médecine approuva, le 30 fructidor (16 septembre 1797) suivant, ce rapport. De plus, celui-ci fut repris en partie par le Journal des Sciences et des Arts avant d'être examiné par un jury de l'Institut, section des Sciences Morales et Politiques, lors de sa séance publique du 15 messidor An VI (3 juillet 1798), (le jour du débarquement de Bonaparte à Alexandrie). Le célèbre Bernardin de Saint-Pierre est cité comme ayant été le rapporteur de ce jury⁽¹²⁾.

L'événement que représentait l'intervention de ce personnage de premier plan allait nous permettre de retrouver les traces de Broutet et de préciser la place historique qu'il joua dans la diffusion des conceptions anglaises du traitement moral : Bernardin de Saint-Pierre avait été chargé par la classe des Sciences Morales et Politiques de l'Institut de faire le rapport oral du jury à présenter en séance à huis-clos puis en séance publique, portant sur les 15 mémoires présentés à l'Institut⁽¹³⁾ dans le cadre d'un concours pour le prix de l'Institut sur la question : *Quelles sont les Institutions les plus propres à fonder la morale d'un peuple ?*

Les délibérations relatives au compte-rendu du jury avaient provoqué de violentes querelles lors de la pré-séance à huis-clos qui précédait la séance publique : l'échange avait été des plus durs, sur ce rapport, entre Bernardin de Saint-Pierre et le célèbre Cabanis quant à la question de l'existence de Dieu. Il est étonnant de voir ici apparaître l'auteur du *Rapport sur les maisons publiques et charitables des fous*, l'initiateur de la loi de 1838 : Bernardin de Saint-Pierre avait opposé la morale divine à la morale humaine, variable et incertaine, et avait développé quelques arguments allant dans le sens de l'existence de Dieu. Ces propos poussèrent Cabanis à hurler, dans un accès de fureur : « *Je jure qu'il n'y a pas de Dieu !* ».

Bernardin de Saint-Pierre, outré, se retira, refusant de changer les termes de son intervention en vue de la séance publique prévue dans les jours à venir. Il fut interdit de tribune pour le compte-rendu oral il fit alors publier celui-ci à ses frais, sous la forme d'un pamphlet destiné à être distribué dans Paris le jour de la séance publique de l'Institut. Cet incident historique, est à l'origine inespérée de la trace écrite du commentaire de Bernardin de Saint-Pierre sur le rapport de Broutet, telle qu'il figure dans l'édition de ses œuvres complètes.

Bernardin de Saint-Pierre s'expliquera sur sa démarche frondeuse aboutissant à ce pamphlet, véritable tract quasi subversif, démarche qui était dans la droite lignée de celle des tribuns du peuple :

« J'ai cru devoir rendre publique la fin de mon rapport parce qu'il contient des idées que je crois essentielles à la nature de la morale. J'ai usé en cela du droit de tout citoyen et j'ai suivi l'exemple des représentants du peuple qui font imprimer le discours destiné à la Tribune lorsqu'ils ne peuvent y être admis ».

Dans ce « *rapport du jury* » dense, daté du 3 juillet 1798, écrit pour être distribué jusqu'aux portes du Louvre, siège de l'Institut et pour y faire scandale de la censure de la Compagnie, l'auteur, qui sera nommé membre de l'Académie Française en 1803, sous le Consulat, à son rétablissement, reprend abondamment le rapport de Broutet, seul cité, sur les 15 mémoires concurrents. Broutet est présenté comme médecin (ce qui est inexact)⁽¹⁴⁾ et philanthrope-moraliste, exerçant à l'hos-

pice des insensés d'Avignon. Bien que mal orthographié⁽¹⁵⁾, il est nommé en toutes lettres : il s'agit bien de notre anonyme dont la trace restait jusque là incertaine : « (...) *Un médecin vient de présenter au gouvernement une méthode curative de la folie par des remèdes moraux. En effet, la folie est une maladie morale qui se combine souvent, ainsi que les passions, avec la santé physique la plus robuste. Parmi les preuves que ce respectable philanthrope rapporte de la bonté de ses moyens, certifiées par deux médecins célèbres, dont l'un, le citoyen Desessarts est un de nos confrères, il y en a une fort touchante : une fille, âgée de 25 ans, était devenue folle par les injustices répétées de son père. Il lui enlevait tous les fruits de ses travaux pour les donner à son frère. Il lui promit une croix d'or en dédommagement ; mais il manqua de parole. L'infortunée ne put résister à ce dernier trait ; elle en perdit la raison. Elle entra en fureur au seul nom de l'auteur de ses jours. On l'emmena au célèbre hospice des insensés d'Avignon. Le médecin moraliste, après lui avoir fait administrer, sans succès, les remèdes physiques accoutumés, la console, lui dit que son père se repent de ses torts, qu'il lui a acheté le bijou qu'il lui a promis, et qu'il a envoyé son frère au loin apprendre une profession. La fille écoute et devient pensive. Bientôt le père se présente à elle, mais elle le repousse. Après quelques nouvelles tentatives, il s'en approche, la caresse, lui présente le bijou fatal. La fille émue, verse des larmes, lui tend la main, l'embrasse et en peu de temps recouvre sa santé (...) ».*

LA PLACE DE GUILLAUME BROUET COMME INITIATEUR AVIGNONNAIS DU TRAITEMENT MORAL

Dès 1794, Broutet adresse, en pleine période de la Terreur, un manuscrit, daté du 27 avril 1794 (8 Floréal) au représentant membre du Comité d'instruction publique Bouquier, sur *La nouvelle méthode d'employer les remèdes moraux pour la guérison des insensés*. Cet exposé de sept pages a été découvert (Archives Nationales F17 2274), publié et commenté par Michel Caire dans *L'évolution psychiatrique en 2000*. Ce texte développe cinq observations cliniques qui exposent les méthodes de soins associant les remèdes moraux généraux, les remèdes moraux particuliers et les remèdes physiques, insistant également sur la nécessité de disposer de locaux agréables et spacieux. Cette publication enrichit considérablement l'approche de l'implication avignonnaise dans la pratique thérapeutique novatrice du traitement moral. Guillaume Broutet, anonyme rédacteur de *La Science de la Santé*, est, de plus, l'auteur de plusieurs ouvrages dont les traces se sont apparemment perdues. Ces circonstances expliquent qu'il ait pu jusque là échapper totalement à la vigilance des historiens du traitement moral et de la psychiatrie du début du XIX^{ème} siècle.

Guillaume Broutet évoluait dans une société aristocratique et bourgeoise avignonnaise qui fut rapidement dispersée par l'action totalitaire des envoyés de la Convention tandis que la faculté de théologie, de droit et de médecine, qui rivalisait en importance avec celle de Paris, était dissoute en 1793. Si ce n'est que par miracle que Broutet échappa aux cauchemardesques épisodes de la Terreur, d'autres n'eurent pas sa chance. Tout ceci justifie le peu de traces laissées par les courants d'idées de certains intellectuels méridionaux de cette période, plus particulièrement en ce qui concerne les disciplines médicales. Ecrivain au soir de sa vie, il apparaît novateur dès son premier écrit de 1797 (*Mémoire concernant les soins moraux aux insensés de l'Hospice d'Avignon*). Broutet avait repris sa fonction d'administrateur de l'hospice des Insensés après la Révolution et lutté contre la décision du maire de la ville, Guillaume Puy, d'englober, avec les autres hospices de la commune, l'institution des insensés (au risque de lui faire perdre spécificité et revenus propres), par application de la loi du 16 Vendémiaire An V (7 octobre 1796) relayée par un arrêté municipal avignonnais du 1 Prairial An V. Grâce à son acharnement et à l'autorité scientifique dont il avait pu se faire créditer par son rapport immédiatement diligenté à Paris auprès du ministre (il s'agit du rapport ayant déclenché la polémique relatée entre Cabanis et Bernardin de Saint-Pierre), Broutet gagnait sa bataille. Le ministre de l'Intérieur annulait la décision de rattachement : l'établissement gardait sa spécificité et son indépendance, ce qu'il a conservé jusqu'à ce jour (réf. : archives départementales de Vaucluse. Fond de la Préfecture. 1X322 ; voir : répertoire série X. Assistance et prévoyance sociale. J.-P. Locci. 1973).

Les publications de Broutet sont nourries des apports philosophiques anglais et des premiers aliénistes d'outre-manche. Il est également féru du courant rousseauiste du siècle des Lumières et baigne dans l'ambiance humaniste de cette fin du XVIII^{ème} siècle avignonnais, dans cette communauté au carrefour de l'Italie, de la France et de la vaste Occitanie. Il vivait proche des nombreux imprimeurs et libraires qui diffusaient, sous l'autorité bienveillante et distraite du Vice-Légat et de son inquisiteur, toutes sortes d'ouvrages refusés par le pouvoir royal français. Il écrira dans *La Science de la Santé* : « *Les observateurs philanthropes n'ont pu qu'être affligés de voir l'ancienne manière dont les insensés étaient traités en France dans leurs divers hospices ; car les officiers de santé, trop persuadés alors que la démence est une désorganisation cérébrale, et, par conséquent, une maladie inguérissable, ne leur ordonnaient que des remèdes physiques, presque toujours insuffisants ; aussi voyait-on sortir très rarement de ces malades qui eussent retrouvé leur raison. L'Angleterre fut la première à avoir des médecins éclairés qui reconnurent et publièrent que, quoique les* » (suite p.8)

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2001-2002

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

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

Interdit de l'inceste et don

Quelques réflexions sur l'interdit de l'inceste

Pour approcher le sens de l'interdit de l'inceste, il est intéressant de le formuler de façon positive. Claude Lévi-Strauss insiste sur ce point. Dans *Les structures élémentaires de la parenté* (Mouton, Paris, 1949 (1967)) il considère que « la prohibition de l'inceste est moins une règle qui interdit d'épouser mère, sœur ou fille qu'une règle qui oblige à donner mère, sœur ou fille à autrui ». Finalement, il en arrive à cette formulation qui nous paraît essentielle : « la prohibition de l'inceste est la règle du don par excellence » (p.552). Selon la définition de Godbout et Caillé (*L'esprit du don*, La Découverte, Paris, 1992, p.32) le don est une « prestation de bien ou de service effectuée, sans garantie de retour, en vue de créer, nourrir ou recréer le lien social entre les personnes ». Le don est constitutif de la vie individuelle et sociale. Il est, cependant, fragile. Son émergence est conditionnée par la différenciation, la reconnaissance de la filiation, l'inscription dans le temps et l'accueil du contre-don. Nous allons voir que l'interdit de l'inceste garantit précisément ces conditions.

Différenciation

L'interdit est ce qui est « dit entre » les personnes (Vasse D, *Un parmi d'autres*, Seuil, 1987, p. 143). Cette parole, prononcée par un tiers, notamment par le père, sépare l'enfant de sa mère et le fait apparaître comme distinct de celle-ci. L'enfant abandonne l'illusion de la fusion. L'autre cesse d'être prolongement de soi et objet de possession pour devenir objet total, distinct de soi et désirable. La dimension d'altérité apparaît. Le sujet se différencie de l'autre. Il différencie, également, la relation réelle d'avec une unité imaginaire avec l'objet. Il devient capable d'échange et de don.

Reconnaissance de la filiation

En même temps que la différenciation entre l'enfant et sa mère, l'interdit de l'inceste introduit une différenciation entre les relations filiales et les autres types de relation. Il met en évidence la spécificité de la filiation qui consiste à se recevoir d'un autre. L'interdit de l'inceste empêche les parents de s'emparer de leur enfant pour leur satisfaction personnelle. Il les invite, au contraire, à recevoir ce que leur enfant peut leur donner et il les oblige à regarder leur enfant comme un être qui compte sur eux pour vivre. Les parents sont conduits à être attentifs aux besoins de leur enfant et à y répondre par des dons adéquats. Le paradigme du « prendre-rejeter » fait place à celui du « recevoir-donner ». Symétriquement, l'interdit de l'inceste impose à l'enfant de renoncer à posséder narcissiquement et sexuellement ses parents. L'enfant est mis à sa place de sujet dépendant. Il expérimente qu'il n'est pas sa propre origine et ne peut pas se faire vivre par lui-même. Il apprend, ainsi, à recevoir. A partir de cette ouverture au don reçu, il pourra s'inscrire dans ce mouvement du don et donner à son tour. Il pourra devenir vivant et désirant. Le don, signe de l'amour, est l'« acte du désir » (Jean-Claude Sagne, *La Loi du Don*, PUF, 1997, p. 217). Il est beaucoup plus qu'un transfert de bien d'une personne à une autre. Il est, d'abord, ouverture de soi-même à celui qui donne, puis dans le dynamisme de ce don reçu, désir de vivre et de donner à son tour.

Inscription dans le temps

Avec la reconnaissance de la filiation, l'interdit de l'inceste introduit le temps. L'interdit de l'inceste interdit de se « boucler sur soi-même » relationnellement, mais aussi temporellement. Il guide vers l'ouverture à

l'autre, vers la demande et vers l'attente. Il oriente vers le temps linéaire qui est celui de la frustration mais aussi celui des potentialités, de l'évolution, de la filiation et du don, à l'inverse du temps circulaire qui caractérise la toute-puissance imaginaire.

L'interdit de l'inceste différencie le père de son enfant. Il instaure le père comme représentant de l'origine et comme commencement. Le temps prend sens, dans les deux acceptions de signification et de direction. Sur ce vecteur allant du passé à l'avenir, le don, le « présent », peut advenir. Le don se donne dans le temps linéaire et hiérarchisé car il a la structure de la filiation. En effet, le donateur ne se confond pas avec l'origine. Il se réfère à un donateur initial puisqu'il donne d'avoir reçu. Le donateur est dans un lien filial avec son donateur initial. Le donataire, de son côté, actualise son manque en s'ouvrant à la réception d'un don. Lui aussi reconnaît son besoin de se recevoir d'un autre, c'est-à-dire sa condition filiale. Donateur et donataire se trouvent réunis dans la même expérience filiale. Donner suppose de s'inscrire dans le temps linéaire et la filiation par la reconnaissance de notre dépendance envers un donateur initial. Ensuite, le don se déploie lui-même dans le temps en éveillant chez les donataires le désir de donner à leur tour. Cette succession et ce dynamisme sont permis par l'interdit de l'inceste qui empêche l'indifférenciation et l'annulation du temps.

Accueil du contre-don

Avec la différenciation, la reconnaissance de la filiation et l'inscription dans le temps le sujet est en mesure de réaliser un don. Cependant, pour que le don soit complet, il devra accueillir l'éventuel don en retour de son donataire. En effet, comme Jean-Claude Sagne nous l'indique « dans l'ordre du don, la gratuité possible à l'homme trouve son critère le plus sûr dans l'aptitude à recevoir le don en retour de la part de celui à qui nous avons accordé le premier don. Donner en récusant l'échange n'est pas un don en vérité, mais un

défi hautain ou la crainte de dépendre de l'obligé » (Sagne 1997 p. 176).

Alain Caillé confirme cette notion, du point de vue sociologique, dans sa « *conception modeste du don* ». Pour cet auteur, la qualité du don est garantie par la « parité », c'est à dire par la possibilité réelle pour le donataire de rendre d'une manière ou d'une autre (Caillé, *Don, intérêt et désintéressement*, La Découverte/ M.A.U.S.S, Paris, 1994, p.38). C'est encore l'interdit de l'inceste qui favorise cette dernière dimension du don. Lévi-Strauss, dans son optique contractuelle, remarque que cet interdit est « l'archétype de toutes les autres manifestations à base de réciprocité » (p. 551). Il invite à sceller la relation par l'échange de dons.

Sur un plan intra-psychique, nous avons vu que l'interdit de l'inceste empêche le centrage sur soi et l'appropriation de l'autre et qu'il fait émerger le désir et instaure l'altérité. Dans ce mouvement, il permet de prendre en compte les désirs de l'autre. Or ce qui les exprime le mieux est le don. Accueillir l'autre et ses désirs va se traduire naturellement par l'accueil de ce qu'il donne. Libéré par l'interdit de l'inceste le sujet peut devenir donateur et permettre à son donataire de devenir lui aussi donateur en accueillant ses contre-dons.

En conclusion

Sans l'interdit de l'inceste, l'autre est confondu avec soi, le désir avec la jouissance, l'accueil avec l'appropriation et le don ne peut émerger.

Claude Bruaire nous explique que l'homme est un être-de-don (*L'Être et l'Esprit*, PUF, 1983). Étant lui-même un don, le sens et le dynamisme de son existence se trouvent dans le don. L'interdit de l'inceste, règle du don, au-delà de sa fonction sociale, trouve son sens en guidant l'homme vers ce qu'il est profondément. ■

Vincent Laupies*

*34, rue Tupin, 69002 Lyon.

LIVRES

Le praticien face aux violences sexuelles

Brochure réalisée par le Ministère de l'Emploi et la Solidarité

Tout praticien, quel que soit son mode d'exercice, peut être un jour confronté à une situation de violence sexuelle, que la victime soit un enfant ou un adulte, que la situation soit clairement exprimée ou évoquée devant un faisceau d'arguments cliniques. Tout médecin peut être requis par l'autorité judiciaire, quels que soient son mode d'exercice et sa spécialité, afin de procéder à un acte médico-légal qui ne peut être différé. Il peut cependant adresser la victime vers une structure spécialisée en le justifiant à l'autorité judiciaire. Il convient donc de bien connaître les modalités de prise en charge d'une victime de violences sexuelles. Cet ouvrage multidisciplinaire, réalisé par une équipe de spécialistes, est la réédition d'un document analogue de 1987, adapté aux nouvelles législations pratiques médicales et biologiques. Il reprend de manière didactique les différentes modalités de prise en charge de la victime, quel que soit son âge, et comporte, par ailleurs, le descriptif précis des différents examens à pratiquer et des conseils à prodiguer, assortis de détails très techniques non seulement médicaux, mais aussi judiciaires, associatifs, sociaux et administratifs. Une première partie est dévo-

lue à la prise en charge dans le cadre de l'urgence et informe clairement sur l'évaluation initiale et les différentes circonstances du traumatisme. L'examen clinique y est ensuite très détaillé, ainsi que les différents prélèvements nécessaires au diagnostic et à la prophylaxie des maladies sexuellement transmissibles. L'approche psychologique initiale y est abordée ainsi que la question d'un recours psychiatrique immédiat. Il s'agit, ensuite, de traiter et de mettre en place une assistance psychologique dans une souci de réassurance, de réinvestissement de l'image du corps, d'instaurer un suivi médical ultérieur avec un référent qui pourra être idéalement le médecin de famille, coordonnant la prise en charge de la victime et évaluant la nécessité ou non d'une consultation psychiatrique.

La dernière partie replace le praticien dans un rôle d'information et de conseil, en rappelant les relations du médecin et de la justice (secret professionnel et ses dérogations, entrave à la saisine de la justice, non assistance à personne en péril, signalement). Il s'agit également d'assurer une orientation du patient vers la justice, les associations, les services sociaux, d'accompagner le dépôt de plainte afin d'aider la victime à se reconstruire et à obtenir une indemnisation éventuelle.

Les dernières pages sont consacrées à un carnet d'adresses permettant de réaliser au mieux cette orientation. Plus qu'un livre, cet ouvrage constitue une référence pragmatique qui peut aussi bien être lue de bout en bout qu'être

utile au praticien qui se trouve un jour, dans sa pratique quotidienne, face aux violences sexuelles.

Sabine Mouchet

Le déchiffrement de l'inconscient

Henri Ey

Les Cahiers d'Henri Ey, 2000, n°2

En septembre 1964, Jacques Lacan fondait l'École Française de Psychanalyse, Henry Ey en a fait une présentation dans la *Revista sperimentale di Frenatria*. Ce texte philosophique offre un soubassement de bonne tenue philosophique à la notion d'Inconscient, un point de vue décentré sur les travaux de J. Lacan, et un fragment de l'histoire complexe des rapports entre la psychiatrie et la psychanalyse. L'intérêt et la connaissance de H. Ey pour la psychanalyse justifient que soient publiés, dans ce numéro, trois travaux contemporains de réflexion sur la psychanalyse, sa théorie, sa pratique et son extension à la culture, signés par Michel Yvonneau, Jean Losserand et Albert de Dorze.

Rapport annuel, du Défenseur des enfants*

au Président de la République et au Parlement
Année 2000

Le Parlement a adopté le 6 mars 2000 une loi instituant un Défenseur des Enfants, autorité indépendante. Cette création témoigne de l'en-

gagement d'un Etat à faire appliquer et respecter les droits de l'enfant tels qu'ils ont été définis dans la Convention internationale sur les droits de l'enfant que la France a ratifiée en 1990. Le Conseil des Ministres du 3 mai 2000 a nommé Claire Brisset au poste de Défenseur des Enfants. La durée de son mandat est de six ans non renouvelable. Elle assurait depuis 1991 les fonctions de Directrice de l'information à l'Unicef, d'abord au bureau européen de Genève puis au Comité français. Sa fonction, nouvelle en France, existait déjà dans une dizaine de pays européens. Le Défenseur des Enfants défend et promeut les droits de l'enfant. Il est saisi de cas individuels directement par le mineur, ses représentants légaux ou des associations de défense des enfants reconnues d'utilité publique. Il identifie d'éventuels dysfonctionnements qui se produisent au détriment des enfants, met en place des actions d'information et il fait entendre la voix des enfants sur des sujets qui les touchent et pour lesquels leurs droits ne lui paraissent pas être respectés.

Un chapitre de son premier rapport consacré à la pédopsychiatrie relève que : « *Malgré l'opinion positive exprimée par les professionnels de la santé mentale sur la politique de secteur, de nombreuses faiblesses apparaissent dans sa mise en application : dysfonctionnements dans l'accès aux soins, disparités selon les régions, manque de moyens, formation inadaptée aux besoins* ».

* Le Défenseur des Enfants, 35 rue Saint-Dominique, 75007 Paris. Internet : www.defenseurdesenfants.fr

LIVRES

Classification multi-axiale des troubles psychiatriques chez l'enfant et l'adolescent

Organisation Mondiale De La Santé / Daniel Marcelli
Masson

La présentation multi-axiale des sections de la CIM-10 permet une utilisation plus facile de cette classification. Regroupées selon des axes déterminés de façon à fournir une information dénuée d'ambiguïté, les descriptions s'adaptent à un usage clinique large et au plus grand nombre de cas possibles. Ce système représente une amélioration notable de celui initialement élaboré sur la base de quatre axes puisqu'il a été enrichi d'un nouvel axe consacré aux situations psycho-sociales auquel vient se joindre un sixième axe centré sur le niveau d'adaptation, de façon à permettre de coder le niveau d'incapacité individuelle.

Carnets d'un médecin universitaire**Le XX^e siècle médical**

Guy Lazorthes
Privat

Guy Lazorthes fait part de sa longue expérience dans un ouvrage divisé en trois parties : l'apprentissage prolongé par la guerre de 1939-1945 et par une année aux USA, les responsabilités hospitalières, universitaires et administratives, enfin l'inactivité professionnelle et la réflexion biophilosophique. Au-delà de l'analyse de ses ouvrages, des comptes-rendus des conseils et commissions qu'il a eus à présider, et des décisions qu'il a dû prendre, il livre ses réflexions sur l'anatomie, la neurochirurgie, l'enseignement, la recherche et les découvertes, l'audio-visuel, la chefferie de service, la construction des facultés et des hôpitaux, les réformes hospitalo-universitaires.

De l'égalité formelle à l'égalité réelle**La question de l'ethnicité dans les sociétés européennes**

Sous la direction de Manuel Boucher*
Préface de Michel Wieviorka
L'Harmattan

Il existe plusieurs manières de penser les relations interethniques liées à la dynamique migratoire contemporaine dans l'espace économique et politique de l'Union européenne. La première est celle exprimée par les mesures protectrices définies dans les accords de Schengen et dans les traités de Maastricht et d'Amsterdam qui considèrent l'immigration comme un danger pour la cohésion sociale des Etats au sein de la Communauté européenne. Cet ouvrage se situe dans une dynamique de lutte contre les discriminations, de combat pour les droits de l'homme, les droits culturels et pour la promotion de la reconnaissance identitaire indispensable au développement d'une politique du Sujet dans une Europe plurielle.

Il est le fruit de travaux de réflexion de la part de praticiens et de chercheurs européens impliqués dans le champ de l'intervention sociale et motivés par le désir d'éradiquer les discriminations ethniques et de faire respecter les droits des minorités en faisant évoluer les pratiques des intervenants sociaux.

*Avec la collaboration de M. Andolfi, C. Bolzman, A. Ciola, G. De Leo, L. Dominelli, S. Fernando, F. Kachoukh, W. Lorenz, A. Mascinelli, P. Mastakas, B.M. Matson, P. Noblet, O. Noel, N. Patel, A. Persson, B. Purkiss, J. Reineberg, P. Simon, A. Tasse, M. Virtanen, C. Wihlto de Wenden, A. Zehraoui.

Le déclic en alcoologie

« Mon verre s'est brisé comme un éclat de rire... »

Guillaume Apollinaire

Que désigne le mot « déclic » ?

Parmi les patients alcoolodépendants, exprimant une demande de soins, un certain nombre d'entre eux décrivent, à l'origine de leur démarche, ce qu'ils appellent un déclic, ou plutôt ce qu'ils ressentent comme tel au plus profond d'eux-mêmes. Ce terme est lui-même repris par les alcoologues et désignerait le passage soudain d'une position de dépendance plus ou moins désirée, acceptée ou subie, vers une position active de lutte déterminée vis-à-vis des conduites et du produit, dans une volonté d'arrêt radical de toute consommation (« plus jamais ça... »).

Les dires du patient

Au cours de l'entretien, très rapidement, le patient rapporte son expérience :

- j'ai eu un déclic, mon fils était avec ses copains, il a changé de trottoir à mon approche, il avait honte de moi...
 - j'ai eu un accident, j'avais bu, ma voiture a brûlé, je suis miraculé,
 - j'ai rencontré un ami, chez lui régnait une odeur qui m'était étrangement familière, j'étais bouleversé. J'ai compris qu'il fumait le même tabac que mon père. Brutalement, des images oubliées de mon enfance se sont imposées...
- Les mots employés traduisent l'étonnement et le doute (c'est étrange, curieux, dois-je me fier à cette impression ?). Néanmoins, le patient a clairement conscience que quelque chose d'important s'est passé et qu'il faudrait en profiter pour s'arrêter de boire. Face à de tels témoignages, il convient de nous interroger sur ce déclic afin :
- de mieux le comprendre,
 - de le prendre en compte,
 - d'en tirer des bénéfices thérapeutiques.

Le déclic, est-ce que ça existe ?**Dans la littérature**

Une recherche effectuée sur la base de données du CHS de Saint-Egrève, regroupant près de 30 000 références dans le domaine de la psychiatrie, ne nous a pas permis de repérer le mot « déclic » au sein des mots-clés répertoriés. La plupart des auteurs font référence à une « prise de conscience », voire à une « cassure », ou à une « rupture » que l'on pourrait rapprocher du déclic.

J.-P. Descombey⁽¹⁾ rapporte à ce sujet : (p.26) « Un accident somatique, banal ou grave, représente une cassure amenant le patient à la médecine... Ailleurs, une grande crise vitale aboutit à une prise de conscience relative « Au bout du rouleau, je ne tiens plus le vin » : la menace d'un divorce ou d'une perte d'emploi en sont les motifs essentiels... Il y a là une cassure à saisir par le thérapeute ». (p. 45), à propos de la dépression du sevrage interprétée comme la perte de l'objet-substitut-alcool : « L'hospitalisation permet de profiter de ce moment critique, souvent fécond, pour une prise de conscience et un engagement thérapeutique réel ».

M. et J. Morenno⁽²⁾: « la quasi-totalité de ces patients est amenée à consulter après un événement que nous appellerons critique parce qu'il se présente comme le moment d'une rupture imposée ».

Dans son ouvrage, *Comment aider les alcooliques et ceux qui les entourent*⁽³⁾, P. Kiritze-Topor, médecin généraliste alcoologue dégage huit situations-types en clinique quotidienne, dont l'une est celle, particulière, du déclic. Il insiste sur son caractère en appa-

rence parfois dérisoire, en rapportant un cas démonstratif : « ... Un soir où j'avais bu, j'ai balancé à travers la cuisine une assiette de nouilles. C'est la vue des nouilles dégoulinante le long du mur qui a été le déclic ».

Cette observation ne fait pas l'objet d'une analyse psychopathologique, l'auteur concluant sur la nécessité de respecter cette situation, difficilement partageable : « A chacun son déclic ».

En clinique

Nous pouvons rapporter à travers le discours des patients de multiples situations.

Nous évoquerons en premier lieu cette situation où un enfant vis-à-vis de son père, sa mère, un grand-parent, prononcerait une parole, réaliserait un geste mettant celui-ci face à ses défaillances, comme si, interpellé dans sa fonction paternelle ou maternelle, le patient pouvait trouver là une motivation déterminante. Dans les cas évoqués, il ne s'agirait pas forcément de paroles ou de gestes particulièrement virulents. Ils rappelaient l'existence d'une attente de la part de l'enfant, capable alors de mobiliser des ressources enfouies. Ils semblaient à ce moment là, amenés d'une certaine façon à devenir alors porteurs d'une intense charge émotionnelle.

Nous pouvons également énumérer les situations où un enjeu d'ordre vital a été vécu :

- une maladie somatique grave dont le pronostic dépendra ou parfois ne dépendra pas des conduites d'alcoolisation ;
- des accidents de la route où le patient blessé lui-même ou ayant blessé autrui aura ressenti une intense culpabilité avec besoin de réparations ou d'auto-punition. On peut imaginer qu'après avoir frôlé la mort mobilisera alors ses forces de vie.

Les pertes, quelles qu'elles soient, sur un plan professionnel, familial, affectif, successivement s'accumulent, et c'est après l'une d'entre elles, ou sous la menace d'une autre, que le patient percevra alors comme un enjeu vital la poursuite de ses alcoolisations. Il arrive ici, à un terme au-delà duquel il refusera d'aller, estimant ainsi avoir « touché le fond », ce fond là pouvant constituer l'élément « déclic ».

Enfin, nous avons pu constater que des expériences de dépersonnalisation sous toxiques (souvent alcool associé à des psychotropes), pouvaient générer des états d'angoisse suffisamment massifs, capables de mobiliser les ressources de l'individu. L'on pourrait en rapprocher les épisodes amnésiques post-al-

coolisation : un réveil en un lieu inconnu, une impossibilité à se souvenir les événements vécus la veille. Il n'est pas rare que les interrogations angoissantes soulevées alors, conduisent le patient à une demande immédiate et impérieuse de soins, comme si la peur de la folie le ramenait

En conclusion, le déclic existe bel et bien, nous ne pouvons nier sa réalité, bien qu'il puisse se produire dans des circonstances extrêmement variées.

Psychopathologie

Que se passe-t-il chez ces patients là, à ce moment-là, précisément ? Quel événement prend sens d'une façon aussi « efficace » pour induire ce désir, pourquoi à ce moment et pas à un autre ? Ont-ils des points communs repérables, ces déclics, malgré leur immense diversité ?

Afin d'approfondir, sur un plan psychopathologique, cette notion de déclic, il me paraît important de rappeler dans quels schémas s'inscrit le patient alcoolodépendant, notamment les rapports qu'il entretient entre narcissisme, défense maniaque et dépression.

A propos du narcissisme

Balint écrit en 1967 : « leurs relations d'objet, bien qu'assez intenses en général, sont fragiles et instables. En conséquence, ces individus perdent facilement leur équilibre, et la cause la plus courante en est un conflit d'intérêt entre eux-mêmes et un de leurs principaux objets d'amour (...) Ils retirent alors pratiquement toute leur libido objectale. Plus personne ne compte en dehors de leur narcissisme (...) Quelle qu'en soit la cause, le premier effet de l'intoxication est toujours la création d'un sentiment d'accord parfait entre le buveur et son environnement (...) c'est l'aspiration à ce sentiment d'harmonie qui est la cause principale de l'alcoolisme (...) l'harmonie ne peut être maintenue que dans la mesure où le buveur est capable de se débarrasser de toute personne et de toute chose susceptible de lui demander quelque chose (...) Dans ce nouvel univers, les gens, pour être tolérés, doivent faire preuve d'amitié et de sympathie ; la moindre critique, le moindre conflit d'intérêt déclenchent chez le buveur des réactions violentes qui s'expliquent par son besoin désespéré de rester en harmonie avec le monde créé par l'alcool ».

La moindre rupture dans ses prothèses narcissiques affecte gravement l'alcoolique. Les pertes, évoquées si fréquemment lors des situations de déclic, concernent bien souvent le travail ou les enfants.

« Le travail longtemps surinvesti comme

**RÉSILIENCES & FACTEURS DE SANTÉ
A l'école - Au travail - Au lendemain du geste suicidaire**

L'Association Septentrionale d'Epidémiologie Psychiatrique organise le congrès du Groupe Français d'Epidémiologie Psychiatrique et du Groupement d'Etudes et de Prévention du suicide sur ce thème sous la présidence de Boris Cyrulnik, à Lille du 19 au 21 septembre 2001. L'argument en est le suivant :

« Dans le lexique de l'industrie et des techniques, la résilience désigne les caractéristiques mécaniques définissant la résistance aux chocs d'un matériau.

Dans le champ des sciences humaines, le concept de résilience permet de considérer l'aptitude d'un individu non seulement à maintenir son intégrité malgré les événements douloureux mais aussi à s'adapter et à construire son existence.

Ce concept introduit une autre lecture du drame personnel en mettant en avant les ressources de l'individu et de son environnement.

Dans le monde du travail, dans l'environnement scolaire ou encore au lendemain d'un geste suicidaire, quels sont les facteurs de santé ? comment les intégrer dans une perspective de soin et de prévention ?

Ces journées seront l'occasion de rencontres avec les spécialistes de la question qui animeront la réflexion autour des facteurs déterminants de la résilience ».

prothèse narcissique, marque dans sa disparition, presque comme la fin du sujet, cri-tère pronostique qui ne s'avère, hélas objectivement que trop valable. Les enfants, objets narcissiques, longtemps investis, avec lesquels les liens sont à la fois massifs et fragiles : ce qui semble perdu est tout aussi massivement désinvesti, abandonné » (4).

Alcool et défense maniaque

Pour Freud, l'alcool lève le refoulement et détruit la sublimation. Il serait un substitut exogène à un défaut en « *toxique endogène unique de la libido* » (5). D'où l'ivresse comparée à la manie, défense endogène contre la dépression. Freud, toujours dans *Deuil et mélancolie* (6), décrit l'addiction chronique comme un moyen de court-circuiter la réalité de la dépression, de la perte d'objet latente. On boirait (7) avant même que toute dépression ne s'organise, pour éviter tout manque, toute perte, si cela permet l'économie de l'élaboration dépressive, et c'est une économie qui coûte cher puisque cela ne met pas, comme on l'a vu, à l'abri des effondrements dépressifs. Joyce Mc Dougall, dans tous ses ouvrages, s'intéresse à l'économie et au devenir des affects (8). Les patients addictifs lui sont apparus « *Alexithymiques* » (incapacité à distinguer les affects vécus comme insupportables, ou dispersion de ceux-ci dans diverses formes d'activisme), avec le risque de consommer compulsivement produits, sexe, individus éjectant d'emblée douleurs ou conflits à peine ébauchés. Faute d'introduction maternel (et également paternel) sur lesquels s'identifier en cas de tension, l'addiction est la seule solution, sans que les mécanismes de deuil, de perte, de dépression puissent s'instaurer.

Alcool et dépression

La dépression chez l'alcoolique s'apparenterait plutôt à la dépression anaclitique, par perte d'un support libidinal et vital : « *j'ai tout perdu* ». « *Cette dépression essentielle est le plus souvent latente, évitée par l'alcoolisation et tout le système de vie alcoolique qu'elle permet (...)* La contre-épreuve en est fournie par les dépressions du sevrage, bien connues, interprétées comme perte de l'objet-substitut-alcool. Le risque de suicide y est réel » (9).

Il me semble que le déclin se situe dans ce contexte de défense contre l'angoisse et la dépression. Prenons une image : celle d'un patient vivant jusqu'alors dans une bulle « défensive » où les affects ne sont pas perçus dans leur totale réalité. Intervient alors un événement-déclat qui vient, par son intensité émotionnelle, rompre cette bulle. Le patient se retrouvera alors face à des affects qu'il vivra avec une acuité nouvelle, qu'ils soient agréables ou douloureux. Cet événement-déclat, par le sens qu'il prendra à ce moment, aura la particularité, sur un plan psychodynamique, de mobiliser le patient vers une demande active et personnelle de changement.

Pour étayer cela, nous ferons tout d'abord référence à Freud : « *S'il y a de nombreuses sortes de résolutions, il n'en existe qu'une seule efficace celle qui puise sa force dans un puissant courant de libido (...)* la résolution qui vient du surmoi est souvent aussi impuissante que celle de l'ivrogne invétéré de renoncer à la boisson » (9).

Ernst Simmel, lui aussi, à propos du surmoi, propose en 1929, une formule devenue célèbre « *le surmoi alcoolique est soluble dans l'alcool* » (10).

C'est donc par cette mobilisation libidinale que l'on peut voir émerger un réel changement. Elle est décrite par Mijolla et Shentoub comme pouvant conduire à la nécessaire liaison des pulsions destructrices et par suite à la suture du clivage (11). Rappelons que le clivage du moi représenterait le mode de défense privilégié des malades alcooliques (12).

Il s'effectuerait, d'une part, en un secteur non-alcoolique du moi, tout à fait capable de tenir compte de la réalité extérieure et de maîtriser les pulsions internes. Ce secteur disposerait de mécanismes de défenses communs à tous. D'autre part, se constituerait un secteur alcoolique du moi pour lequel, dans certaines circonstances, la réalité est condensée en un seul objet significatif : l'alcool autour duquel tout s'articule.

Il faut donc parvenir à mobiliser ce puissant courant de libido jusqu'ici fixé à l'absorption d'alcool, d'où l'efficacité des associations d'anciens buveurs qui « *offrent des buts exhibitionnistes et masochistes, ou des rituels témoignant de leurs liens homosexuels, aux investissements libidinaux arrachés de force à l'unique objet alcool* » (13). L'homosexualité dont il est ici question, relève d'une organisation narcissique de la personnalité. « *C'est une homosexualité en quelque sorte spéculaire, essentiellement reliée à la confirmation éperdue d'une certaine image de soi, que les malades alcooliques doivent chercher, comme l'alcool, au dehors* » (14).

Toujours à propos de ces associations, je citerai Mijolla et Shentoub, qui tentent de fournir une explication sur leur efficacité : « *Ces mouvements d'anciens buveurs ont compris qu'il fallait, si l'on peut dire, injecter de la libido, là où les malades alcooliques ne peuvent pas la diriger (...)* d'où les flots de paroles par lesquels les malades peuvent raconter leurs expériences alcooliques. C'est important, non pas leur vie, leur enfance, mais tout ce qui peut être dit à propos de l'acte de boire. Si l'on joint à ceci la création d'un idéal de groupe d'abstinence total et la fonction réparatrice d'un prosélytisme en tâche d'huile, on voit que, à leur manière, les malades alcooliques sont parfaitement capables de prendre conscience de leurs défaillances psychiques et des moyens d'y remédier » (16).

Les conséquences thérapeutiques

Preliminaires

Il faut tout d'abord prendre en compte les conditions tout à fait particulières et classiques que sont chez l'alcoolique, l'apsychognosie, l'asomatognosie et l'anosognosie. Pierre Fouquet définit l'apsychognosie comme la « *perte de la capacité de se voir, de se juger par rapport aux autres et à soi-même : opacité de la vie psychique d'un être qui n'est ni objet, ni sujet, qui vit dans un présent immédiat sans possibilité de référence au passé, ni d'appréhension de l'avenir avec désintéret de soi, des images et schémas de son corps* » (17).

Joyce Mc Dougal rapporte également que les affects sont « *les parents pauvres des discours des alcooliques (...)*, discours d'évidence énonçant des traumatismes graves comme des péripéties, voire comme s'ils concernaient une autre personne » (18). L'accent est donc porté, chez l'alcoolique, sur les difficultés à ressentir des affects ainsi qu'à les verbaliser.

Le Déclat : un instant unique

Nous comprenons donc l'importance de ce déclat, lorsqu'il survient, en sa qualité d'affect à la fois perçu et verbalisé. La singularité de cette expérience devra être utilisée par le thérapeute comme un moyen d'accéder à la problématique dans laquelle prend sens le déclat, afin de prendre en compte au mieux le sujet et son désir, et non pas uniquement son symptôme.

Reprenons l'image de la bulle dans laquelle se trouvait l'alcoolique. Nous avons vu comment, lorsqu'elle éclate, le patient se trouve alors face à ses affects. C'est ici que le thé-

rapeute devra prendre en compte, à sa juste valeur, le caractère unique et précieux de cet instant, et guider le patient, afin que cette bulle ne se reconstitue pas.

Ainsi, Descombey rapporte, à propos de la « *cassure* » évoquée antérieurement, que « *cette épreuve ne joue pas spontanément chez l'alcoolique le rôle d'épreuve de la réalité, et faute de travail psychologique parallèle, le colmatage des dégâts somatiques s'opère dans une certaine imperméabilité* » (19). Le thérapeute utilisera le déclat amené par le patient, afin de le faire évoluer vers un changement.

Le Déclat : outil pour un changement

La rupture de cette « bulle » permet, comme le souligne Descombey (20) :

- « *D'élaborer psychiquement une problématique dépressive, avec la constitution d'une véritable dépression et le réaménagement de la vie du sujet* ». A ce propos, il est important de rappeler que l'emploi des anti-dépresseurs est à déconseiller car « *ils renouvellent pharmacologiquement le court-circuit élaboratif et son exploitation thérapeutique* » (21).

- Un travail de restauration narcissique par l'intermédiaire des associations néphalistes qui peut être « *une étape vers un travail psychique d'où sortiront de nouveaux rapports constitutifs du sujet et de ses objets, lesquels peuvent devenir perdables, et objets, enfin, d'un travail de deuil* » (22).

- Un réinvestissement libidinal du corps par des activités physiques (sport, relaxation ...).

Conclusion

Le terme de déclat, si fréquemment utilisé dans la pratique alcoolologique, mérite une conceptualisation tant pour son apport clinique que thérapeutique. Il ne nous paraît pas tout à fait superposable aux expressions retrouvées dans la littérature, telles que « *prises de conscience* », « *cassure* », « *rupture* ». Comme ces dernières, le mécanisme entretient des liens étroits avec les atteintes narcissiques, la défense maniaque et la dépression, mais il implique une notion supplémentaire : il s'agit d'une émotion ressentie avec intensité et non pas le résultat d'une intellectualisation isolée.

Cette notion pourrait correspondre à ce que Freud appelle « *la mobilisation d'un puissant courant de libido* » qui permettra d'aborder la relation thérapeutique d'une façon dynamique par le réinvestissement libidinal du soma et de la psyché.

Il nous semble essentiel de garder à l'esprit, tout au long du suivi, qu'un déclat peut se produire, alors même que personne ne l'attend. Il faut lui laisser une place possible... ■

Olivia Chevalier*

*Médecin généraliste, Intersecteur d'Alcoolologie, Unité G. Groddeck, Service du Dr Boyer, CHS St Egrève.

Bibliographie

- (1) DESCOMBEY J-P, *Précis d'alcoolologie clinique*, Dunod.
- (2) *Toxicomanes*, L'Information Psychiatrique, 1988, 64, p.1173.
- (3) KIRITZE-TOPOR, *Comment aider les alcooliques et ceux qui les entourent ?*
- (4) DESCOMBEY J-P, *Précis d'alcoolologie clinique*, Dunod, p. 264.
- (5) Ibid, p. 62.
- (6) FREUD S., *Deuil et mélancolie*, Métapsychologie, Paris, Gallimard, Coll. « Idées », 1952.
- (7) DESCOMBEY J-P, *Précis d'alcoolologie clinique*, Dunod, p. 265.
- (8) Ibid, p.261.
- (9) FREUD et BULLIT, *Le président Thomas Woodrow Wilson, Portrait psychologique*, Tr. Fr. M Tadié, Paris. Albin Michel 1967, p.265.
- (10) SIMMEL E., *Psychoanalytic treatment in a sanatorium*, International journal of psychoanalysis, 1929, 10, p.183.

(11) DE MIJOLLA et SHENTOUB, *Pour une psychanalyse de l'alcoolisme*, p.395.

(12) Ibid, p.351.

(13) Ibid, p.43.

(14) Ibid, p.64.

(15) Ibid, p.69.

(16) Ibid, p.395.

(17) FOUQUET P., *Aspects psychiatriques des alcoolopathies*, L'Information Psychiatrique, 1971, 47, 1, 49-54.

(18) MC DOUGALL JOYCE, Post-face à J-P Descombey, *Alcoolique mon frère, toi*, Privat, Toulouse, 1985.

(19) DESCOMBEY J-P, *Précis d'alcoolologie clinique*, Dunod, p. 26.

(20) Ibid, p.265.

(21) Ibid, p.46.

(22) Ibid, p.266.

LIVRES

Les politiques à l'égard des personnes handicapées dans les pays de l'Union européenne : vers une dynamique d'inclusion

Édité par le CTNERHI

Dans le cadre de la Présidence française de l'Union européenne, le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, en coopération avec le Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations (CTNERHI), l'Association Gestionnaire des personnes Handicapées (AGEFIPH), les associations françaises et européennes de personnes handicapées, a organisé une Conférence intergouvernementale les 16 et 17 octobre 2000. Cet ouvrage constitue les actes de cette conférence qui a réuni les représentants des différents Etats de l'Union, du gouvernement français, de la Commission européenne, des experts des questionnements abordés et de différents mouvements associatifs, nationaux, européens comme internationaux.

Vieillesse, rites et routines

Jean-Claude Reinhardt et Jean Bouisson
L'Harmattan

Les auteurs proposent une clinique du vieillissement autour des notions de rite et de routine, rites et routines qui, aux seuils des chemins de vie, lieux privilégiés de crise et de vulnérabilité, se trouvent comme autant de guides dans le dédale des choix à opérer. Il n'y a pas de seuil, d'ailleurs, qui n'ait ses rites de passage, de même qu'il n'y a pas d'existence qui ne se soutienne à un fonds commun d'usages et de « bonnes » conduites adaptatives, plus ou moins socialement codifiées.

Guide pratique des soins palliatifs

Tome 2 : aspects psychosociaux
Jean-Michel Lassautière
Collection Dialogue Ville-Hôpital
Editions John -Libbey Eurotext

L'auteur, spécialiste de la douleur, a fait appel à des praticiens britanniques pour traiter l'importance de laisser le patient exprimer ses émotions, des relations avec le malade anxieux, prostré ou révolté ou des problèmes familiaux, des domaines sur lesquels les pratiques anglo-saxonnes apportent un éclairage original.

Des arbres de décision matérialisent les conduites possibles. Les attentes spirituelles des patients, la sédation en fin de vie et la demande d'euthanasie font l'objet de différents chapitres, traités par des auteurs français.

LIVRES

Classification internationale des handicaps en santé mentale

Bernard Azéma, Jean-Yves Barreyre, François Chapireau et Marcel Jaeger
Collection Point sur...

coédition CTNERHI-GFEP

Bernard Azéma analyse l'évolution des classifications dans la Santé Mentale, et retrace le contexte comme le contenu des débats qui ont entouré, au début des années 80, la publication par l'OMS de celle de Philip Wood. Il décrit les clarifications opérées sur les conséquences des maladies mentales et précise les circonstances de l'élaboration de la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent. François Chapireau, après avoir retracé la méthode et les objectifs de la CIH-1, analyse ses différentes applications, et les principales critiques émises à son égard. Dans un second temps sont étudiées les conditions de son élaboration, ses principes, son emploi et les problèmes posés. S'agit-il d'une véritable classification ou d'un instrument au service d'un certain militantisme, mais dépourvu de signification pratique ? Marcel Jaeger invite à prendre la mesure des apports et limites de la CIH-1 et de la CIH-2 dans les politiques d'aide et de soins en santé mentale. Tout en notant le faible impact de la CIH-1 sur les politiques publiques en France, il porte son regard sur le retour en force, dans les débats qui ont nourri le processus de révision, de la « causalité sociologique ». Il effectue une analyse approfondie du décalage entre les questions qui se posent aux dispositifs français, et la CIH-2, dont le propos est universaliste mais le contenu problématique. Jean-Yves Barreyre s'attache à analyser la prise en compte des environnements dans la CIH-2 et la Classification québécoise dite de Processus de Production du Handicap (PPH). La comparaison effectuée a pour but de montrer les limites de l'une et l'autre de ces classifications dans leur essai d'une classification générale des facteurs environnementaux. En fin d'ouvrage une bibliographie détaillée, établie par Bernard Azéma, recense les publications scientifiques sur le sujet.

Lacan, Ferenczi et Freud

Coll. « Connaissance de l'inconscient »
Série Tracés
Gallimard

Filiations. L'Avenir du complexe d'Œdipe

« Tel » n°313

Gallimard

Wladimir Granoff

Le titre donné au premier ouvrage indique ce qui a motivé le parti pris de J.B. Pontalis : celui de regrouper les textes choisis autour de trois noms. Celui de Lacan d'abord. Les entretiens parus dans la revue *L'Infini*, « Propos sur Jacques Lacan », et dans *l'Agenda de la psychanalyse*, donnent une idée de ce que fut la relation entre Granoff et Lacan. Ferenczi : Granoff a été le premier à la faire connaître en France. Freud, enfin, dont Granoff resta toute sa vie un lecteur fervent. On trouve en fin de volume les hommages rendus à François Perrier et Serge Leclaire.

Signalons que *Filiations*, paru aux Editions de Minuit en 1975 et aujourd'hui épuisé, est réédité dans la collection « Tel », également aux Editions Gallimard. Ce livre est une transcription des exposés prononcés au cours de l'année 1973-1974, pour la « saison des retours », après dix ans de silence, devant un public libre de toute obédience.

Consentement de la personne âgée à l'institutionnalisation

L'entrée en maison de retraite est un moment crucial dans la vie d'une personne âgée, pouvant éventuellement représenter un traumatisme notamment lorsqu'elle s'accompagne à la fois de la perte de l'autonomie et des repères habituels et intimes, et de la confrontation à des règles nouvelles de vie en collectivité. On voit souvent apparaître lors de la période suivant l'entrée en institution une souffrance s'exprimant sous forme de plaintes, de symptomatologie dépressive ou comportementale, de dégradation physique rapide, qui pose la question de l'adaptation à ce nouveau cadre de vie.

Ces dernières années, des réflexions éthiques concernant l'institutionnalisation de la personne âgée ont animé des professionnels de la santé, notamment quant au consentement donné ou non par elle, et en fonction de son degré d'incapacité psychique.

Il n'existe pas de droits spécifiques de la personne âgée ou démente. La volonté d'éviter une discrimination liée à l'âge est soulignée dans certaines chartes (charte des droits et libertés de la personne très dépendante par exemple). Les lois actuelles répondent à une vision universaliste où il existerait une égalité de chacun devant la loi et notamment à l'égard des soins.

Le code de Déontologie précise que le médecin doit veiller à la compréhension de ses explications sur l'état de santé, les investigations et les soins proposés, de façon adaptée à la personnalité de chaque malade et intelligible pour lui (article 35). Il doit exister une adéquation entre ce que dit le médecin et ce que peut comprendre le patient. « *Des troubles mentaux liés à la maladie ou à l'âge ne doivent pas a priori constituer une raison de se taire* »⁽⁴⁾.

L'article 36 distingue le malade en état d'exprimer sa volonté, chez lequel le consentement doit toujours être respecté, et le malade hors d'état d'exprimer sa volonté. Cette dernière notion, qui peut recouvrir des situations fort différentes (patient comateux, enfant, malade mental...) reste très vague et prévoit le recours à l'entourage familial, parfois contre l'avis du malade. En invoquant cette notion, du fait de l'âge ou de troubles du comportement, on voit ici la place possible laissée à la famille, dans un cadre plutôt flou. L'article 42 réitère la nécessité du consentement, cette fois-ci du représentant légal pour le majeur protégé (de nombreuses personnes âgées démentes sont sous tutelle ou curatelle). Il est conseillé, de surcroît, de tenir compte de l'avis de l'intéressé « *dans toute la mesure du possible* ». Une assimilation est faite entre l'incapacité à gérer des biens à l'origine de la tutelle et une incapacité à prendre une décision personnelle. On observe, effectivement, un glissement progressif de la tutelle aux biens à la tutelle à la personne depuis la loi de 1968, au sein même de différents textes législatifs (loi de 1990, loi Huriet) pouvant amener le représentant légal à des prises de décision auxquelles celui-ci n'est préparé ni juridiquement ni psychologiquement.

Par contre, la question du consentement se pose spontanément à tout psychiatre dans sa pratique quotidienne, et de façon très réglementée à travers la législation. Il peut être amené, s'il le juge nécessaire, à faire une demande ou donner un avis en vue de l'ouverture d'une mesure de protection (Sauvegarde de justice, Curatelle ou Tutelle), selon l'altération des facultés mentales. Il doit apprécier

la capacité du patient à consentir à la nécessité d'une hospitalisation pour établir les certificats requis par la loi de 1990. Or les deux modalités d'hospitalisation sous contrainte (Hospitalisation à la Demande d'un Tiers et Hospitalisation d'Office) pour lesquelles le consentement du patient n'est plus requis sont des mesures d'exception, limitées dans le temps et aux troubles psychiatriques.

La confusion entre troubles du comportement de la personne âgée et troubles mentaux peut amener à une utilisation inappropriée de la loi de 1990. L'hospitalisation à la demande d'un tiers se justifie pour des soins psychiatriques et non pour des raisons institutionnelles ; l'hospitalisation d'office pour une mise en danger active et non passive par négligence⁽⁵⁾. Les hospitalisations sous contrainte sont limitées aux seuls établissements habilités par l'article L331 du Code de la Santé Publique. Pour les actes médicaux même chez un patient en HDT ou HO, le consentement du patient est requis. L'entrée en maison de retraite nécessite donc théoriquement l'accord du patient, mais est mal définie juridiquement, notamment quand la personne âgée est incapable d'exprimer un avis.

Souvent, les médecins somaticiens ne se posent pas la question du consentement dans les mêmes termes que les psychiatres : les déments ont des troubles du jugement donc il est justifié de décider pour eux. Une situation de fait est admise, ils n'ont pas la capacité de juger, ou les circonstances de la vie font qu'il n'y a pas de solutions autres, d'où la nécessité d'un consentement contraint et forcé. Les personnes âgées se retrouvent parfois dans la même situation que les enfants : ce sont d'autres personnes qui jugent pour eux. Mais dans le cas des enfants ceux-ci sont sous l'autorité parentale, et le procureur a la faculté d'intervenir. Pour les personnes âgées ce sont les enfants qui prennent les décisions (les rôles sont inversés) et bien souvent personne ne songe à remettre cela en question.

Il existe cependant une prise de conscience progressive de cet état de fait : les juges des tutelles sont de plus en plus sollicités par les médecins pour contrôler les décisions des familles en matière de placement. Une association s'est créée pour défendre le droit des personnes âgées (Association Francophone des Droits de l'Homme Agé). Elle regroupe des gériatres, des neurologues, des psychiatres... qui poursuivent une réflexion éthique allant dans le sens de la défense du droit fondamental de la personne âgée.

Nous nous sommes proposées de nous intéresser à la qualité du consentement observée en début d'institutionnalisation. Pour ce, des entretiens structurés ont été réalisés conjointement par un gériatre et un psychiatre lors de l'admission de 24 personnes à la maison de retraite de Brie-Comte-Robert (Seine-et-Marne), afin d'évaluer leur degré « d'adhésion » à l'entrée. Les participants ont été classés dans un des quatre groupes suivants : adhésion active (n=9), adhésion résignée (n=9), passivité (n=4), et opposition (n=2).

La première constatation que nous avons faite est qu'il est difficile de parler de consentement à proprement parler même s'il s'agit d'une démarche active et volontaire. La plupart des personnes étaient dans une situation où des facteurs ou des pressions extérieures influençaient leur choix. La population montrait une moyenne d'âge élevée, et présentait, comme nous l'avons noté précédemment, de

fréquents problèmes somatiques ; ce facteur peut être lié, entre autres, au fait qu'il s'agisse d'une maison de retraite médicalisée. Les demandes d'admission en « section de cure » dépassaient de loin les capacités d'accueil de l'établissement, tandis que les autres chambres restaient inoccupées. On peut donc supposer que les personnes souhaitent rester, en général, le plus longtemps possible à leur domicile, et reculent jusqu'au dernier moment l'entrée en maison de retraite. Nous avons remarqué le peu d'investissement de la personne âgée elle-même dans le choix du lieu (visite préalable dans seulement 30% des cas de notre étude) : cette initiative est bien souvent laissée à la famille qui aura visité seule l'établissement auparavant, alors qu'il s'agit pourtant du dernier lieu de vie. On remarque qu'au bout d'un mois la plupart ont perdu leur livret d'accueil ou ne l'ont jamais lu... Généralement la personne accompagnante lors de la visite d'admission est celle qui aura fait les démarches de recherche de l'établissement. Elle donnera son avis aussi quant au choix de la chambre ou même de l'entrée : c'est le cas par exemple de la fille d'une personne âgée qui a refusé l'entrée de sa mère (et l'a ramenée avec elle le jour de la visite d'admission) en déclarant que sa mère ne pouvait se passer d'elle.

Par ailleurs, nous avons également noté que les personnes s'étant mal adaptées n'étaient pas nécessairement les plus opposantes au départ (même s'il existe une tendance allant dans ce sens, comme nous avons pu en faire l'hypothèse). L'adaptation semble aussi liée à d'autres facteurs.

Autour du consentement

Une opposition entre les principes de bienfaisance (issu de la médecine de l'antiquité), de l'utilitarisme (conçu par Bentham au début du 19^{ème} siècle), et le concept d'autonomie (datant du siècle des lumières) resterait purement théorique. Une dialectique est à trouver entre autonomie et bienfaisance, en s'adaptant à chaque patient, non seulement en fonction de la situation contextuelle mais aussi sur un mode dynamique.

Les personnes âgées actuelles sont d'une génération très marquée par le paternalisme médical. Il n'est pas rare de les entendre répondre à leur médecin « faites comme bon vous semble, Docteur »⁽⁶⁾. Une autonomie imposée risque de ne pas être comprise ou au moins de ne pas avoir la même valeur que pour celui ayant une culture différente.

Peu de personnes (20% dans notre étude) demandent donc à rentrer spontanément en institution (sauf en foyer-logement, quand elles sont encore autonomes), et la demande est fortement influencée par l'entourage ; le maintien à domicile est « *souhaité par la majorité d'entre elles (92%), même si elles souffrent de conditions de vie précaires ou plus ou moins adaptées à leurs besoins* »⁽³⁾. Bien que lieu de vie, la maison de retraite n'est jamais investie par certaines comme domicile véritable. Elle est même perçue comme « *l'antichambre de la mort* ». Peut-on, d'ailleurs, consentir pleinement à cet ultime deuil, celui de son domicile (lieu dépositaire de tous nos souvenirs), après avoir perdu son travail, ses amis et parents, son époux ? Ce n'est pas par hasard si la personne âgée accorde une importance essentielle à la stabilité de son environnement. La vieillesse entraîne une raréfaction des représentations préconscientes, avec un amarrage psychique aux perceptions conscientes : un environnement rassurant forme donc une sorte de barrière de protection. Tout changement, toute perte sont susceptibles alors d'entraîner une désorganisation mentale ou somatique (Dr Zinetti). Le logement, outre sa fonction affective et identitaire, est un lieu qui préserve la relation avec le tissu social.

Le refus de l'institutionnalisation peut avoir des origines très diversifiées. Outre la résistance à se confronter à cette nouvelle perte, la préférence de mourir à domicile, peuvent exister ou co-exister le déni de ses difficultés réelles, le refus du miroir que renvoient les autres « vieux », ou du règlement pour les alcooliques⁽²⁾. La vie en collectivité représente un changement majeur pour qui vit chez soi, à son rythme et de façon indépendante.

A se focaliser sur le mot « consentement », et son obtention à tout prix, ne risque-t-on pas d'oublier le patient et sa parole? Qu'y a-t-il derrière le « *je veux rester chez moi* » du patient? De quel chez moi s'agit-il : du chez moi de son passé qu'il ne retrouvera jamais, ou est-ce une phrase dite en toute conscience et connaissance de cause? (Dr Souaille). Aux USA la recherche forcée du consentement aboutit à une véritable médecine du contentieux. Il peut être illusoire de se référer à cette seule notion de consentement, en se réfugiant derrière un formalisme fragile, qui figerait et légitimerait certaines pratiques. D'une part il est nécessaire de confronter la capacité à consentir et la réalité pathologique: la capacité à témoigner d'un choix peut varier en fonction de la qualité de la compréhension et d'une appréciation erronée de la nature de la situation. En pathologie psychiatrique, par exemple, un quart des consentements ne sont pas valables chez les patients déprimés, trois quarts chez les schizophrènes et l'ensemble des consentements chez ceux ayant un retard mental (Dr Tachon). D'autre part, le mode de communication verbale (ou écrit) n'est pas unique ; certains auteurs remettent en question le fait que les patients déments n'aient plus de désirs ou ne trouveraient pas d'autres moyens d'expression (Dr Ploton). Les échanges affectifs persistent. Les patients ne s'arrangent-ils pas, à leur façon, pour que la vie à domicile dans certains cas ne soit plus possible,

ou même pour nous le faire savoir? Une absence de relation entre les troubles cognitifs et l'impossibilité de donner un avis ou d'effectuer des tâches spécifiques a été mise en évidence chez des patients atteints de maladie d'Alzheimer, et a d'ailleurs permis l'établissement de directives éthiques institutionnelles⁽⁶⁾. Dans notre protocole, nous avons établi systématiquement un MMS pour chaque entrant, mais celui-ci ne nous a été, en fait, d'aucune utilité dans l'évaluation de la qualité de l'adhésion ou de l'adaptation : le discours des déments n'était pas « insensé », leur corps continuait de communiquer ce que les mots n'arrivaient pas à dire. Les patients déments présentent une invalidité sociale mais, également, une persistance de vie psychique et de perception très sensible de ce qui les entoure, avec des modes d'expression qui leur sont propres.

Critères d'adhésion

Nous pouvons d'emblée faire une critique de la possibilité d'apprécier pleinement l'adhésion lors de la visite d'admission. Lors de cet entretien, les personnes âgées étaient généralement tendues, anxieuses, ce qui perturbait leur compréhension et leur expression. La présence familiale, même si le médecin s'adressait à elles, limitait les confidences et la verbalisation de leurs souhaits et de leurs craintes. Le décryptage était donc particulièrement difficile au niveau psychique, notamment face à des adhésions de « surface ». Il est pourtant essentiel de pouvoir différencier les raisons invoquées (par exemple le besoin d'aide, compte tenu de l'existence actuelle de services à domicile performants dans certaines localités ou la sécurité, la collectivité ne mettant pas à l'abri des risques), et le vécu au domicile de la personne âgée (isolement, abandon, angoisse de mort). D'après Ploton,

s'attacher au discours manifeste (fondé sur des éléments rationnels) risque d'aboutir à la mise en place de « solutions d'ordre matériel répondant à la demande de sécurité et se structurant selon un biais fondamental dont les occupants feront les frais : la méconnaissance de la demande latente (profonde) déterminante de la dynamique de « placement » qui est toujours d'ordre psychologique »⁽⁶⁾. D'autre part, en l'absence de demande manifeste, il peut également arriver que la personne âgée ait mis en place les circonstances menant à son institutionnalisation, à son insu, sans pouvoir l'admettre. La sémiologie du comportement non verbal permet généralement de se faire une idée. L'opposition peut se manifester même en cas d'aphasie ou de démence. Par exemple, Madame R. a refusé de voir la chambre qu'on lui proposait. Une période d'essai peut être un bon critère de l'adhésion, la répétition des fugues pouvant exprimer un équivalent de refus (noté chez un autre patient hors de cette étude). L'analyse de cette sémiologie se doit d'éviter au maximum toute interprétation projective, et ne reposer sur aucune idéologie sous-jacente (de maintien à domicile ou de maison de retraite à tout prix) qui ne mandaterait qu'à être « confirmée ». La présence de la famille et des proches peut permettre un accès au passé du dément, en témoignant de ses souhaits et mode de pensée exprimés antérieurement. Néanmoins, ceux-ci ne sont pas des témoins neutres, compte tenu de la différence de génération et de l'existence toujours possible de rapports conflictuels antérieurs ou actuels. A partir de la persistance possible d'une vie psychique, de désirs chez la personne âgée même déficitaire, il nous semble essentiel de rester dans le champ interpersonnel et d'éviter de resituer le problème dans le champ du juridique, avec le risque de réification qui en découlerait.

Conclusion

La réflexion d'une institution sur la question du consentement à l'entrée de la personne âgée n'est pas simple. Mais ce travail a eu une répercussion sur la pratique soignante. Il a permis au médecin chargé des admissions de prendre du recul sur sa pratique et de se poser dans chaque cas la question du consentement de la personne âgée. C'est finalement toute une réflexion éthique qui s'est amorcée à partir du consentement. C'est le « pari du sens » de ce que disent les patients âgés, verbalement et à travers leur corps, y compris quand ils sont déments, qui a été fait⁽⁷⁾. C'est à travers ce sens à découvrir ou à écouter que peut être proposée une relation psychothérapeutique précoce quand cela est nécessaire. La question principale qu'évoque, en fin de compte, ce problème du consentement à l'entrée en institution est celui de la maltraitance et de la déshumanisation. Maltraitance des familles qui dissimulent la vérité du placement pour ne pas affronter la personne âgée. Maltraitance des institutions qui, par leur attitude, ont tendance à déshumaniser les personnes âgées en les privant de la liberté de dire non, même si cela ne paraît pas raisonnable. Qui peut juger de ce qui est raisonnable pour l'autre? Traverser l'océan à la rame serait-il plus raisonnable et donc plus respectable que de vouloir rester chez soi ou que d'hésiter à entrer dans une maison de retraite? De par sa formation et sa pratique, le psychiatre a depuis longtemps abordé cette question du consentement et de l'éthique. Il jongle en permanence avec le consentement aux soins, la tutelle à la gestion des biens, la réflexion en matière de recherche chez les incapables majeurs, l'hospitalisation sous contrainte... Son expérience est tout à fait transposable au monde gériatrique et on ne

peut que souhaiter voir se développer les coopérations psychiatres-gériatres pour le plus grand bien des malades et des institutions dans lesquelles ils sont pris en charge. Pour que les asiles de fous ne soient pas remplacés par des asiles de vieux ! ■

M.A. GUDEFIN-KIMMEL*,
C. WONG**

*Praticien Hospitalier, C. H. de Melun, Service de Psychiatrie B.

**Psychiatre, Hôpital Vaugirard, Centre de Gérontologie, Paris.

Bibliographie

- (1) FRÉMONT P., *Responsabilité médicale : responsabilité des soignants ? responsabilité des institutions ?*, Gérontologie pratique, 1999, n°hors série, 4-7.
- (2) KUNTZMANN F., *Sur quels critères se fonde le choix de rester au domicile ou d'entrer en institution ?*, Le généraliste et la gérontologie, 1995, 15 : 41-43.
- (3) LÉGER J.M., Bulletin OCEAAN, 1997, 1, 1.
- (4) ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS, *Commentaires du code de déontologie médicale*, Edition 1996, Paris.
- (5) PLOTON L., *La personne âgée : son accompagnement médical et psychologique à la question de la démence*, Chroniques sociales, Collection Synthèse, 1998.
- (6) POST S.G., WHITEHOUSE P.J., *Fairhill guidelines on ethics of the care of people with Alzheimer's disease: a clinical summary*, JAGS, 1995, 43 :1423-1429.
- (7) RIGAUX N., *Le pari du sens. Une nouvelle éthique de la relation avec les patients âgés déments*, Les empêchés de penser en rond, PUF, 1998.
- (8) WOLF M., *Le consentement*, Les dossiers du laboratoire d'éthique médicale, Faculté de médecine de Necker, p.8.

LES TROUBLES DU SOMMEIL*

Plus de 30% de la population mondiale souffre d'insomnie. Pourtant, seulement un tiers de ces personnes consultent. Comment explique-t-on ces insuffisances et ces retards au diagnostic? D'autant plus que l'insomnie représente un vrai problème de santé publique aux répercussions individuelles et sociales importantes : retentissement sur la santé physique, altération de la qualité de vie, coûts socio-économiques élevés...

On peut penser que toutes les personnes atteintes de troubles du sommeil ne sont pas tout à fait conscientes du fait que leur souffrance constitue une pathologie à part entière. Cette méconnaissance du trouble peut trouver ses racines dans une communication déficiente entre le médecin et son patient. Il n'est donc plus possible de se contenter d'un diagnostic approximatif où le patient et le médecin feraient, l'un et l'autre, l'économie d'une interrogation sur la qualité du sommeil et, plus général, sur la qualité de vie. Il est impératif d'avoir une vision globale du patient, c'est-à-dire de comprendre comment sa vie quotidienne est perturbée par un trouble du sommeil, mais aussi, éventuellement, comment sa vie quotidienne trouble son sommeil.

Aussi, s'agit-il de combattre les nombreuses idées fausses qui circulent et qui entravent la prise de conscience par le patient de sa maladie. Pis encore, celles-ci peuvent participer à l'entretien, voire la genèse du trouble lui-même. De telles idées fausses concernent les attributions unidimensionnelles des causes de l'insomnie (déséquilibre hormonal, vieillissement...), les attentes quant au besoin de sommeil et au fonctionnement diurne (besoin absolu de huit heures de sommeil...), les conséquences de l'insomnie (incapacité inévitable de fonctionner suite à une mauvaise nuit de sommeil, sévérité garantie des conséquences sur la santé...) ou encore les méthodes pour contrer l'insomnie (nécessité d'une sieste compensant une insomnie chronique, inadéquation des traitements médicamenteux...)

Le rôle du thérapeute est de redéfinir les réalités concernant les troubles du sommeil. Au moyen d'une thérapie cognitive, il est possible de faire disparaître ces attitudes, croyances ou attentes irréalistes. La prescription de quelque traitement que ce soit, passe impérativement par une communication et une explication approfondie sur les troubles en question et l'écoute attentive de la perception des troubles et de ses conséquences.

Enfin, l'amélioration de la communication entre patients et médecins, qui seule peut remédier au problème de l'insuffisance de diagnostic de trouble du sommeil et de sa prise en charge, dépend en grande mesure de l'innovation dans le domaine pharmaceutique. Il s'agit, par exemple, d'adapter l'offre à la spécificité de la pathologie. Tel est le cas de Stilnox® (zolpidem), qui a récemment obtenu la modification du libellé d'AMM permettant une prise en charge personnalisée. Dans l'insomnie occasionnelle ou transitoire, il est désormais possible de prescrire Stilnox® soit de façon continue, soit à la demande, selon la symptomatologie du patient. Que la prise soit quotidienne ou non, l'efficacité du médicament prescrit à la demande est comparable. ■

F.C.

*Symposium Personnalisation-Innovation, organisé par les Laboratoires Sanofi-Synthelabo, avec la participation de Patrick Lévy (Grenoble), Charles Morin (Québec), Hervé Allain (Rennes), Eric Lainey (Paris), Albert Jacquard (Paris) et Daniel Gérard (Sanofi-Synthelabo), à Paris le 26 avril 2001.

LIVRES

Dora s'en va Violence dans la psychanalyse

Patrick Mahony

Traduit de l'anglais par Aline Weill
Les Empêchés de penser en rond

Chacun sait que Dora, objet d'une agression sexuelle à l'âge de 13 ans, a été amenée chez Freud à 17 ans pour soigner son hystérie. La cure prend la forme d'un combat, dans lequel Freud submerge sa patiente d'interprétations, considérant qu'elle aurait du céder aux avances de son agresseur. Elle l'aurait amené à s'interroger sur le transfert, la bisexualité et l'homosexualité à un moment très critique de ses rapports ambigus avec son ami Fliess. A travers une analyse textuelle l'auteur montre que le style même des écrits de Freud traduit ses difficultés transférentielles, ce qui lui permet de passer en revue les nombreux problèmes liés aux mauvaises traductions du texte freudien.

L'imposture scientifique en dix leçons

La découverte

Michel de Pracontal

Edition du troisième millénaire

Plus de 50 % des Français croient à la transmission de pensée et à la guérison par magnétiseur, près de la moitié fait confiance à l'astrologie, 35 % aux rêves prémonitoires. De l'horoscope sur Internet au phénomène « X-Files », de la mémoire de l'eau aux « patamédecines », de la réincarnation aux « expériences NDE », la patrie de Descartes se passionne pour l'irrationnel. Cet ouvrage vivant et didactique remet à jour *L'imposture scientifique en dix leçons*, publié par le même auteur en 1986. L'honnête citoyen comme l'apprenti charlatan y trouveront tous les conseils utiles, illustrés d'exemples concrets.

LIVRES

La psychanalyse avec Nicolas Abraham et Maria Torok

Sous la direction de Jean-Claude Rouchy*
Erès

Cet ouvrage, consacré à l'œuvre de Nicolas Abraham et Maria Torok, vise à la maintenir dans le courant principal de la recherche psychanalytique. Nicolas Abraham et Maria Torok sont à l'origine de certaines notions, comme les effets des secrets de famille à travers les générations (clinique du fantôme), le deuil impossible d'un être cher (maladie du deuil), la secrète identification avec un autre (fantasme d'incorporation), l'enterrement d'un vécu honteux indicible (crypte).

Nicolas Abraham a été philosophe et littéraire avant de devenir psychanalyste en 1958. Maria Torok a travaillé comme psychotérapeute dans une école maternelle dès 1954. Tous deux ont décrit le moment du trauma, la présence insistante de la mort, des morts dans la vie, en même temps que le mouvement constant, inlassable, de récréation de soi et de l'élaboration du sens.

*avec la collaboration de Jacques Ascher, Carlo Bonomi, Stéphane Bollaert, Eva Brabant, Danièle Broda, Christian Delacampagne, Judith Dupont, Pascal Hachet, Liliane Kandel, Kathleen Kelley-Lainé, Lise Kovienski, Fabio Landi, René Major, Claude Nachin, Nicholas Rand, Philippe Réfabert, Jean Claude Rouchy, Monique Schneider, Edith Schwalberg, Barbro Sylwan, Serge Tisseron, Maria Torok, Pérel Wilgowicz.

Drogues et remèdes

Ethnopsy N° 2*

Ce numéro s'articule autour de quatre parties.

Théorie : Tobie Nathan donne un cadre théorique général pour comprendre le rôle des « choses » dans l'acte thérapeutique à l'aide de plusieurs exemples pris en Afrique. Bruno Latour propose que la sociologie remplace la notion de réseau par celle d'attachement, qui permet de mieux tenir compte du rôle des non-humains dans la fabrication du social. L'historien allemand Andréas Mayer revient sur l'abandon des objets dans la transition entre Charcot et Freud, comment l'inconscient s'est dématérialisé, et renouvelle l'approche de la naissance de la psychanalyse.

Exemples ici : Henri Grivois présente la manière dont sont utilisés les neuroleptiques dans les premiers moments d'une crise psychotique. Un autre article revient sur l'opposition antidépresseurs-psychothérapies et les raisons de l'épidémie de dépression.

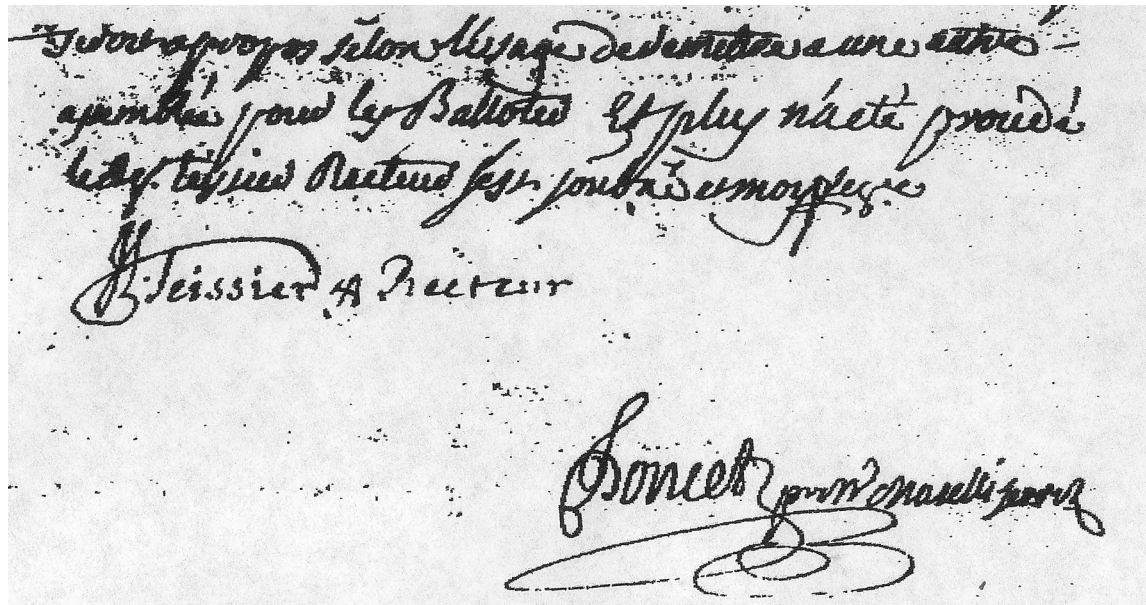
Exemples ailleurs : un historien américain reprend la grande confrontation qui a eu lieu dans les années vingt entre la médecine chinoise traditionnelle et la médecine occidentale. A partir de l'exemple d'une plante efficace contre la malaria, il montre la manière dont la médecine occidentale fait la guerre aux médecines traditionnelles. Un article analyse les usages rituels de psychotropes hallucinogènes en Afrique et en Amérique. Un autre revient sur la question de l'alcool dans le monde musulman. Enfin, un texte fait le point sur l'ethnopsychiatrie à l'île de la Réunion.

Ancêtres : Vincianne Despret présente l'apport théorique de William James, un des fondateurs de la psychologie et de la philosophie pragmatique aux Etats-Unis. La Revue des livres donne un compte-rendu du colloque de Cerisy consacré à *Culture : guerre et paix*.

*Edité par Les Empêcheurs de penser en rond

BIOGRAPHIE (suite)

remèdes physiques fussent indispensables dans la démence, cependant ils ne pouvaient suffire et qu'il leur fallait joindre des remèdes moraux. Ce fut le médecin Hunter, ex-professeur de l'Université d'Edimbourg qui fut le premier à les mettre en pratique dans l'hôpital d'York. La « Société Royale de Londres fournit ensuite les fameux Proys, Gisborne et Willis. Ce dernier se distingua surtout en 1788 et 1789 dans la démence du roi d'Angleterre⁽¹⁶⁾ régnant en lui présentant, dans ses crises, des moyens fort adroits de distraction : comme en lui faisant paraître des pantomimes attrayantes ou une musique guerrière et bruyante qui semblait être l'annonce d'une victoire très importante et même en lui faisant entendre, au sortir du bain, une symphonie des plus douces qui ramenait le calme dans ses esprits. Il réussit au point d'annoncer ensuite la guérison du roi fondant son opinion sur ce que les intervalles de raison se rapprochaient par l'application des remèdes moraux. Cette guérison s'est soutenue jusqu'en 1809 où le roi est tombé dans l'incurabilité vu son grand âge ».



L'œuvre de Broutet peut être comparée à celle de Daquin, tant par sa localisation géographique satellite du territoire français que par son contenu. La récente communication de Boucharlat consacrée à la biographie de ce médecin savoyard permet d'envisager bien des analogies.

Pinel éditait sa *Nosographie philosophique* en 1798 et la première édition du *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie* en 1801. Mais l'œuvre princeps de Daquin avait paru 7 ans auparavant, car éditée en 1791 et le rapport de Broutet en 1797, sur des notes datant de 1793. Ces publications précoces confirment la nature profondément novatrice des courants de pensée et d'action en santé mentale auxquels participaient activement les esprits éclairés des nations et des états périphériques non français ; les patries de Broutet et de Daquin ne furent annexées à la nation française que dans les suites de la révolution. Avignon fut rattaché le 14 septembre 1791 et Chambéry en novembre 1792. Parallèlement, l'Angleterre de Tuke et l'Italie de Chiarugi étaient aussi menacées par l'expansionnisme territorial et idéologique révolutionnaire.

Le mythe fondateur du « Pinel-libérateur » et du « Pinel-initiateur d'une psychiatrie nouvelle » semble bien issu d'un pouvoir central parisien, ordonnateur d'une Histoire à la gloire des nouveaux acteurs et des nouveaux gouvernants de la capitale, peu soucieux d'offrir une place aux ressortissants

des territoires nouvellement annexés, conquis le plus souvent par la force.

Qui était vraiment Pinel, provincial monté à Paris, qui bien qu'homme de l'ancien régime, fut nommé Médecin de Bicêtre sous la révolution, puis Médecin de la Salpêtrière après la tourmente robespierriste pour être ensuite médecin consultant extraordinaire de l'empereur et finir décoré de l'ordre de Saint-Michel par le Duc d'Angoulême sous la Restauration ?

Reconnaissons que ni Daquin ni Broutet n'ont été à l'origine d'un ouvrage tel que *La nosographie* ou *Le traité*. Mais, soulignons que la parution de la deuxième édition du *Traité* (1809), celle qui contient la partie novatrice sur l'exercice à la Salpêtrière, est postérieure de plus de 18 ans à l'œuvre princeps de Daquin et de 11 ans à celle de Broutet.

Convenons que Pinel a tout fait pour mériter sa statue de Grand Homme (il convient, pour l'anecdote, de souligner qu'il est le seul psychiatre français statufié), mais d'autres étaient là, travailleurs de l'ombre. Ils n'ont voulu, parfois, qu'une place modeste, par vocation, par tempérament, voire par vœu ou éthique personnelle. Ce fut le cas de

Mais, tablier blanc et cagoule noire auraient-ils pu faire bon ménage ? Pourquoi pas, car, pour Agulhon, il convient de retenir l'idée d'une espèce d'analogie de forme et même de fonction entre ces deux types d'associations qui cultivent le secret et œuvrent pour une humanité ouverte sur les lumières et les droits de l'homme.

Si Daquin, médecin et clinicien, peut être comparé directement à Pinel, l'administrateur principal qu'était Broutet dans son rôle de « directeur d'établissement » peut être rapproché de Pussin, gouverneur et surveillant de Pinel dans l'emploi Saint-Prix de Bicêtre, puis à la Salpêtrière dès 1802.

Pussin avait été dénommé par Pinel : « mon plus proche collaborateur ». Pariset, lui, n'hésite pas à le nommer carrément : « le précurseur de Pinel ». Voilà des qualificatifs qui s'appliquent au comte Guillaume Joseph Vêran de Broutet, « concierge » de J.-B. J. Gastaldy.

Après une vie de labeur, de charité et d'épreuves, Broutet délivrait un message dont l'enseignement est à méditer.

« Il est certain que l'homme moral, plus que l'homme physique, a ses différences individuelles. Il appartient à la médecine de les étu-

dier, de faire servir à leur juste appréciation et à leur développement toutes les ressources de nos connaissances ».

Notes

10/ Broutet, comme Daquin, cite volontiers Pinel auquel il adhère avec conviction. Il écrira dans *La Science de la Santé* : « L'ouvrage de Monsieur Pinel ayant paru deux ans après mon mémoire, je lus avec satisfaction toutes ses observations ; j'y renvoie mes lecteurs ».

11/ Pinel a-t-il pu vraiment tout ignorer de ce texte ?

12/ La date indiquée est le 11 Messidor an VI qui est, en fait, inexacte de 4 jours.

13/ L'Institut de France fut créé quelques jours avant la mise en place du Directoire, le 25 octobre 1795, par la Convention (trois classes regroupent les savants issus des défunctes Académies : Sciences physiques et mathématiques, Littérature et Beaux-arts, Sciences morales et politiques).

Bernardin de Saint-Pierre était membre de l'Institut de France dans les suites de sa création par la Convention, dans la Classe des Sciences Morales qui deviendra, sous Louis Philippe, l'Académie des Sciences Morales et Politiques. Les séances publiques communes aux trois classes étaient prévues 4 fois par an. Ce type de concours auquel participa Broutet était, en fait, assez exceptionnel ; par exemple, nous ne trouverons aucune autre trace d'un jury de ce type dans le recueil des œuvres complètes de Bernardin de Saint-Pierre.

14/ En réalité, Broutet n'était pas médecin mais administrateur principal de l'Hospice des Insensés. Son médecin, officier de santé consultant, était, avant la révolution, J.-B. J. Gastaldy, agrégé de la Faculté de Médecine d'Avignon et premier Médecin-Chef de Charenton à sa réouverture en 1798. Gastaldy fut contemporain à Charenton, du directeur De Coulmier et du Marquis de Sade qui devait représenter ses œuvres théâtrales, durant son hospitalisation, devant eux.

15/ Orthographié, par erreur, « Boutet ».

16/ Georges III.

17/ Joseph de Maistre faisait partie à la même époque de la confrérie des Pénitents Noirs de Chambéry et de la loge « la Sincérité », loge écossaise de Cham-

CONCLUSION ⁽¹⁹⁾

On se plaît à imaginer ce qu'aurait pu donner pour l'histoire de la psychiatrie l'association de Daquin et Broutet si, par un coup de pouce malicieux du destin, ils s'étaient trouvés, à Chambéry ou à Avignon, conjointement médecin et administrateur du même hôpital.

béry (très probablement celle-là même où était affilié Daquin), loge liée à Willermoz et aux mystiques lyonnais dont la branche avignonnaise sera représentée par Dom Pernety qui professait l'illuminisme. Pernety était lui-même contemporain et voisin de Broutet. 18/ Sous l'Empire, il défrayait les chroniques de l'Almanach du Gourmand par sa réputation de gastronome ce qui laisse à penser qu'il fréquentait les salons parisiens : il a bien dû y rencontrer Pinel ! Notre collègue Ibert prépare une biographie passionnante de cette figure haute en couleurs de la psychiatrie française.

Bibliographie

AGULHON M., *Les confréries de pénitents : les pompes et les œuvres*, in Pénitents et Francs-Maçons de l'ancienne Provence. (pp.86-123), 1968, Fayard, Paris.

ALLIEZ J., HUBER J.P., *Les précurseurs lointains de Montdevergues à Avignon*, Ann. Méd. Psychol., 1978, 137, 9 : 935.

BARJAVEL C.-F.-H., *Dictionnaire historique, biographique et bibliographique du département de Vaucluse*, Tome I, 1841, Devillario, Carpentras.

BARUK H., *Humanisme psychiatrique et histoire de la neuro-psychiatrie*, 1983, Colbo, Paris

BROUTET G., *Discours de la Cérémonie de Délivrance de la condamnée Catherine Joubert par le premier Recteur Ancien des Pénitents Noirs de*

la Miséricorde, le 26 mai 1781, in DUHAMEL L., *Les exécutions capitales à Avignon au XVIII^{ème} siècle*, (pp.55-60), 1890, Seguin, Avignon.

BROUTET G., *Mémoire concernant les soins moraux aux Insensés de l'Hospice d'Avignon*, 1797, An V, publié par les soins de l'Athénée des Arts, Paris (Bibliothèque Nationale).

BROUTET G., *Les visiteurs miséricordieux envers le prochain ou manuel pour les personnes qui veulent exercer toute sorte d'œuvres de miséricorde*, 2 Vol., 1803, Lyon (inconnu à la B.N.).

BROUTET G., *La science de la Charité*, 1811, Nismes (inconnu à la B.N.).

BROUTET G., *La science de la Santé soit pour le moral soit pour le physique*, 1813, Aubanel, Avignon (inconnu à la B.N., 2 exemplaires dont 1 à la bibliothèque Ceccano).

BROUTET G., (B***, attribué à ...), *Notice rapide d'un vieillard au sujet des enterrements dans Avignon*, 1817, Avignon (Bibliothèque Ceccano, Avignon).

CAIRE M., *Le Comte de Broutet, Un ami de l'humanité souffrante*, Evol. Psychiatr., 2000, 65 : 139-50.

CASTRIES Duc de, *La vieille dame du quai Conti*, Librairie Académique Perrin, Paris.

DAQUIN J., *La philosophie de la folie*, 1791, réédition, 1987, Frénésie, Paris.

DESANDRE A., *Essai historique sur le Christ d'Ivoire et sur la confrérie des Pénitents Noirs de la Miséricorde*, 1865, Roumanille, Avignon.

DUHAMEL L., *Les exécutions capitales à Avignon au XVIII^{ème} siècle*, 1890, Seguin, Avignon.

GAUCHET M., SWAIN G., *Documents pour servir à l'histoire de la naissance de l'asile*, 1797-1811, 1980, Lib. des deux Mondes, Paris.

GIRARD J., *Evocation du vieil Avignon*, 1985, Les Editions de Minuit, Paris.

GOLDSTEIN J., *Consoler et classier*, 1997, Synthélabo, Paris.

HUBER J.P., MACHER J.P., ALLIEZ J., *L'hospitalisation forcée des insensés à Avignon au XVIII^{ème} siècle*, Inf. Psy., 1980, 56, 10 : 1257-66.

LAVAL V., *Histoire de la Faculté de Médecine d'Avignon*, Tome 1 (seul paru), 1889, Seguin, Avignon.

MOULINAS R., *Histoire de la Révolution d'Avignon*, 1986, Aubanel, Avignon.

PELICIER Y. et coll., *Philippe Pinel*, « Les journées de Castres », Septembre 1988, 1989, Fabre, Castres.

PINEL P., *Nosographie Philosophique ou la méthode de l'analyse appliquée à la médecine*, 2 vol., 1798, (An VI), Madaran, Paris.

PINEL P., *Traité Médico-Philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*, 1801, (An IX), Paris.

PINEL P., *Traité Médico-Philosophique sur l'aliénation mentale*, 2^{ème} édition entièrement refondue et très argumentée, 1809, Brosson, Paris.

POSTEL J., QUETEL C., *Nouvelle histoire de la Psychiatrie*, 1983, Privat, Toulouse.

ROCHE, GUERIN, *Approbation*, in BROUTET G., *La Science de la Santé soit pour le moral soit pour le physique*, p.293, 1813, Aubanel, Avignon.

ROQUE, *Avertissement de l'éditeur*, in BROUTET G., *La Science de la Santé soit pour le moral soit pour le physique*, p.1-10, 1813, Aubanel, Avignon.

SAINT-PIERRE J.-H. Bernardin de, *Rapport sur les mémoires pour le prix de l'Institut National de la Question : « Quelles sont les institutions les plus propres à fonder la morale d'un peuple ? »* Séance publique de l'Institut National 15 Messidor An VI (3 juillet 1798), in Saint Pierre J.-H. B. de, œuvres complètes, pp.749-755, 1840, Ledentu, Paris.

SAINT-PIERRE J.-H. Bernardin de, *Œuvres complètes*, Tome 1, 1840, Ledentu, Paris.

SOUBEIRAN J.-L., *Histoire de l'hôpital Psychiatrique de Montdevergues*, 1968, Thèse, Montpellier.

TYRODE (Y.), *Le comte de Broutet est-il le Philippe Pinel avignonnais ?* Psychologie médicale, 1993, 25, spécial 12, 1153-1158.

X..., *Règlement et statuts du Mont-de-Piété d'Avignon*, 1843, Seguin, Avignon.

X..., *Les noms des membres, officiers et administrateurs du Mont-de-Piété*, 1847, (Circa), Seguin, Avignon.

WEINER D.-B., *Philippe Pinel et l'abolition des chaînes : un document retrouvé*, Inf. Psy., 1980, 56, 2 : 245-253.

LIVRES

Platon était malade

Claude Pujade-Renaud
Actes Sud

Le XX^{ème} siècle aura peut-être été le siècle de tous les dangers pour Platon et les platoniciens ! Il y a d'abord eu Martin Heidegger qui a réhabilité les présocratiques que Platon avait cru vaincre à jamais. Il y a eu plus récemment ce coup terrible commenté par Jacques Derrida qui a publié, en la commentant de long en large, une traître carte postale découverte à Oxford : elle dévoile la scène primitive de la philosophie occidentale sous un jour inouï, où contrairement à toutes nos croyances, Platon apparaît dressé debout derrière un Socrate assis écrivant *secrètement* sous la dictée de Platon... Or voilà qu'encore un nouveau coup, le coup de grâce peut-être, vient clore ce siècle si douloureux : Platon était malade ! Ce n'est pas un diagnostic posé par un médecin qui aurait découvert un inédit médico-légal non, c'est Platon lui-même qui l'avoue dans un petit passage anodin du *Phédon*. Alors, Claude Pujade-Renaud prend au mot cet aveu qu'elle exhibe dans le titre de son livre : *Platon était malade*, phrase-titre depuis laquelle elle relie, et relie, un Platon bien différent de celui que la tradition avait héroïsé. Platon était malade : mais de quoi ? On ne sait pas exactement. A lire le *Phédon*, qui évoque cette maladie en coïncidence avec la mort de Socrate, on pourrait sans trop de risque dire que Platon était atteint d'une forme de maladie de la mort, cette maladie étrange, terrible et chronique, dont le tableau a été dressé il y a quelques années par Marguerite Duras (et que la psychiatrie pourrait utilement ajouter, à son arsenal diagnostique). Mais Claude Pujade-Renaud explore plus au fond cette maladie : et c'est en fait plutôt de la maladie de l'amour dont souffre son Platon. Une maladie terrifiante, qui mélange dépression, mélancolie, hypocondrie, hystérie, *neurasthénie* aurait-on dit au XIX^{ème}, et aussi une certaine dose de petite perversion, et enfin, dans la phase terminale, des symptômes de scriptomanie ! Ce sont ces derniers symptômes qui nous sont restés, transmis de générations en générations caractéristiques d'une certaine manière de philosopher...
Le livre de Claude Pujade-Renaud donne à lire les différentes phases de cette maladie plato-

nicienne, et l'envers de la scriptomanie y est discrètement dévoilé. C'est un Platon remis sur les pieds qui apparaît alors, et certains concepts les plus platoniciens, qui fondent si souvent implicitement notre manière quotidienne de penser, prennent de nouveaux sens. La lecture « clinique », de bout en bout littéraire, proposée par Claude Pujade-Renaud est alors troublante : par exemple, la *théorie des Idées* qui détermine la distinction du sensible et de l'intelligible et est accessible par le mythe de la réminiscence comme cause de la capacité de chacun, insinue ou non, esclave ou homme libre, d'user de sa faculté de raisonner : on ne s'est pas assez intéressé au fait que pour en donner l'expression et la démonstration, Platon est passé par un esclave (cf. le *Ménon*). Or cet esclave, nous laisse entrevoir ce livre, c'est en un sens le *corps de Platon*, sa (ré)jouissance, sa part non malade ni souffrante qui va le sortir de sa maladie socratique, et l'autoriser, sous un certain prix peut-être, à l'écriture philosophique. Ce corps, si forclus de l'écriture platonicienne sous forme de géométrie de l'Idée, fait retour chez Claude Pujade-Renaud sous la forme de l'esclave comme celui qui va redonner corps à Platon lui-même, et peut-être à la philosophie. A l'envers de la place surdéterminée du *Ménon*, l'esclave, que Socrate avait *géo-maîtrisé*, pourrait-on dire, est ici, en véritable spectre de Marx et du matérialisme, celui qui rappelle Platon non pas aux Idées mais au corps et au sensible remémoré, au fil de la lumière, des odeurs, des douceurs et de la force du paysage grec restitué par l'écriture de Claude Pujade-Renaud.

Alors, là où la scriptomanie philosophique restait peut-être encore le prix payé pour faire de la philosophie depuis Platon, le livre de Claude Pujade-Renaud, en cette fin d'époque, annonce peut-être la possibilité de la fin de cette dette, pour philosopher autrement, matériellement (car si Platon était malade, alors nous sommes tous guettés par cette même maladie, chaque fois que nous sommes soucieux de réfléchir ce que nous pensons). Le dialogue entre philosophie et littérature, et peut-être à cause de Platon, est parfois très difficile, et souvent mutuellement paranoïque... Mais ce roman montre que parfois, pourtant, ce dialogue est possible, et jubilatoire où l'écriture (du) philosophique est en même temps poétique. Lire (que) *Platon était malade*, c'est alors arracher Platon aux seuls symptômes

scriptomaniaques sous lesquels il se laisse traditionnellement apparaître, pour le retrouver selon un mouvement de (re)connaissance le plus fidèle à la démarche socratique... Ce n'est pas un Platon ressuscité qui apparaît là, c'est un Platon réincarné auquel chacun s'expose lorsqu'au moment de penser, chacun rencontre la question de ce désir là, de penser, qui peut n'être pas qu'une maladie...

Patrice Desmons

Les médecins doivent-ils prescrire des drogues ?

Forum Diderot

Collection dirigée par Pierre Fédida et

Dominique Lecourt

PUF

C'est une rencontre imaginée et animée par Pascal Nouvel, philosophe et biologiste, organisée par le Centre d'études du vivant (Université Paris VII-Denis-Diderot) et par l'Association Diderot, en partenariat avec La Recherche, Le Monde des débats, les Presses Universitaires de France et Sanofi-Synthélabo. Ont participé à ce Forum, le 11 mai 1999 : Francis Caballerro, François Dagognet, Zorka Domic, Philippe Pignarre, François Prévotau du Clary. Le terme « drogue » est une construction sociale. Ce n'est pas un terme absolu, délimité et invariant. Il englobe un continuum de substances, dont les qualités dépendent de la molécule, de la dose, de la voie d'administration, mais aussi de la susceptibilité de l'organisme et des croyances sociales. Ce terme porte aussi une valeur juridique, politique ainsi qu'un jugement social et moral. La société attend que le psychiatre joue, non seulement, un rôle de médecin mais aussi de contrôleur social. Ces rôles sont en conflit quand le médecin, qui est sensé aider et guérir, doit prescrire une substance que la société vit comme menaçante. Elle est considérée menaçante parce que grâce à elle les individus désertent la réalité sociale et s'adonnent à une vie intérieure exaltée. La drogue permet de regrésier et satisfait un besoin oral de dépendance. Au début, la lutte contre la drogue avait pour but de débarrasser la société d'un problème et non pas de comprendre. La répression était une solution temporaire parce qu'elle a favorisé surtout les trafics et la clandestinité. L'exclusion des toxicomanes s'impose comme un déni de leur souffrance et des raisons à l'ori-

gine des toxicomanies. Le surgissement des associations de consommateurs de drogues illégales est un événement démocratique qui a changé ce discours utilitariste. L'Etat porte une responsabilité en favorisant la distribution du tabac et de l'alcool qui mènent, aussi, à une mortalité élevée et ne sont pas moins dangereux que d'autres drogues. Il y a donc un double discours au sujet de la drogue. L'acte de prescription sous-entend une contrainte. François Dragognet précise les sens des mots ordonnance et prescrire : « Ordonnance - ordonner, l'ordre - est d'abord un terme juridique ou administratif, il signifie la promulgation des décisions qui ont force de loi. L'autorité s'exerce à travers elle, par elle. Parallèlement, la prescription détaille ce qu'il faut faire : ce qui est prescrit est fixé, quasiment imposé ».

Souvent, la prescription demeure la seule façon des médecins de prendre en charge la souffrance. La prescription donne une impression de toute-puissance et de solution magique aux problèmes. Pour Balint le médecin prescrit aussi pour lui et l'effet du médicament a aussi quelque chose à voir avec le prescripteur. Pour Lacan, le patient « *demande d'être authentifié comme malade* », pour lui « *la signification de la demande est la dimension où s'exerce à proprement parler la fonction médicale* ». Ainsi, la drogue a un sens individuel pour chaque patient.

V. Petkov

L'expérience intuitive

Claire Petitmengin

Préface de Francisco J. Varela

L'Harmattan

L'intuition se trouve au cœur de la découverte scientifique, de la création artistique, du diagnostic psychothérapeutique... comme de notre vie quotidienne. Pourtant, l'expérience subjective associée à l'apparition d'une intuition demeure peu connue.

Ce livre présente des expériences intuitives variées (idées scientifiques nouvelles, intuitions créatrices, psychothérapeutiques, prémonitions...). D'une analyse et d'une comparaison de ces descriptions, émerge une succession d'états et de « gestes » intérieurs qui présentent une régularité frappante d'une expérience à l'autre et d'un sujet à l'autre ; autrement dit, une structure générique de l'expérience intuitive.

Les années pop

Exposition à Beaubourg

Accueillis par des hôtes en tenue rose bonbon fluo, nous arrivons au sixième étage de Beaubourg. Nous parcourons un labyrinthe au courbes douces, qui nous conduit à différentes salles d'exposition claires obscures. Toiles, sérigraphies, maquettes d'architectures, objets de consommation et de communication, sculptures, mobiliers, vêtements, et j'en oublie certainement, nous restituent l'ambiance de ces années là, les années pop, et pas si roses que ça.

Des projections actualisent les débats de cette époque, ainsi que des phrases au sens indéfinissable ou obscur, reproduites sur les murs. En tout cas, pour moi, seule la musique des Beatles, diffusée dans une salle de mobiliers aux formes douces, aux couleurs vives et à la matière souvent clinquante, ouverte sur une vue panoramique de Paris, apporte un peu de douceur, de mélodie et de liant aux excès de ce temps là.

Dans ces années là, j'étais petite et je dois bien dire pas très imprégnée par les débats du moment.

Qu'en dire quand je regarde tous ces trésors accumulés, retrouvés, mis en valeur parce que remis dans leur contexte? Que ça devait être dur d'y vivre! Que nous y proposait-on? Une abondance de biens de consommations, fabriqués en série, à l'esthétique aujourd'hui passée de mode.

Ah! la mode, quels univers ne nous impose-t-elle pas et toujours à notre insu!, la mode à quoi nous nous conformons toujours à notre insu! Et avec quelles contorsions de semblants d'émerveillement attendus et sociale-

ment corrects! En témoigne cette paire de chaussures à la forme excentrique dont l'explosion de douleur de nos pieds quand nous la chaussons, est représentée par son sculpteur par des épingles à coudre. Et plus loin, quelle vie collectivement correcte nous apporte cet architecte qui construit pour nous cet immeuble circulaire, à terrasses certes, où pas un de ses habitants ne peut échapper au regard des autres!

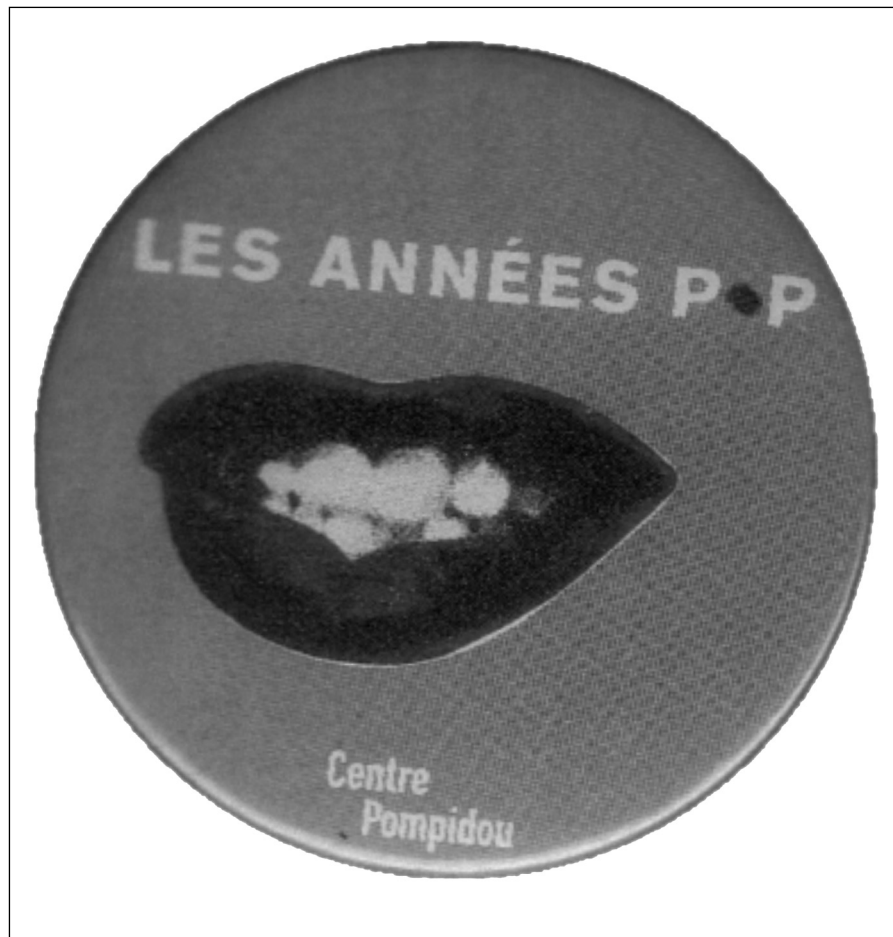
On a oublié ce que Sartre disait: « *L'enfer c'est les autres* », et seules les pièces sans terrasses, situées sur la circonférence extérieure du bâtiment peuvent donner le sentiment fugitif au consommateur de cette architecture d'être seul au monde!

Que dire des images syncopées de l'époque diffusées sur les téléviseurs dont la forme ronde essaye de donner le change sur le bonheur de ces années pop!

Que dire des bruits répétitifs et stridents des machines et robots, ces objets de tous les jours, manufacturés, exposés et convoités, et auxquels des sculpteurs, des peintres veulent donner une allure d'œuvre d'art; telle cette sculpture-peinture où s'accrochent la glace souillée, le lavabo crasseux, les crochets qui restent sans l'objet qui y était accroché, autant de témoignages d'un passage de l'homme et de son abandon du lieu.

Que dire des sculptures, celle du frigidaire poubellisé et des machines de Tinguely, des peintures et sérigraphies de Hamilton et d'autres, qui essayent de donner à cette époque, avec ses figures imposées par l'essor et l'exploitation de la science, à la consommation et à son déchet, un petit air d'art au réalisme cru que reprennent les dessins et les textes de bandes dessinées.

Dérision des années pop où le sordide dans l'art fait fureur, où l'on tente d'élever à l'art les fureurs de l'homme, l'homme et son cortège d'orgies, de déboires, d'interrogations sur son désir, de questionnement du mâle sur son désir de la femme, passée elle aussi au rang d'objet de consommation, représentée avec un corps morcelé, découpé, habillé de



drôles d'habits pas très confortables, ou affublée de robots et machines de tout poil pour l'aider dans ses tâches multiples et surtout ménagères! Et là encore, le mystère de la femme ne trouve pas de réponse même en la peignant les cuisses écartées, son âme ayant échappé au voyeurisme du peintre et à son talent.

Bref je comprends que dans ce sans espoir de l'époque il ait fallu mai 1968 pour se remettre la tête d'aplomb. En fallait-il arriver

là? Sans doute oui, et sans doute encore, telle une éternelle répétition, ou série pour faire plus esprit des années pop. Que dira-t-on d'autres années, si ces années font date? En tout cas, c'est une exposition qui était à voir, absolument (elle s'est tenue jusqu'au 18 mai dernier). ■

Joëlle SKRIABINE*

* Praticien Hospitalier temps plein, C.H. Paul Guiraud, 94806 Villejuif.

LIVRES

L'épreuve du féminin à l'adolescence : clinique du masochisme pubertaire

Catherine Ternynck
Dunod

Lors du colloque d'octobre 1994 intitulé: « *Sexe de femmes en questions* », organisé par Feja Reggios, à la question attribuée à Freud: que veulent les femmes? il avait pu être répondu: jouer, camarades! Pourquoi la jouissance féminine est-elle si problématique, si difficile, si imprégnée d'obstacles? L'ouvrage de C. Ternynck tente d'y répondre. Disons-le de suite: le titre est très réducteur et masque l'intérêt général de ce travail. Tout praticien est confronté au féminin en lui, chez ses patients, dans les institutions, et l'épreuve du féminin, avec ses obstacles, ses noeuds où se concentrent les tensions, ses espaces de subjectivation, permet de rendre compte de bien des difficultés.

Dans une première étape est abordée la filiation du féminin et ses avatars chez la petite fille, son établissement et son développement avec ses différents modes de dégagements expressifs: à prédominance névrotique, à prédominance narcissique, à prédominance incestuelle, engageant la petite fille dans des modes d'être au monde qui seront réinterrogés plus tard.

L'adolescence, période propice à bien des remaniements est aussi un moment de fragilité et d'interrogation identitaire. La clinique de

l'homosexualité féminine à cet âge met bien en évidence l'enjeu de cette conduite: soit élément maturatif, transitionnel et vitalisant, soit étayage narcissique, voire soutien de l'identité de genre.

L'élément le plus remarquable de ce travail est la façon dont est rendu le traitement de la haine entre mère et fille, l'auteur nous faisant observer qu'une mère de fille est aussi une fille de mère, évoquant ainsi la dimension transgénérationnelle de certaines souffrances. Alors que chez le garçon, l'agressivité est permise socialement (coups de poing, gros mots, vêtements abîmés), elle est beaucoup plus fortement réprimée chez la fille et la femme, pour qui il y a transivité entre être aimée et être bonne. Or, dans les faits, les liens mère fille sont dans l'enfance (et parfois au-delà) saturés de haine. Comment prendre sa place dans ce contexte, supporter la haine nécessaire d'une adolescente pour sa mère sans rétorsion, permettre que cette haine soit liée, symbolisée, et contribue à l'établissement de remaniements féconds, c'est ce qu'avec un grand bonheur d'expression, l'auteur nous fait découvrir. L'espace de féminisation, troisième partie, nous retrace quelques trajets de féminités: à transaction névrotique avec son espace de punition, espace qui favorise ou entrave le moins la subjectivation, et d'autres trajets plus douloureux avec leurs espaces de privation, d'expiation, victimaires, parfois les seuls possibles, plus problématiques, plus limitants.

Ce travail donne à voir le féminin à tous les âges de la vie, de la petite fille à la personne âgée, en passant par l'adolescente en conquête

d'indépendance et la femme du milieu de la vie. Sa richesse et sa densité en font un texte que l'on ne peut parcourir et que l'on gagne à lire le crayon à la main. Il fait penser, il rend créatif.

Alain Frottin

Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail

Aspects sociologiques

Sous la direction de Geneviève Cresson et François-Xavier Schweyer

Editions de l'Ecole Nationale de la Santé Publique

La première partie de cet ouvrage collectif est organisée autour du travail infirmier et de quelques-uns de ses aspects les moins définis: le travail émotionnel (Druhle, Lépinard), l'innovation et la participation (Dembinski), mais aussi les différences entre les images que les porte-paroles donnent de leur profession et le vécu ou les projets des acteurs de terrain (Féroni).

Deux professions centrales, les médecins et les pharmaciens, font l'objet de la deuxième partie. Elles sont abordées par des regards croisés, entre pays et entre « moments » différents d'une réforme ou d'une évolution. L'intégration de la profession médicale par la médiation du politique en Algérie est interrogée dans son devenir (Mebtoul). C'est aussi dans le cadre des relations entre politiques publiques et profession que les effets de la loi de 1982 sur les valeurs médicales et sur le « modèle »

professionnel se fonde le choix des carrières (Dubernet).

L'organisation du travail est aussi corrélée avec la gestion, soit comme objet direct de gestion plus ou moins instrumentalisé par des outils spécifiques, soit comme objet indirect subissant les effets de décisions gestionnaires qui lui sont plus ou moins externes. La troisième partie s'intéresse à des acteurs dont on parle moins, ou aux nouveaux modes de gestion (dans les différentes acceptions de ce terme) du travail sanitaire. L'organisation du travail hospitalier est analysée dans sa spécificité (Minvielle) et dans sa relation aux administratifs-gestionnaires qui travaillent dans les directions hospitalières (Schweyer). Le rôle et la place des parents dans le système hospitalier (Cresson), de même que l'approche communautaire comme mode de travail dans le système de santé du Chili (Rodriguez) interrogent le travail sanitaire dans un contexte élargi aux acteurs profanes et à l'espace privé. Dans une perspective moins centrée sur les systèmes d'action, mais plus sur les outils, il est intéressant d'analyser les effets de l'usage de l'information dans la définition du travail des médecins. Plus précisément, la question traitée ici est: la connaissance « objective » de l'activité médicale ne risque-t-elle pas de détruire l'autonomie professionnelle (Ogien)? La quatrième partie, la plus courte, est consacrée aux services de soins palliatifs, comme observatoires privilégiés de la division du travail hospitalier dans un contexte extrême. La nature du travail de soins palliatifs (Lebeer), et ses modalités (Castra) sont tour à tour interrogées.

Psychothérapies Itinéraires actuels

Enfances & Psy n°12/2000

Ce dossier rappelle que la psychothérapie n'est pas un modèle prêt-à-porter qui surgirait préfabriqué du magasin des thérapeutes. Il souligne le rôle des liens de connaissance et de respect mutuel entre professionnels et leur tissage, dans la perspective d'un travail en réseau (M.-A. Jeune). Il insiste sur l'importance de l'adhésion de l'enfant et de sa famille comme condition de réussite de la démarche, et sur le travail d'accompagnement, sans lequel bien des thérapies tourneraient court (M. Denhière, J.-L. Hervé Le Run, B. Janvoine, A. Paillard). La psychothérapie n'est ni la panacée ni une solution de rechange commode face aux impasses d'autres prises en charge. C'est une démarche que l'intéressé, épaulé par l'entourage soignant, scolaire, éducatif, doit pouvoir faire sienne (J.-M. Hervieu, A. Roger). Cet accompagnement n'est d'ailleurs pas seulement verbal : il peut prendre, dans certains cas extrêmes, une forme concrète incarnée par des accompagnatrices « garantes de l'entre-deux » (V. Pillet, M. Trastour) certes, mais aussi garantes de la continuité des soins lorsque les parents ne peuvent l'assurer. Pour autant, une psychothérapie peut-elle s'envisager sous la contrainte ? Lorsque l'adhésion parentale fait défaut et que la souffrance est majeure, l'injonction judiciaire peut-elle fournir une réponse ? (F. Bru, N. Recoules, A. Vogelweith). À l'extrême, comment envisager un travail psychothérapique en milieu carcéral ? N'y s'agit-il pas plutôt d'une ouverture « pré-thérapeutique » avec l'espoir de favoriser une démarche personnelle ultérieure ? (A. Maurion).

Le consultant (surtout lorsque celui-ci pratique au sein d'une équipe) est souvent chargé de clarifier et de délimiter les champs de la demande, de la souffrance et de l'intervention d'aide, d'ouvrir un espace de jeu psychique et d'esquisser un cadre thérapeutique (J.-L. Le Run). Celui-ci prendra des formes variables : - à l'en-deçà de la parole verbale, chez le bébé ou le jeune enfant, par la thérapie psychomotrice (D. Tarnopolski) ou encore par l'observation directe (B. Golse) ;

- aux difficultés spécifiques à la période de latence que sont la contradiction entre le travail de refolement nécessaire à cet âge et les objectifs de la thérapie, et la pression sociale qui s'applique à l'enfant et aussi aux parents (C. Arbisio) ;

- aux impossibilités d'associer librement ou de supporter la relation duelle, auxquelles le psychodrame psychanalytique tente de répondre (P. Delaroché) ;

- aux particularités des états limites pour lesquels le traitement par l'environnement constitue une alternative lorsque la cure ambulatoire s'avère insuffisante ou impossible (M. Botbol, G. Papanicolaou, T. Balkan) ;

- au contexte dans lequel évolue l'enfant et l'adolescent qui joue un rôle déterminant, en particulier le contexte culturel qui peut parfois inciter à recourir à une approche ethnopsychiatrique (T. Baubet, M.R. Moro).

Entre une rigidité qui exclurait du champ psychanalytique tout écart de ce modèle et une dilution confusionnante, l'hypothèse de la triple décondensation (J.-M. Dupeu) redonne une unité à toutes ces pratiques : fragmentation du transfert sur plusieurs personnes, prise en compte des productions non verbales (dessin, jeu, etc.) au même titre qu'un discours, attention portée aux significations véhiculées par l'entourage, constituent autant de « dépliages » des règles fondamentales permettant d'adapter la cure aux insuffisances du processus d'injection caractéristiques de certains âges de l'enfance et de certaines pathologies.

Mais la diffusion et la diversification des psychothérapies pose, également, le problème de la formation des thérapeutes et de leur qualité

dans l'avenir (B. Golse).

Les entretiens familiaux, en rétablissant une temporalité intergénérationnelle et en « *démêlant les psychés des différents membres de la famille* », permettent l'émergence et la liaison des représentations et des affects relatifs à l'enfant (M. Berger). Comment les parents, quant à eux, vivent-ils la psychothérapie de leur enfant, particulièrement lorsqu'il est très malade ? Il est apparu indispensable de conclure ce dossier en leur donnant la parole (J. Baert).

L'autre

Dossier : Nourritures d'enfance

Revue transculturelle

Editions La pensée Sauvage

« L'autre », vient de naître et nous sommes heureux d'accueillir cette nouvelle revue. Les éditeurs de La pensée sauvage nous offrent là un ouvrage au format agréable, avec une superbe illustration de couverture réalisée par Yves Got. Marie-Rose Moro, directrice scientifique, ouvre ce recueil d'une vingtaine d'articles, avec un texte qu'elle a intitulé : *Eloges de l'altérité*. Immédiatement nous sommes séduits par son écriture, claire, précise et poétique. Sans rien sacrifier à la rigueur des concepts, sans jamais éviter l'articulation complexe du singulier au collectif, Marie-Rose Moro, nous invite à explorer les nuances de la dimension de l'autre. Revue de clinique ouverte sur le monde, sur les mondes, d'une question cruciale, parce que triviale, banale et concrète : de quelles nourritures a besoin le petit d'homme ? Bernard Golse, psychanalyste et pédopsychiatre, propose un panorama remarquable d'observations fines et précises, élaborées à partir de ces « *chercheurs d'intelligence* » que furent Freud, Melanie Klein, Nicolas Abraham... Les récents travaux de Geneviève Haag, André Green, Jean Laplanche sont rappelés, dans ce que chacun a pu amener de singulier, de fertile, de nouveau et d'audacieux pour nourrir notre réflexion.

Audace et courage que nous retrouvons au cours de l'entretien avec Jean Malaurie. Animé par le souci de comprendre, voulant remonter aux causes premières, ce « *chercheur en quête* » rencontra un jour les « *peuples premiers* » ceux qui sont « *le levain de l'humanité* ». C'est ainsi que cet érudit engagé deviendra le porte-parole de ceux qui sont sans voix. Ne jamais céder sur sa subjectivité tout en faisant œuvre scientifique, rester éveillé, Jean Malaurie n'hésite jamais à prendre des risques, et cela se retrouve, bien sûr, dans son écriture et sa pensée.

Enseigné par un Chaman, il fait sienne cette parole qu'il offre à notre méditation : « *il ne s'agit pas de trouver des idées mais de les approfondir, de les souffrir jusqu'à en crier...* » Ce premier numéro est d'une telle richesse qu'il qu'il nous apparaît difficile de rendre compte en quelques lignes de l'élan, de la vitalité, de la ferveur, de chacun de ces textes. Je voudrais, malgré tout, signaler au lecteur, le très beau témoignage, de Yoram Mouche- nik, à propos d'une prise en charge psychologique qui s'annonçait au départ périlleuse. Il s'agit d'une adolescente kanak atteinte d'un cancer à la jambe, soignée à Marie-Curie. Comment transformer le refus de traitement en acceptation, quand il y va de sauver la vie de cette jeune fille. L'exposé de cet itinéraire clinique nous démontre que le savoir anthropologique est nécessaire, pour opérer un changement et mettre en place une véritable alliance thérapeutique. Voici donc une observation qui éclaire d'un jour nouveau ces prises en charges difficiles, et nous donne envie de travailler cette question de l'altérité que l'on rencontre au cœur de nos sociétés « *modernes, plurielles, mouvantes et métissées* ». Sociétés modernes où le « *continent adolescent* » ne cesse de nous interroger, Boris Cyrulnik en parle avec sensibilité. Ordre et désordre, voici les deux dan-

gers qui guettent ce continent. Et si nous ne lui donnons ni écoute ni parole, il pourrait sombrer dans le chaos, la violence ou la mort. Il faut lire l'étude de Ourida Manséri sur les variations du verbe nourrir en anglais, en arabe, en berbère et en français. Voyage savoureux qui invite à rêver. Le mérite essentiel de cette revue est d'être la seule à pouvoir présenter une telle ampleur, une telle diversité des approches, venant de penseurs, de cliniciens inscrits dans des champs de recherche qui trop souvent s'ignorent.

Eric Hensgen

Le suivi du patient cancéreux

Coordonné par Marc Espié

Collection Dialogue Ville-Hôpital

Editions John - Libbey Eurotext

Rédigé par des oncologues exerçant pour la plupart à l'Hôpital Saint-Louis, à l'Institut Gustave-Roussy et à l'Institut Curie, cet ouvrage traite dans une première partie des différents aspects du suivi en général, avec le traitement de la douleur, l'aide psychologique, la surveillance des patients sous chimiothérapie, l'hormonothérapie, pendant et après une irradiation. La seconde partie est consacrée au suivi par type de cancer : pulmonaire, de l'appareil digestif, du sein, de la peau, gynécologique, ORL, urologique, sarcome osseux ou des tissus mous, du système nerveux central. Dans chaque cas, les complications du traitement, puis les risques de récurrence, le pronostic et la surveillance clinique sont abordés. Un dernier chapitre concerne les soins en fin

de vie, qui « *sont d'abord une dynamique d'anticipation par les professionnels* », alors que « *les limites du soin palliatif à domicile* » sont précisées. Les considérations qui dérangent ne sont pas omises, les auteurs relevant, par exemple, que les métastases ganglionnaires sont « *détectables notamment par tomographie par émission de positons, malheureusement encore très peu disponible en France* », ou regrettant à propos de la prise en charge en fin de vie que « *plus de la moitié des services de concéologie ignorent toujours l'usage de la scopolamine* », ou encore l'absence fréquente de corticothérapie en phase de dyspnée sévère.

Les nouvelles délinquances des jeunes

Violences urbaines et réponses éducatives

Jean-Marie Petitclerc

Dunod

Jean-Marie Petitclerc analyse l'évolution de la délinquance juvénile et démontre l'insuffisance des politiques actuelles de prévention, comme les dysfonctionnements des modes de prise en charge éducative.

Il propose, ensuite, la mise en œuvre de réponses articulées autour de trois pôles : la rue, l'école, la famille pour réinvestir l'espace, la formation, le dialogue intergénérationnel.

Ces propositions sont issues de l'expérience pilote de l'association « *Valdocco* » à Argenteuil dans le Val d'Oise.

Les centenaires français

Etude de la Fondation Ipsen-1990-2000*

Qui sont les centenaires français ? Vaste question à laquelle l'étude « *A la recherche du secret des centenaires* » a cherché à répondre. Cette étude a été menée en France sous l'égide de la Fondation Ipsen entre 1990 et 2000. Deux ou trois décennies plus tôt, leur nombre n'était pas assez important, deux décennies plus tard, il y en aurait eu trop. 1990 s'est révélée être le moment pour mener à bien cette étude.

Son rapport final vient d'être publié. Les auteurs sont le Docteur Michel Allard, gériatre, qui a écrit plusieurs ouvrages sur le vieillissement, et Jean-Marie Robine, démographe à l'INSERM de Montpellier, président du Comité Mondial « *Longévité et Santé* ».

De par l'allongement de l'espérance de vie, ce sujet, jusqu'à présent relativement délaissé (peu d'études, peu de publications, de rares thèses de médecine sur des cas isolés) revêt, soudain, un intérêt particulier. En France, les centenaires représentaient moins de 200 en 1950, 3000 en 1990, 7000 au dernier recensement. Après un ralentissement de cette vertigineuse progression de 2014 à 2018, dû à la grande guerre, ils seront probablement 320.000 en 2050. Ce sont les quinquagénaires d'aujourd'hui... Les centenaires représentent un exemple extrême de vieillissement. A ce titre, il est intéressant d'essayer de comprendre qui est devenu centenaire, comment et pourquoi ? Existe-t-il un secret, génétique, environnemental ou thérapeutique ? D'autre part, l'allongement de l'espérance de vie est un véritable enjeu en termes de santé publique et il est d'ores et déjà légitime de s'interroger sur l'évolution des besoins médicaux des patients vieillissants et sur la façon de les prendre en charge.

Cette étude a été réalisée grâce à la collaboration de plusieurs milliers de généralistes et de gériatres. 900 centenaires ont été inclus entre janvier 1990 et avril 1991.

Au total, pour chaque centenaire de l'étude,

de nombreuses données ont été recueillies et analysées, extraits de naissance des parents, examens cliniques, entretiens socio-démographiques, en passant par l'analyse des diplômes obtenus jusqu'aux résultats de prélèvements sanguins (pour 30 % d'entre eux)... L'étude de l'état de santé des centenaires est évidemment un des points forts de ce rapport. Ils vont globalement bien, même s'il s'agit de personnes très fragiles. Si les femmes sont plus nombreuses que les hommes à « *passer le cap fatidique* », les centenaires hommes sont en meilleure forme. Que ce soit sur le plan physique, sensoriel ou cognitif, les hommes qui survivent au-delà de 100 ans présentent de meilleures performances.

L'image type du centenaire, en fait d'une centenaire, est la suivante : « *Elle dit avoir travaillé toute sa vie, elle est plutôt gaie, optimiste, confiante dans l'avenir, ouverte sur le monde. Elle a du caractère, voire un « sacré caractère ». Elle est autoritaire, voire tyrannique. Peu encline à se plaindre, elle aime bien qu'on s'intéresse à elle, cherchant encore à plaire, à séduire, aimant la vie. Elle vit sans excès mais sans privation ; ce n'est pas une adepte de l'ascèse* ». Mais au-delà de ce portrait-robot, les auteurs insistent sur « *l'hétérogénéité extrême de ce groupe de personnes* ». L'expérience de la vie, les cicatrices physiques ou mentales vont laisser leur marque : plus les individus sont âgés, plus ils sont différents. Composante génétique ? facteurs environnementaux ? où se cache leur secret ? à moins que ce ne soit derrière leur esprit malicieux comme en témoignent ces quelques remarques : « *C'est facile, il suffit d'être patient et attendre* » ou encore « *S'il y a un secret et que je vous le dis, ce ne sera plus un secret !* »...■

G.M.

*Conférence de presse Beaufour Ipsen Pharma au cours du Medec, 14 mars 2001.

LIVRES

**Les désarrois nouveaux du sujet
Prolongements théorico-cliniques au
Monde sans limite**Jean-Pierre Lebrun
Erès

Jean-Pierre Lebrun rend compte des élaborations théoriques survenues depuis la parution d'*Un monde sans limite** : discernement entre fonction paternelle et patriarcat, variation de l'Autre dans l'histoire, fin de la prévalence de la parole, distinction entre société pas-toute phallique et toute-pas phallique, expérience-limite du sujet contemporain, difficultés nouvelles pour la subjectivation, lecture de la distinction qu'a faite Lacan entre Nom-du-Père et « nommer à », déterminants des possibles d'un nouveau pacte social, enjeux pour le désir de l'analyste... Dans une seconde partie, des psychanalystes venus de plusieurs horizons institutionnels** tentent de rendre compte des effets de la configuration actuelle du social sur le sujet : errance, médecine, victimisation, toxicomanie, maltraitance, lien social, exclusion, capitalisme.

* Jean-Pierre Lebrun, *Un monde sans limite, Essai pour une clinique psychanalytique du social*, collection « Point hors ligne », Erès, 1997

**avec les contributions de Gérard Amiel, Chantal Brand-Gaborit, Jean-Luc Cacciali, Claire Caumel-Feltin, Laurence Croix, Christian Demoulin, Christian Dubois, Maryvonne Febvin, Jacqueline Hiltenbrand, Jean-Paul Hiltenbrand, Jean-Pierre Jacques, Claude Jamart, Anne Joos de ter Beerst, Jean-Pierre Lebrun, Guy Lérés, Janine MarchioniEpepe, Françoise Petitot, Yvette Thoua.

**Comment vivre avec un malade
psychique**

Collectif de l'UNAFAM

Préface de Jean-Claude Pénocet
Editions Josette Lyon

Ecrit par un groupe de personnes confrontées à la maladie, parents bénévoles de l'association, psychiatres, cet ouvrage est basé sur leur expérience au quotidien et définit ce que sont les maladies mentales pour le public souvent mal informé : pas la folie, mais des affections qui entraînent des troubles de la pensée et du comportement : dépression, anorexie, boulimie, troubles maniaco-dépressifs, bouffées délirantes, schizophrénie... Les proches, souvent, ne savent pas à qui s'adresser pour faire soigner leur malade et maintenir son minimum vital. L'Unafam informe des changements notables survenus ces dix dernières années : aujourd'hui, les malades ne passent plus « toute leur vie » à l'hôpital devenu un lieu de soin des décompensations. Ils vivent dans la cité, au milieu des autres citoyens. Sans également précisés les progrès des traitements, les soins à envisager, la place de la famille auprès du malade, l'organisation de la vie quotidienne, la réinsertion scolaire, sociale, professionnelle. En fin d'ouvrage, les adresses d'associations utiles sont données.

**Les personnes handicapées face
au diagnostic prénatal
Eliminer avant la naissance ou
accompagner ?**Danielle Moysse et Nicole Diederich
Erès

Le sous-titre de ce livre constitue une alternative qui revient comme un leitmotiv tout au long de l'étude présentée. Quelle que soit la position adoptée à l'égard du diagnostic prénatal par les personnes handicapées rencontrées, presque tous les interlocuteurs ont présenté l'élimination anténatale comme un recours qui risque de devenir inévitable. Qu'en est-il alors de la « liberté individuelle » ? Dans un monde où des obstacles considérables s'opposent à l'accueil de ceux qui ne sont pas dotés de facultés physiques ou mentales intactes, le choix est-il encore possible ? Ces questions

ont servi de trame à cette recherche qui s'est déroulée sur trois ans, en France principalement, mais aussi en Belgique et en Suisse, auprès de cinquante participants handicapés et dix-sept conjoints ou parents. Elles ont servi de levier pour libérer une parole sur leur propre existence et leurs conditions de vie.

**Le corps, les rites, les rêves, le
temps****Essais d'anthropologie médiévale**Jean-Claude Schmitt
Gallimard

Jean-Claude Schmitt montre qu'il n'y a pas, au Moyen Age, de « religion », au sens où nous l'entendons aujourd'hui. Toute une « culture », en revanche, se déploie selon les pôles constitutifs de cette société : les clercs et les laïcs, la cathédrale et le château, la communauté paysanne et la ville. S'en dégagent des conceptions irréductibles aux nôtres, du corps et de la personne, de la croyance et des rêves, des rites et du temps, à l'articulation de l'homme et du divin (ou du démoniaque), de l'ici-bas et de l'au-delà, des images et de l'invisible.

Les questions que pose une anthropologie historique du Moyen Age : qu'est-ce qu'une « personne » dans la société médiévale ? qu'en est-il de la notion de « sacré » ?, l'idée d'« avenir » est-elle compatible avec la conception du temps chrétien?, vont de pair avec l'étude des gestes, des voix, des images qui sont la « chair » de l'histoire.

La loi et le bourreau**La peine de mort en débats**Julie Le Quang Sang
L'Harmattan

Après bien des vicissitudes et au terme de deux siècles de débats récurrents et de tentatives d'abrogation avortées, la peine de mort a été abolie en France le 9 octobre 1981. Malgré une pléthore de travaux relatifs à sa dimension historique, juridique ou criminologique, la question n'avait pas encore été abordée sous l'angle des conditions sociales de production de la loi. Si la peine capitale semble avoir perdu la dimension d'enjeu politique qu'elle avait au cours de la décennie 1970 et bien qu'elle ne paraisse pas devoir être rétablie un jour en France, il reste que l'épisode de 1981 demeure méconnu, tant dans sa genèse que dans ses éventuels prolongements. A cette fin, l'auteur remonte aux origines des débats, dont la matrice débute en 1791, et se penche sur l'épisode infructueux de 1908, pour mieux éclairer le basculement de 1981.

Annales*Histoire, Sciences Sociales*
Janvier-Février 2001, n°1

Ce numéro des Annales accueille de nombreux comptes rendus d'ouvrages consacrés à l'histoire de la médecine. La moisson concerne les ouvrages les plus importants de ces dernières années, dont certains n'ont pas été (encore...) traduits et publiés en France. Citons la première grande synthèse de l'histoire de la médecine française des XVI^e-XVIII^e siècles écrite par deux anglais, Lawrence Brockliss et Colin Jones, l'étude de Barbara Maffiolo sur la culture et la pratique médicale dans la Maison de Savoie entre la fin du XVIII^e siècle et l'époque napoléonienne, la biographie de Laennec redigée par Jacalyn Duffin, le travail d'Alison Winter consacré à l'inscription du magnétisme et de l'hypnotisme dans l'Angleterre victorienne, ou encore, celui de Silvana Raffaele s'inscrivant dans les travaux de l'historiographie italienne qui a multiplié les études sur l'histoire du paupérisme et de l'assistance et qui concerne la Sicile des XVIII^e et XIX^e siècles.

**La douleur, le réseau et le
médecin généraliste**Francine Hirszowski, Franis Diez et
François Boureau*Collection Dialogue Ville-Hôpital*
Editions John - Libbey Eurotext

Cet ouvrage, fruit d'une collaboration entre médecins de ville et médecins hospitaliers dans le cadre d'un réseau de la région parisienne (créé en janvier 1995 pour faciliter l'évaluation et le traitement de la douleur), « souhaite fournir au médecin généraliste les notions clés à mettre en oeuvre dans la prise en charge de ses patients douloureux ».

Les composantes et les mécanismes de la douleur, les similitudes et les différences entre douleur aiguë et douleur chronique, les échelles et les grilles d'évaluation utilisables en consultation sont décrites.

Viennent ensuite les traitements des douleurs nociceptives et des douleurs neurogènes.

La douleur chez l'enfant, chez la personne âgée, lors de cancer, de céphalée et de lombalgie font l'objet de différents chapitres.

Rêve et séduction**L'art de l'Homme aux loups**Vladimir Marinov
PUF

A la différence des études de psychanalyse dites « appliquées » sur des auteurs disparus, l'analyse de Vladimir Marinov concerne la pro-

duction artistique de l'Homme aux loups dont le cas fut, pendant et après sa longue vie, l'une des analyses les plus fouillées de l'histoire de la psychanalyse.

Autour de ses productions picturales, en commençant par le dessin des loups commenté par Freud, des commentaires de R. M. Brunswick ou M. Gardiner, en passant par ses Mémoires, des Entretiens, ou de ses notes sur la peinture dans ses carnets, l'auteur propose une multitude d'associations saisissantes. Il est ainsi tenté de comprendre le rapport entre les rêves nocturnes, les symptômes, la structure psychopathologique et la sublimation artistique et, indirectement, le rapport entre l'art plastique, plus précisément la peinture ou le dessin, sous forme de portraits, de paysages, de natures mortes, et l'art dramatique, l'écriture romanesque comme l'écriture de soi.

Mutualistes et médecins**Conflits et convergences (XIX^e-XX^e
siècles)**

Pierre Guillaume

Les Editions de l'Atelier / Mutualité
Française

La Mutualité française s'oppose-t-elle au corps médical ? La question n'a guère de sens, vu l'éclatement de celui-ci et la présence dans ses rangs de partisans convaincus de la nécessité de réformes profondes, tandis que bien d'autres s'en tiennent à la défense de la conception libérale traditionnelle de la pratique médicale, dont la rigidité est évidemment dénoncée par la Mutualité. Pierre Guillaume décrit l'histoire de cette dernière.

Les acteurs ont changé. D'abord privés, au temps de la charité et de la philanthropie, ils sont devenus associatifs, avec l'approbation et le concours des pouvoirs publics, avant que l'Etat ne prenne un rôle important, puis déterminant. Mais aucun acteur nouveau n'élimine les précédents ; d'où l'interaction d'intervenants très divers, tant dans leurs motivations et dans leurs expériences que dans leurs modes d'action.

Cette complexité entraîne des difficultés de fonctionnement, qui peuvent devenir contradictoires ou incohérentes, mais qui s'expliquent par les antécédents historiques.

Tout en restant conscient des modifications radicales du contexte, on ne peut qu'être frappé par les similitudes existant entre les problèmes les plus actuels et ceux qui peuvent être vieux de plus d'un siècle, comme par l'intérêt de solutions proposées dans un passé parfois lointain, inapplicables telles quelles, mais pouvant rester très suggestives.

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