

LE JOURNAL DE NERVURE

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

Supplément à NERVURE
 Journal de Psychiatrie
 n° 9 - Tome XIV -
 Décembre 2001/Janvier 2002

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

BIOGRAPHIE

Sylvie Ongenae*

Thérèse de Lisieux Une liberté de consentement ou un déterminisme événementiel ?

Une des tentations fréquentes des psychiatres consiste à légitimer la création littéraire par le décryptage de traits morbides comme d'une authentique pathologie mentale de son auteur, ou à vouloir comprendre et expliquer les vocations religieuses. Cet aspect, certes, n'est pas étranger au domaine de la psychiatrie, comme le prouve l'existence d'expertises psychiatriques en matière religieuse.

Nous avons été soumis à la tentation du cas de Thérèse de Lisieux et y avons succombé. La vie de cette Sainte a été rappelée dans un film d'Alain Cavalier en 1986, comme par une littérature florissante.

Le cas de Thérèse, basé sur une étude biographique, apparaît intéressant à considérer à plusieurs titres :

- concernant la notion de liberté de consentement à la vocation religieuse du Carmel au travers de l'analyse du contexte familial et des motivations conscientes de Thérèse. Cet aspect vise à étudier la genèse des motivations de la vocation religieuse au travers d'une étude psycho-biographique et psychocritique ;
- concernant l'éventualité d'un tableau clinique faisant de Thérèse un cas du registre de la nosographie psychiatrique.

Le point de départ de notre travail est né de l'étonnement d'apprendre que Thérèse de Lisieux était issue d'une fratrie de cinq soeurs

devenues religieuses, dont quatre avec Thérèse, Carmélites à Lisieux. S'il n'est pas rare que dans une famille nombreuse surtout au siècle dernier, un des membres de la fratrie, voire deux, se destine à une vie religieuse, il est tout au moins surprenant que tous les enfants embrassent une telle carrière :

- dans la même congrégation religieuse (sauf Léonie),
- dans le même endroit (en dehors également de Léonie).

Dépassant notre surprise, nous avons, au travers de références bibliographiques de *Manuscrits autobiographiques* écrits par Thérèse de Lisieux elle-même et d'une biographie par J.F. Six, tenté de circonscrire le premier problème préalablement posé : celui des motivations au travers d'un déterminisme majeur.

L'analyse du milieu familial dans le déterminisme de la vocation de Thérèse

Rappelant certains faits biographiques pour camper le contexte familial, nous étudierons l'influence de l'éducation religieuse, l'at-

mosphère familiale, les événements vitaux, l'influence du père, l'enfance de Thérèse.

L'INFLUENCE DE L'ÉDUCATION RELIGIEUSE

Par les parents

Les pères des deux parents avaient pour point commun d'être officier de carrière et d'être issus d'un milieu catholique et bourgeois. Les similitudes du couple Martin ne s'arrêtent pas là. Mme Zélie Guérin épouse Martin, la mère, dentelière de métier, voulait être religieuse. Sa famille l'en dissuadait et elle épousa à 26 ans, Louis Martin, horloger alors âgé de 35 ans. Il se prédestinait à devenir moine à la Grande Chartreuse. Considérant le mariage comme un pis aller à l'impossible vie religieuse, et partageant mutuellement cette conception qui permet la rencontre programmée du couple, d'un commun accord, ils décident de se marier mais de ne pas avoir de rapports sexuels, voulant en quelque sorte reproduire une « vie monastique conjugale ».

Une confession de Mme Martin viendra démentir le règlement de l'abstinence sexuelle. Désormais, ils auront des rapports sexuels et des enfants, qu'ils pourront donner à Dieu. Ne ménageant ni sa santé ni son travail, Mme Martin mettra au monde neuf enfants ; le couple

en perdra quatre (deux garçons et deux filles). La fratrie est donc composée de cinq filles.

La mère prodiguera l'éducation religieuse jusqu'à sa mort, quand Thérèse est âgée de 4 ans. Autant Mme Martin est impulsive, active et souple, autant son mari est calme, intérieurisé, rêveur et solitaire, et même passif. Elle prend les décisions, toutes les décisions. Sa soeur, Elise, de deux ans son aînée, entrera au Couvent et deviendra Soeur Dositheé, Visitandine au Mans ; elle insufflera l'éducation religieuse, sur sa propre instance et sur la demande de sa soeur. C'est d'ailleurs elle qui aura la garde de deux des sœurs de Thérèse (Marie et Pauline), internes au pensionnat des Visitandines du Mans. La nostalgie de n'avoir pas opté pour la voie religieuse sera souvent mêlée à l'esprit des préceptes religieux inculqués aux enfants et qui peuvent s'exposer au travers :

- d'une obsession de la sainteté,
- d'une scrupulosité morale dans le sens d'un perfectionnisme absolu,
- d'une exacerbation de la culpabilité,
- d'un goût au sacrifice (par de petites activités expiatoires et d'un chapelet de pratiques destiné à comptabiliser les actes de vertu quotidiens),
- d'un détachement des valeurs matérielles : seul n'est pas vanité le fait d'aimer Dieu et même un mépris de la vie terrestre.

Il apparaît, pour le moins, surprenant de voir une fillette de quatre ans, en sanglots, envahie par la culpabilité, s'accuser en disant : « Maman, je viens de me rappeler que j'ai une faute, oh le bon Dieu n'est plus dans mon cœur, mon âme est tachée » ; ou encore de la voir pleurer bruyamment « parce qu'on ne l'a pas conduite à la messe »⁽⁵⁾. Thérèse va vivre profondément l'atmosphère de culpabilité entretenue dans une promptitude à s'accuser des moindres peccadilles : « Elle est là comme un criminel qui attend sa condamnation »⁽⁵⁾. Zélie Martin est très impressionnée par l'image de la Vierge, modèle de pureté immaculée et d'oblation totale. Cette image de Marie comme image de la mère parfaite, imprègne l'éducation des filles Martin. Ce ne sera sans doute pas un hasard si, à la mort de leur mère, elles se tournent avec une telle avidité affective vers Marie. C'est auprès de la Vierge que Thérèse, orientant sa quête d'amour, fait la découverte d'un Dieu Amour, qui vient se substituer à l'image reçue de son enfance, d'un Dieu vengeur-justicier. Thérèse devient à l'image de ses modèles d'identification : « Elle ne

* Psychiatre des Hôpitaux, Maître en Théologie, CHS Esquirol, CPCI, 15 rue du Dr Marcland, 87025 Limoges Cedex.



Marie Pauline



Marie



Pauline



Pauline



Marie



Céline



Thérèse



Céline Thérèse



Léonie



Marie

LIVRES

Tu ne seras pas schizophrène

Henri Grivois

Les Empêcheurs de penser en rond

La schizophrénie, écrit l'auteur, « est la façon la plus commune de s'attarder dans la psychose ». Comment déjouer cette évolution ? En s'attachant à le faire à l'orée de la psychose. Ces remarques ne surprendront pas ceux qui connaissent l'œuvre de Grivois. Il y a longtemps qu'il porte un intérêt essentiel au concept de « psychose naissante ». Un intérêt compréhensible, puisque venant d'un psychiatre qui a été Chef du service des Urgences psychiatriques de l'Hôtel-Dieu à Paris.

Toute culture produisant un contingent identique de sujets psychotiques, la vulnérabilité à la psychose serait hors culture et hors individu. Elle serait même anthropologique. Ainsi présenté, le concept de psychose naissante contredit frontalement les approches psychiatriques et psychanalytiques admises. Car, si l'auteur reconnaît que la psychose à son début est essentiellement le fait d'un (e) adolescent (e) et à un moment-clé, il n'en pense pas moins que l'homme au bord d'une psychose est comme tout le monde. Aucune circonstance favorisante ne l'expliquerait. Ce serait une histoire sans sujet ni passé. L'expérience psychotique initiale se définirait en référence à trois invariants principaux : une polarisation inter-pulsionnelle, la centralité du moment vécu par le patient et une indifférence subjective à laquelle cède le psychotique. Triade qui aboutit à s'interroger sur le : Qui commence ? Cet état, explique Grivois, justifie les particularités d'un dialogue où les incitations motrices dominent les mots : situation « sans histoire ni sens... non par manque mais par excès de sens ». Quelle réponse est-elle possible ? Une réponse clinique, attentive avec des entretiens multi-quotidiens, une chimiothérapie mesurée et une tentative de dialogue destinée à mettre le psychotique « à l'abri du sens ». Tu ne seras pas schizophrène signerait l'espoir de la réussite de ce type d'approche. Un tel positionnement prêté, bien entendu, à critique. Certains estimeront que celui d'un urgentiste est excellent pour l'observation initiale... et beaucoup moins pour l'appréciation du suivi de l'évolution ! D'autres pourront estimer que le rejet sans discussion approfondie des approches différentes de la psychose à son début (Cf. la *Bibliographie très restreinte*) n'est indemne ni de dénégation ni de provocation. Il n'en demeure pas moins que cet ouvrage mérite d'être lu avec attention. Tel qu'il se présente, il constitue une invitation à une réflexion stimulante qu'aucun praticien de la discipline ne peut, de toute manière, contourner.

Benoît Dalle

L'attrait du du risque à l'adolescence

Grégory Michel

Dunod

Les conduites à risques chez l'adolescent représentent aujourd'hui une réalité clinique qui s'accompagne d'une morbidité et d'une mortalité considérables. Elles sont décrites à partir de deux exemples : la pratique sportive, plus particulièrement les sports à sensations, en plein essor au sein de cette tranche d'âge depuis quelques années et l'usage de toxiques, problème majeur de santé publique. L'auteur propose une diversité des approches : épidémiologique, sociologique, clinique et psychopathologique comportant des exemples cliniques précis, ainsi qu'une mise au point concernant les stratégies de prévention et d'interventions thérapeutiques.

BIOGRAPHIE (suite)

parle que du Bon Dieu ; elle ne manquerait pour rien au monde à faire ses prières, assidue dans sa comptabilité de petits actes de vertu et de menus sacrifices » (5). Thérèse agit donc consciencieusement et conformément au modèle familial.

L'éducation prodiguée par les sœurs

A la mort de sa mère, Thérèse reçoit la même éducation religieuse prodiguée par sa sœur Pauline, celle qu'elle choisit comme deuxième mère : « Pauline, est-ce que j'ai été bien mignonne aujourd'hui ? Est-ce que les petits anges vont voler autour de moi ? » (4).

Avant d'aller au Carmel, Pauline avait mis au point par écrit, pour l'éducation de ses sœurs, un règlement comprenant exercices, horaires méthodes, préoccupations spirituelles. Marie, « la troisième mère » de Thérèse, appliquera à la lettre ce règlement.

Au Carmel, Pauline continuera à distance l'éducation de Thérèse. Il n'est nul recoin de l'existence de Thérèse qui ne soit habité par l'esprit religieux : « Ma Mère chérie, vous m'avez envoyé un sablier et une de mes poupées habillée en Carmélite, vous dire ma joie est chose impossible... Je sentais que c'était l'espérance d'être un jour Carmélite qui me faisait vivre » (4, p.180).

Même l'univers ludique de Thérèse est envahi par la religion : « Pendant mon enfance, mon plaisir, ma grande occupation était de faire des couronnes de paquerettes et de myosotis pour la Sainte Vierge » (4, p.80) ; « Lorsque j'étais seule, j'allais derrière mon lit dans un espace vide qui s'y trouvait et là, je pensais » (4, p.89). Ainsi, très jeune, Thérèse fait, sans le savoir, son oraison et enveloppe l'univers de ses projets religieux : « je pensais souvent que si mes petits frères ne s'étaient pas envolés au Ciel, j'aurais eu le bonheur de les voir monter à l'autel » (4, p.29). Le contenu idéique de Thérèse est également subordonné et subjugué par l'idéal religieux de Pauline : « Chaque semaine, je recevais de Pauline - alors au Carmel - une jolie petite lettre qui me remplissait l'âme de profondes pensées et m'aidait à pratiquer la vertu » (4, p.88).

Cet esprit religieux est entretenu par le père, surtout après le décès de son épouse et son installation à Lisieux. Celui-ci s'en remet totalement à sa fille aînée pour la conduite de sa maison et l'éducation de Thérèse. Abandonnant sa profession, il mène une vie de moine, où l'essentiel de son activité se résume à des lectures religieuses, une vie ritualisée dans la prière, un engouement extrême pour la solitude. Son caractère morne s'accorde parfaitement à une vie où horaires et rites quotidiens sont scrupuleusement observés sans jamais y déroger.

Association Franco-Argentine de Psychiatrie et de Santé mentale

L'Association Franco-Argentine de Psychiatrie et de Santé Mentale étudie cette année l'œuvre d'un des principaux représentants de la psychiatrie et de la psychanalyse argentines et sudaméricaines, Enrique Pichon Rivière (1907-1977).

Cette étude sera ponctuée par un cycle de trois conférences qui aura lieu à l'auditorium de la Maison de l'Amérique Latine (217 Boulevard Saint-Germain, 75007 Paris) et qui sera ouvert à tout public intéressé.

Le Lundi 14 janvier 2002

Une conversation avec Pichon Rivière, par Salomon Resnik (Paris)

Le Mardi 28 mai 2002

Pichon Rivière avec Lautréamont : entre psychanalyse, art et folie par Rosa Lopez (Cordoba)

Le mercredi 19 juin 2002

Le concept de lien en psychanalyse et en thérapie familiale par Alberto Eiguier (Paris)

Informations au secrétariat de l'Association. Eduardo Mahieu : C.H.G. Robert Ballanger, 93602 Aulnay-sous-Bois Cedex. Tél : 01 49 36 71 69 • Fax : 01 49 36 71 67 • e-mail : mahwin@club-internet.fr. Martin Reca : e-mail, mreca@free.fr. Et dans le site internet de l'Association : <http://perso.club-internet.fr/mahwin>

UN UNIVERS MORBIDE

Si l'univers morbide de la faute constitue l'atmosphère de base, l'idée de mort apparaît omniprésente et irrémédiablement liée à la religion, dans un esprit salvifique de libération des contingences matérielles du monde terrestre, qui empêchent l'accès direct à Dieu. Mme Martin aspire ouvertement à la mort ; le même idéal est partagé tacitement par son époux.

Elle tombe malade quand Thérèse a trois ans et devient de plus en plus nostalgique de ses idées monastiques, ne parle que de mort, d'agonie et de punition, louant le Ciel et la Mort. Cet univers est tellement familier à Thérèse et lié à la religion, qu'à quatre ans, elle dira à sa mère : « oh que je voudrais, bien que tu mourrais, ma pauvre petite Mère » (4). Ce souhait de mort est une marque d'amour et un moyen d'accéder au Ciel, ce même souhait sera adressé au père.

Les propos morbides tenus par Mme Martin s'originent directement dans la douleur du quotidien :

- du deuil successif de quatre de ses enfants (Thérèse porte le nom d'une de ses sœurs décédée jeune),

- de sa maladie (cancer du sein) : souffrances somatiques majeures et état dépressif secondaire vraisemblable,

- du décès de sa sœur, son aînée, Sœur Dositheé, Visitandine au Mans.

Mme Martin dira ouvertement : « Je n'ai jamais eu de plaisir dans ma vie », et elle reconnaîtra que son mari vit le même marasme : « Ce fond de tristesse que rien ne peut laver est une certitude que le bonheur n'est pas possible sur cette terre ». Son testament s'adressant à ses filles est le suivant : « N'espérez pas beaucoup de joie sur la terre » (5, p.11).

Ainsi Thérèse évolue dans un univers où seules trois valeurs semblent reconnues : la religion, l'absence de plaisir, la futilité de l'existence terrestre, le travail.

C'est dans un univers morbide, ritualisé, culpabilisant, qu'elle évolue, à l'ombre d'un Dieu justicier, censeur de toutes les vertus morales.

DES ÉVÈNEMENTS VITAUX

Thérèse de Lisieux relate successivement ses séjours :

- à Alençon,

- à Lisieux,

- au Carmel de Lisieux (hors propos pour notre travail).

A Alençon

Elle y séjourne jusqu'à l'âge de quatre ans. Les séparations débutent précocement : placée en nourrice jusqu'à l'âge de 18 mois, sa

mère décède quand elle a quatre ans. Elle assiste au Sacrement de l'Extrême-Onction. Dans ses manuscrits autobiographiques (4, p.41) elle dira : « Mon heureux caractère changea complètement ; moi si vive, si expansive, je devins timide, douce, sensible à l'excès ». Ce changement de caractère s'accompagne de la survenue de symptômes psychosomatiques multiples : état d'oppression thoracique disparaissant spontanément, rhumes itératifs, et une avidité affective intense. Tout laisse supposer que Thérèse réagit au deuil maternel par un état dépressif. « Un jour, j'avais dit à Pauline que je voudrais être solitaire, m'en aller avec elle dans un désert lointain ». De même, sa culpabilité grandit, cela n'a rien d'étonnant quand on se souvient que Thérèse, dans un élan altruiste, a souhaité la mort à sa mère et qu'elle amorce la phase Œdipienne.

Cette perte affective est aggravée par le changement d'environnement : la famille Martin déménage et s'installe à Lisieux.

A Lisieux

L'équilibre familial est déplacé : le frère de Mme Martin devient, comme convenu à la mort de Zélie, le subrogé-tuteur des enfants. Marie remplace Mme Martin. C'est un univers de femmes régi par une femme. Mr Martin n'existe dans aucune de ses qualités viriles. Comme le dit J.F. Slix, Thérèse projette sur son père le désir d'avoir une mère : « je continuais à être entourée de la tendresse la plus délicate, le cœur si tendre de Papa avait joint à l'amour qu'il possédait déjà un amour vraiment maternel, ... c'était mon Roi à moi toute seule ». A l'ombre de cet univers de femmes se trouve l'oncle, Mr Guérin. C'est un homme vif, entreprenant, le contraire de Mr Martin, et Thérèse, devant cet être qui la disqualifie sans cesse, ne retrouve pas les valeurs maternelles ; ses sœurs essaient de rassasier la demande affective de Thérèse mais au prix d'un infantilisme majeur.

L'univers affectif familial de Thérèse n'est pas à la mesure de sa quête, tout comme le milieu scolaire, où, demi-pensionnaire à l'Abbaye de Lisieux, élève brillante au milieu d'enfants plus âgés, elle est la cible de vexations humiliantes.

Un événement que Thérèse considéra comme un choc psychologique fut d'apprendre « par surprise et comme si un glaive s'était enfoncé dans mon cœur » l'entrée de Pauline au Carmel. Thérèse a alors neuf ans. Son point d'ancrage à devenir Carmélite s'origine dans cet événement : « je sentis que le Carmel était le désert où le Bon Dieu voulait que j'aie aussi me cacher... Je le sentis avec tant de force qu'il n'y eut pas le moindre doute dans mon cœur ; ce n'était pas un rêve d'enfant mais la certitude d'un appel divin ». Ainsi s'inscrit petit à petit la résolution de Thérèse, qui huit ans auparavant, à l'âge de deux ans, avait dit : « je serai religieuse plus tard ». Le départ de Pauline, à la figure maternelle (ne l'appelaient-elle pas « Maman ») constitue un deuxième deuil, à tel point que l'enfant tombe malade : « Je compris ce qui était la vie. Jusqu'alors je ne l'avais pas vue si triste mais elle m'apparut dans toute sa réalité ; je vis qu'elle n'était que souffrance et qu'une séparation continue ». Elle souffre de migraines épouvantables... « Ce Docteur Notta jugea que j'avais une maladie très grave et dont jamais une enfant si jeune n'avait été atteinte ».

Sa maladie, qui n'est rien d'autre qu'un état dépressif avec de multiples sphères de somatisation, comme il est usuel chez l'enfant, s'exacerbe lors de l'absence de son père et de ses sœurs. Il est évident qu'un bénéfice secondaire se situe au niveau de la « sollicitude maternelle » requise. La souffrance de Thérèse est telle que son comportement

(suite p.10)

Perspectives actuelles de développement de la psychiatrie publique et privée en Allemagne

La société allemande de psychiatrie, psychiatrie et neuropsychiatrie (DGPPN) vient de publier un article⁽¹⁾ préconisant une planification de l'hôpital par les Länders en accélérant l'aménagement et le développement d'une psychiatrie proche de la communauté et en favorisant une déstigmatisation de la maladie mentale.

Quant à la planification hospitalière, pour les années à venir, les auteurs font le constat que, fondamentalement, il n'y a pas de modification à apporter aux recommandations faites à la suite de l'enquête de 1975 et de l'expertise de 1988. Toutefois, l'amélioration de l'organisation des soins psychiatriques n'est pas terminée malgré certains progrès. On constate, notamment, un défaut persistant de couverture du territoire par les services de proximité. Les centres de psychothérapie et de consultation ne sont pas tous réalisés.

Virage ambulatoire et proximité

Les auteurs défendent une conception des soins qui, tout en conservant l'autonomie du patient, place surtout ce dernier au centre du dispositif de soins. Ils souhaitent un développement des structures ambulatoires à partir de la psychiatrie hospitalière, notamment des hôpitaux de jour, des centres de consultation et une accentuation des coopérations entre l'hôpital psychiatrique et les médecins libéraux dans l'optique d'une continuité des soins et d'une réelle complémentarité.

0,55-0,8 lits et places pour 1000 habitants sont recommandés, comme une augmentation de la densité des personnels. La taille minimale d'un service de psychiatrie ne devrait pas être inférieure à 80 lits et places afin d'assurer une palette complète des différents traitements et de répondre aux modalités nécessaires pour la spécialisation de certaines unités. 80 lits et places, dont 20 % devraient être réservés à un hôpital de jour, correspondent à un secteur d'environ 150 000 habitants.

Actuellement, les soins psychothérapeutiques dans les services de réhabilitation sont majoritairement implantés de façon éloignée du domicile des patients. Il est demandé de rapprocher les lieux d'hospitalisation du domicile et d'augmenter les capacités des soins plus particulièrement psychothérapeutiques dans les hôpitaux psychiatriques. Dans les établissements possédant un service de « médecine psychothérapeutique », une accentuation des compétences et du savoir-faire psychia-

triques permet d'assumer un travail de liaison pour les patients présentant également une pathologie somatique. Les auteurs concluent en recommandant une intégration des approches psychiatriques, psychosomatiques et psychothérapeutiques dans la planification des soins hospitaliers.

Les mêmes auteurs abordent dans un autre texte⁽²⁾ la répartition de l'offre de soins psychiatrique en Allemagne. En se basant sur les statistiques publiées par la « KASSE-NARZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG » (K B V) à la date du 31 décembre 1999, ils tirent certaines conclusions.

De fortes disparités

En 1999, on relevait 4777 neuropsychiatres et 3195 médecins-psychothérapeutes. On constate une différence importante de densité entre les Länders avec un coefficient de variabilité de 35% pour les neuropsychiatres, de 16,7% pour les médecins-psychothérapeutes et de 79% pour les psychologues-psychothérapeutes. Cette variabilité régionale se retrouve, également, pour les autres professionnels à plein temps dans les établissements psychiatriques avec un coefficient de variabilité de 16%. Ces déséquilibres apparaissent marqués entre l'ex RDA et l'ex RFA qui apparaît nettement mieux dotée, sans aucune relation avec la morbidité.

Depuis 1995, une réduction globale de 10% des personnels a été concomitante d'une réduction de 27% de la DMS et de 20% des journées avec une augmentation de 10% des demandes. Les auteurs ne peuvent que se montrer inquiets et craignent des difficultés pour voir occupés les postes vacants surtout du fait de la baisse d'intérêt pour la spécialité.

En vue d'une amélioration de la qualité de la collaboration entre la médecine de ville et l'hôpital psychiatrique, H. Spiessl, I. Semsch, C. Cording et H.E. Klein ont réalisé une étude auprès de 27 psychiatres privés et de 24 médecins généralistes exerçant à proximité de l'hôpital psychiatrique de Regensburg en les interrogeant sur leurs attentes d'une collaboration « idéale » avec le dispositif psychiatrique public⁽³⁾. Les réponses sont regroupées dans plusieurs cadres :

- communication, prises en charge, qualité des soins et formation continue :

- communication : un nombre important de médecins libéraux souligne l'importance d'une amélioration d'un échange d'infor-

mations concernant les patients avec une transmission rapide des compte-rendus d'hospitalisation et des contacts réguliers afin d'assumer au mieux la continuité des soins après l'hospitalisation,

- prises en charge : les médecins généralistes souhaitent une réduction des délais d'attente et d'admission sans refus, avec une disponibilité d'interlocuteurs médicaux compétents,

- qualité des soins : les médecins privés souhaitent une prise en charge multidisciplinaire, des prises en charges satisfaisantes et un respect du coût des chimiothérapies (afin de ne pas pénaliser les consultants qui sont inscrits dans un cadre financier fermé de prescription),

- formation continue : les médecins généralistes, surtout, mettent l'accent sur une formation organisée par les hôpitaux psychiatriques, centrée sur la pratique (indications d'hospitalisation, aspects juridiques, pathologies dépressives et anxieuses et prévention des suicides).

La formation continue

P. Reuther et M. Berger ont fait, dernièrement, le point sur les modalités de la formation continue en Neurologie (CME-Neurologie) depuis 1999 et en psychiatrie (CME-Psychiatrie) depuis l'année dernière qui s'appuient sur les recommandations de l'Association Européenne des Spécialités Médicales (NENS) et qui sont compatibles avec l'American CME Guidelines de l'AAN⁽⁴⁾. Les deux démarches offrent une réelle variété d'activités comportant des sessions nationales et internationales, des cours, des séminaires, des conférences, des cercles de qualité, des cours de perfectionnement interactifs, des publications et des activités d'enseignement. Chaque participant peut choisir son centre d'intérêt. Il est nécessaire d'avoir acquis 3 fois 50 unités de formation au terme de trois ans pour obtenir le certificat. L'Ordre des médecins des Länders a validé ce système de CME pour sa capacité à unifier les critères d'évaluation dans le but d'améliorer la qualité, l'efficacité médicale et l'adaptation à l'évolution des connaissances.

Jusqu'à l'été 2001, 823 médecins ont participé au CME de Neurologie, 116 au CME de Psychiatrie et 112 dans les deux disciplines. De nombreux autres CME ont été créés pour les autres disciplines médicales mais aussi chirurgicales.

Dans le but d'accroître la compatibilité de ces formations, la commission CME a décidé en mai 2001 d'adapter à nouveau les critères aux recommandations européennes en modifiant l'évaluation. ■

M. Zwingenberger et G. Massé*

*Centre Henri Rousselle, SM 15 Centre Hospitalier Sainte-Anne.

(1) J. FRITZE, M. SCHMAUSS, H. SASS, *Für den Vorstand der DGPPN*, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). Die Krankenhausplanung der Länder muss Ausbau der gemeindenahen Psychiatrie im Sinne der Entstigmatisierung vorantreiben, *Nervenarzt* 2001, 72, 327-328.

(2) J. FRITZE, M. SCHMAUSS, *Psychiatrische Versorgung in Deutschland. Personalprobleme?* *Nervenarzt* 2001, 72, 824-827.

(3) H. SPIESSL, I. SEMSCH, C. CORDING, H.E. KLEIN, *Expectations of psychiatrists and general practitioners regarding psychiatric hospitals*, *Nervenarzt* 2001, 72, 190-195.

(4) P. REUTHER, M. BERGER, *CME Neurologie un CME Psychiatrie. Weiterentwicklung, Anpassung an die Ärztekammersysteme, höhere Nutzerfreundlichkeit, schnelleres fachärztliches CME-Zertifikat*, *Nervenarzt* 2001, 72, 828-831.

LIVRES

Pourquoi la psychanalyse ?

Elisabeth Roudinesco

Champs Flammarion

Il s'agit de la réédition en « poche » d'un ouvrage paru en 1999. Dans cet essai, combatif comme à l'accoutumée, Elisabeth Roudinesco entend défendre la psychanalyse aujourd'hui de plus en plus remise en cause (tant chez les médecins que dans le grand public) par les succès des neurosciences et des chimiothérapies. Non qu'elle conteste l'utilité des psychotropes pour le confort qu'ils apportent à l'être biologique que nous sommes. Mais ces molécules ne peuvent bien évidemment rien dire sur notre subjectivité et tout ce qui nous questionne en tant qu'humains : notre mort, nos passions, notre sexualité, notre folie, notre inconscient, notre relation à autrui... A travers des chapitres très alertes et critiques sur la « société dépressive » contemporaine, « l'homme comportemental », « le scientisme, français » ou les institutions psychanalytiques, Elisabeth Roudinesco montre bien que « la psychanalyse témoigne d'une avancée de la civilisation sur la barbarie » et qu'elle devrait, « à l'avenir, tenir toute sa place, à côté des autres sciences, pour lutter contre les prétentions obscurantistes visant à réduire la pensée à un neurone ou à confondre le désir avec une sécrétion chimique ».

M. Goutal

Interpréter le narcissisme

Jean-Claude Stoloffe

Dunod

Jean-Claude Stoloff traite de la difficile question de l'interprétation du narcissisme qui a pris diverses significations parfois contradictoires. Cette notion s'avère indispensable tant le conflit névrotique centré sur le complexe d'Œdipe est générateur de culpabilité inconsciente. L'auteur aborde la notion du narcissisme dans la théorie psychanalytique depuis son introduction par Freud. Dans la seconde partie, Jean-Claude Stoloffe explique la place, dans la cure, du narcissisme et des problèmes rencontrés tels que la résistance, la rétraction et autres mécanismes de défense. Après avoir recentré le narcissisme sur ses sources pulsionnelles auto-érotiques, il démontre ses destins dans la « civilisation » par rapport à la religion, à l'évolution de la culture et surtout de nos pensées. Tout au long de ce livre, il redéfinit, tout simplement, le narcissisme en tentant de le recadrer en faisant appel à des données aussi bien anthropologiques, culturelles que psychanalytiques, pour éviter qu'il ne devienne une notion « valise attrape tout ».

Ch. Mendoza

Quelle psychanalyse pour demain ?

Voies ouvertes par Nicolas Abraham et Maria Torok

Nicholas Rand

Erès

Partant des notions de traumatisme et d'introjection, dans une perspective proche de celle de Sandor Ferenczi, Abraham et Torok sont à l'origine de notions-clés : les secrets de famille transgénérationnels (théorie du fantôme), la honte irréparable, l'enterrement psychique de vécus indicibles (crypte), le deuil impossible (maladie du deuil), renforçant ainsi l'inspiration première de la psychanalyse freudienne. Cet ouvrage s'appuie sur de larges extraits de textes et des notes inédits.

L'Association Rénovation à Bordeaux (CCNT du 15/03/66)

recrute

pour un Institut de Rééducation recevant des adolescents présentant des troubles du comportement

un médecin psychiatre en CDI à temps partiel (tiers temps)

Transmettre candidature et CV à Monsieur Dewerd, Directeur Général
BP 19 - 33019 Bordeaux cédex
Avant le 12/01/2002

LIVRES

**Travailler est-il (bien) naturel ?
Le travail après la « fin du travail »**

Revue du MAUSS, n°18

Deuxième trimestre 2001,

Editions La Découverte

Le véritable problème posé, au-delà de celui qui opposait en sourdine les partisans supposés de la « fin du travail » et leurs pourfendeurs - et qui reste essentiel -, est celui qui porte sur la valeur et la désirabilité du travail et/ou du salariat. Le travail implique la pénibilité, le salariat la subordination. Pourtant, c'est par cette subordination même, par l'accès à la condition salariée, que le plus grand nombre entend se libérer (y a-t-il, en tout état de cause, d'autre choix ?). Ce qui n'empêche pas de désirer aussi s'en libérer afin de garder le plus de temps possible pour soi. Manifestement, la relation de travail est lourde d'énigmes multiples dont l'examen impose un détour anthropologique seul à même d'éclairer la question qui sous-tend tous les débats d'actualité : travailler est-il (bien) naturel ? Et le travail qui se développe après la « fin du travail » est-il toujours le travail, tel qu'on le connaissait jusqu'alors ?

Avec des contributions de : Yolande Benarroch, Arnaud Berthoud, Jean., Luc Boilleau, Alain Caillé, Denis Clerc, Françoise Gollain, André Gorz, Philippe d'Iribarne, Annie Jacob, Michel Lallement, Jean-Louis Laville, Chantal Mallet, Jan Marejko, Dominique Méda, Philippe Rospabé, François Patin, Pierre Veltz, Hélène Zajdela, Rainer Zoll.

Les écrivains français et la psychanalyse (1950-2000)**Maux croisés**

Jacques Poirier

L'Harmattan

En France la littérature a vu la psychanalyse envahir le champ intellectuel. Les deux discours, en effet, traitent d'un même objet (l'homme), dévoilent de façon identique des vérités cachées, et éprouvent une même passion pour le langage. Passé le grand choc de l'entre-deux-guerres, les illusions se sont dissipées et les craintes, atténuées. A mesure que la psychanalyse se constituait en horizon de pensée, c'est-à-dire à partir de 1950, les écrivains ont établi avec elle de nouvelles relations. Ainsi est apparue une littérature « après Freud », interdite d'innocence, dont les modes sont multiples. Chez Jean-Paul Sartre, Louis Althusser ou Didier Anzieu, l'écriture laisse entendre une autre parole que celle du concept ; pour Serge Doubrovsky, Henry Bauchau et Dominique Fernandez, le texte vient « mettre fin » à la cure et suturer la blessure ; enfin, chez Alain Robbe-Grillet et Georges Perec, la fascination pour les profondeurs du moi finit par subvertir l'attrance affichée pour la surface des choses.

**Le nourrisson savant
Une figure de l'infantile**

Sous la direction de Dominique J.

Arnoux et Thierry Bokanowski

Editions In Press

La figure du « nourrisson savant » qui permet de réfléchir à l'infantile est le point de départ d'une réflexion sur des situations cliniques qui se présentent sous le poids d'une organisation traumatique. Sont évoqués, par exemple, les tableaux d'hypermaturation et de suradaptation de l'enfance. Ce numéro, de la collection de la SEPEA (Société Européenne pour la Psychanalyse de l'Enfant et de l'Adolescent), tente de cerner les enjeux économiques, topiques et dynamiques susceptibles d'organiser les configurations psychiques de ceux, enfants comme adultes, pour lesquels on est conduits à penser à une clinique spécifique, celle de « l'infantile en traumatique ».

Les attentats terroristes du 11 septembre 2001 aux Etats-Unis ont induit un certain nombre de consultations au Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil du Centre Hospitalier Sainte-Anne en relation avec ces événements inattendus et d'une extrême violence, que nous avons répertoriés pendant un mois. D'une symptomatologie anxio-dépressive à une rechute délirante, d'une psychose chronique en passant par une première décompensation psychotique aigüe, un état de stress post-traumatique ou une prestance psychopathique, nous avons recensé cinq diagnostics principaux. Nous nous sommes attachés à la description sémiologique de ces différents tableaux, puis à leurs modalités de prise en charge dans le cadre de l'urgence. Enfin, nous avons tenté de discuter du retentissement psychiatrique de cet événement dans son rapport au lien social en comparaison avec celui d'autres survenus précédemment (les Journées Mondiales de la Jeunesse, la Coupe du Monde de football, le passage à l'an 2000), et des répercussions dans l'avenir à moyen et long terme de ce genre d'événement.

**Certaines données concernant
l'étude**

Elle s'est déroulée, du 11 septembre au 11 octobre 2001 inclus, de façon prospective (l'équipe était prévenue et retenait les cas concernés au fur et à mesure) sans, toutefois, l'être totalement, puisqu'aucune grille d'entretien type n'avait été fournie et que les médecins poursuivaient la consultation sans la diriger. Nous nous sommes intéressés aux patients dont les dossiers mentionnaient explicitement (c'est-à-dire par écrit) des propos concernant les attentats terroristes. 37 personnes ayant consulté pour des troubles directement rattachables aux événements ont été recensées. Un patient n'a pas été vu alors qu'un de ses amis a consulté pour demander des conseils. L'âge moyen était de 35 ans, avec des extrêmes allant de 16 à 72 ans, seuls 7 patients étaient âgés de plus de 40 ans. Certaines caractéristiques peuvent être précisées :

- trois consultants étaient marocains, un kabyle, un iranien, une somalienne (réfugiée politique), un libanais et trois américains,
- un patient vivait en Grande-Bretagne au moment des attentats,
- certains exerçaient un métier ayant un rapport plus ou moins direct avec les événements récents. Ont consulté : une hôtesse de l'air (pour syndrome dépressif et peur de retourner travailler), un assistant aux pistes d'Air France (pour un premier épisode psychotique aigu), un architecte (pour un deuxième épisode psychotique aigu), un informaticien du net (pour un premier épisode psychotique aigu), une infirmière en psychiatrie (pour une rechute maniaque et délirante), un journaliste (pour un épisode psychotique aigu) et un photographe (pour un état confusionnel post-traumatique).

En ce qui concerne les antécédents psychiatriques nous avons pu constater que :

- 20 patients avaient des antécédents d'hospitalisation en psychiatrie parmi lesquels 14 étaient en rupture de traitement psychotrope,
- un patient avait entamé une « analyse » depuis six mois,
- pour 4 patients il n'a pas été retrouvé d'antécédents.

Enfin, certains facteurs déclenchants ont pu être précisés :

- certains lieux, comme les aéroports, semblent avoir été propices : 5 patients sur les 36 vus ont été interpellés par la Police de l'Air et des Frontières dans l'un des deux aéroports parisiens pour des troubles du comportement. On relève deux voyages pathologiques. Le premier concerne un guadeloupéen venu à Paris pour « acheter de l'essence et du ha-

Attentats aux USA et retentissement psychiatrique

A propos d'une étude de 37 cas ayant consulté au CPOA durant le mois qui a suivi les événements

schich car ils y sont moins chers », interpellé à Roissy pour des troubles du comportement et la possession d'objets dangereux (essence et briquets) et illégaux (haschich). Le second concerne un patient qui s'était rendu à Orly depuis Dijon pour détourner un avion allant au Maroc et le conduire afin de s'y rendre plus vite car « il y était attendu par les autorités ». Les trois autres patients interpellés dans les aéroports étaient une américaine ayant signalé la présence d'une bombe dans son avion en partance pour les Etats-Unis tout en prétendant devoir fuir la France au plus vite, un individu errant dans Roissy en tenant des propos délirants et un autre présentant des troubles du comportement à type d'excitation et d'agitation avec propos délirants incohérents ;

- certains événements déclenchants associés (en général antérieurs) se sont surajoutés au stress des attentats, comme un voyage ou un déracinement récents, un nouveau travail, ou un décès, ayant donc induit une décompensation en deux temps. Ils ont concerné 9 patients. L'un d'entre-eux revenait d'un voyage perturbant en Corse à la recherche de ses origines, un autre d'origine africaine s'était converti récemment à l'Islam et revenait d'un voyage au Kenya (où il avait pris du Lariam) et un troisième avait récemment quitté la France pour travailler à Londres. Trois autres étaient des ressortissants américains fraîchement arrivés en France : la première pour y rejoindre une relation amoureuse rencontrée sur le Net, le second pour y commencer un nouvel emploi et le dernier pour y présenter un travail à ses collaborateurs parisiens. Un nouvel emploi a également été retrouvé comme facteur déclenchant associé à deux reprises. Pour finir, un patient qui s'est présenté pour un épisode délirant avait perdu sa mère deux mois auparavant.

**Les tableaux cliniques
rencontrés**

Nous avons rencontré quatre grands cadres sémiologiques : essentiellement délirant, névrotique anxio-dépressif, psychopathique, stress post-traumatique.

La symptomatologie délirante**• Les thèmes**

Ils englobaient des convictions politiques, religieuses, persécutives et mégalomaniaques. Les mécanismes se sont montrés variés : - intuitif et interprétatif : « il n'y aura pas de troisième guerre mondiale. Mon professeur de théâtre, mon seul père, va contacter Bush. Je suis le Messie ». « Mon immeuble va exploser ce soir à 23 heures. Il va y avoir une attaque imminente », « J'ai des révélations sur les attentats », « ma famille est filmée par la télévision américaine pour être détruite », « j'ai découvert la formule mathématique qui va sauver le monde de l'apocalypse », « j'ai élucidé le mystère des attentats dans le Coran. Dieu m'a doté d'une inspiration fluide, je sais tout, ils ont inversé les versets. Le Christ a été assassiné par les Arabes et non par les Juifs », « il y a des micros derrière moi », « j'ai la mission de tuer Bush. Je suis pos-

sédé. J'ai une influence politique », « l'ONU ne veut pas que je sois hospitalisée ni que je prenne de traitement car je peux sauver le monde. Je dois me cacher », « c'est la fin du monde. Chirac va déclencher la troisième guerre mondiale », « la survie de l'humanité dépend de moi. On veut me tuer avec des colis piégés. Les terroristes veulent ma peau », « mon ami a envoyé des ondes aux USA et est devenu l'ennemi public n°1, on le recherche. Je sais comment bloquer la police et l'armée sur Paris », « j'ai été rappelé malgré mon âge par le Ministre de l'Intérieur pour neutraliser les groupes talibans »...

- hallucinatoire, avec notamment des hallucinations olfactives ou auditives et à type d'illusion : « je sens une odeur de cadavres à la maison », « je sens les odeurs plus que d'habitude, je sens une odeur de mort », « j'ai l'impression d'être dans un film, comme dans « The game » ou « The Truman show », je sais que les images des attentats ne sont qu'un montage. Les journalistes et Bush s'adressent à moi et parlent de moi à la télé. La police est au courant », « je suis pourchassé par Ben Laden. On me menace dans la rue. Les gens sont bizarres, comme ils étaient tous barbus avec des turbans. Ben Laden se multiplie devant moi pour avoir ma peau », « l'ONU m'ordonne de les prévenir car ma responsabilité est engagée », « on a fouillé mon appartement, on a posé des micros et des caméras pour me surveiller car j'ai un rapport direct avec les attentats », « j'ai une bombe dans mes vêtements, j'ai entendu le tic-tic, c'est pour ça que je me suis déshabillé ». Bon nombre de propos persécutifs étaient sans rapport avec les attentats (persécution par des collègues de travail, la psychiatrie, le KGB, les médias et les virus informatiques). D'autres thèmes concernaient une culpabilité (adultère), la filiation (négation des parents avec choix d'un père célèbre), une mégalomanie (un patient se disait chercheur en génétique et chanteur célèbre, un autre affirmait avoir de multiples pouvoirs, un dernier se prétendait comte et physicien...), ou une érotomanie.

• Les troubles du comportement induits

Il s'agissait de comportements pathologiques de type régressif (un jeune patient jouait avec ses excréments, se dénudait, avait dévasté sa chambre en la déclarant œuvre d'art...), des comportements agressifs (insultes, menaces, crachats, hétéro-agressivité) et évocateurs de grande perplexité (errance, fuite du domicile, dénudement sur la voie publique) ou d'angoisse massive (instabilité psycho-motrice, agitation avec sueurs profuses, tension musculaire) présente dans la majorité des cas et maximale lors de premier accès délirant. A trois reprises une symptomatologie essentiellement délirante a été associée à un trouble thymique de type maniaque (agitation, logorrhée, tachypsychie, insomnie, familiarité du contact, élation de l'humeur, sentiments mégalomaniaques...).

La symptomatologie anxio-dépressive**• Les préoccupations**

Les cinq patients rencontrés disaient « ne

penser qu'à ça », « être paniqués, traumatisés », « avoir peur qu'il arrive quelque chose à leur famille », « être très choqués par les attentats », « avoir peur de l'avenir, peur de revivre des événements traumatisants et ayant l'impression que cela faisait remonter des souvenirs de guerre » (patientes kabyle et somalienne réfugiées politiques). Une hôtesse de l'air affirmait demeurer incapable de reprendre son travail car bien trop effrayée.

• Les symptômes

Ces patients se plaignaient essentiellement d'anxiété diffuse, démesurée, réactionnelle ou bien préexistante et aggravée, de crises de pleurs, de troubles du sommeil avec difficultés d'endormissement, de cauchemars avec réveils nocturnes, de pressentiments pessimistes, voire d'éléments de stress post-traumatique (reviviscence de souvenirs de persécution, flash d'images, ruminations incessantes...). On ne notait pas d'idéation suicidaire.

La symptomatologie psychopathique

Elle concerne un seul consultant utilisant les événements actuels comme un palmarès glorieux conférant prestance et sentiment de toute puissance. Il s'agissait d'un jeune homme de 26 ans connu pour ses troubles de la personnalité et des prises de toxiques, amené par son père, un foulard sur la tête et alcoolisé, se présentant comme étant Ben Laden et être l'auteur des attentats de New-York et de Toulouse. On notait une attitude arrogante et provoquante, une labilité thymique, une impulsivité, une agressivité majeure et une surenchère de propos mythomaniaques. Aucune participation psychotique n'était remarquée.

La symptomatologie de stress post-traumatique

Il s'agissait d'un seul patient, américain de 39 ans, photographe professionnel, à Paris depuis le 18 septembre pour présenter, comme prévu et malgré les événements, son travail à des collègues parisiens. Il n'avait aucun antécédent psychiatrique. Il faisait à Manhattan au moment des attentats, son jogging à quelques blocs des tours. Après le crash du premier avion, il a suivi les cortèges de voitures de pompiers ou de police sur les lieux et a pris d'innombrables photos du drame. Dans la semaine qui a suivi, il a quitté son domicile pour se réfugier chez son ex-femme et agent (qui a fourni ces renseignements par téléphone) car il pensait que sa dernière petite amie voulait le tuer et il a fait changer ses serrures... Extrêmement inquiet par la multiplicité des contrôles de police et de douanes à l'aéroport de New-York, il est parti angoissé, tendu et agité. Dès son arrivée à Paris, il a présenté des troubles confusionnels avec désorientation spatiale et temporelle, perplexité anxieuse et troubles du comportement (il a été retrouvé sur le toit de son hôtel en train de chercher ses affaires). Au CPOA, on notait un sentiment de dépersonnalisation, de déréalisation et de culpabilité par rapport aux événements et vis-à-vis de ceux qui étaient morts alors que lui en avait échappé. Un bilan somatique, avec notamment un scanner cérébral et une recherche de toxiques s'est avéré négatif.

Ce tableau, typique d'un syndrome confusionnel post-traumatique, a persisté avec désorientation, perplexité, agitation, angoisse majeure, et amnésie (il ne se rappelait plus le motif de son voyage, ni son métier, ni les attentats).

Les diagnostics envisagés

Ils regroupent ceux de trouble anxieux réactionnel, d'exacerbation féconde chez des patients psychotiques connus en rupture de traitement ou non, de premier épisode psychotique

aigu réactionnel, de psychopathie ou d'état de stress post-traumatique aigu.

La répartition nosographique est la suivante :

- 5 recrudescences anxio-dépressives,
- 12 patients connus comme schizophrènes paranoïdes ont consulté pour une recrudescence délirante. Tous étaient en rupture de traitement. Quatre d'entre eux prenaient des toxiques,
- 1 patiente porteuse d'une maladie maniaco-dépressive connue a été vue pour une rechute maniaque et délirante dans un contexte de changement de traitement récent,
- 2 patients ont consulté pour, respectivement, un deuxième et un troisième épisode psychotique aigu. L'un d'eux avait précédemment décompensé en 1991 lors de la guerre du Golfe,
- 11 patients ont présenté un premier épisode psychotique aigu,
- 1 psychopathe connu a consulté pour alcoolisation et troubles du comportement,
- 1 patient sans antécédents a été vu pour un état de stress post-traumatique aigu,
- pour les trois patients dont les antécédents n'étaient pas connus, ainsi que pour celui qui n'a pas été vu mais signalé par son ami, le diagnostic était celui d'un état délirant aigu avec troubles du comportement et d'un épisode maniaque délirant.

La prise en charge

Décompensations anxio-dépressives

Quatre des cinq patients ayant consulté pour ce motif ont bénéficié d'une entretient infirmier puis médical avec réassurance et défrieffing et ont été adressés pour un suivi en CMP ou par leur psychiatre traitant. Un seul a été hospitalisé en HDT du fait d'une angoisse majeure avec insomnie totale chez un jeune homme ayant fait une tentative de suicide il y a trois ans.

Psychotiques connus rechutant sur un mode délirant

Quinze des 36 patients vus étaient des psychotiques connus dont 13 en rupture ou en période de changement de traitement. La majorité d'entre eux (11), en plus des entretiens infirmiers et médicaux, ont nécessité un traitement neuroleptique injectable (5) ou per os (6). Tous sauf un ont été hospitalisés en HL (3), HDT (9), ou HO (2). Un seul a été adressé à son CMP après avoir bénéficié d'un traitement neuroleptique per os. Un seul a nécessité une contention physique supplémentaire.

Premier épisode psychotique aigu

Onze patients répondaient à ce diagnostic. Tous ont été hospitalisés en HL (2), HDT (7), ou HO (2). Tous ont nécessité, en plus des entretiens, un traitement neuroleptique per os (6) ou injectable (5). Deux ont passé la nuit au CPOA : l'un car mineur, l'autre du fait de troubles somatiques.

Psychopathie

Le patient concerné a bénéficié, devant un tableau d'alcoolisation et de troubles du comportement avec risque de passage à l'acte hétéro-agressif, d'un traitement neuroleptique per os puis d'une hospitalisation en HDT.

Etat confusionnel post-traumatique

Après un bilan somatique qui a permis d'éliminer une étiologie organique, il a bénéficié d'un traitement anxiolytique avant d'être hospitalisé en HDT.

Discussion

Lors de la Coupe du Monde de football en 1998, aucune décompensation psychiatrique n'a été reçue au CPOA. Il en a été de même lors du passage tant attendu à l'an 2000, une

baisse de fréquentation ayant même été remarquée.

Lors des Journées Mondiales de la Jeunesse à Paris en été 1997, en moyenne trois décompensations délirantes à thème mystique ont été accueillies. Ces décompensations concernaient essentiellement des patients étrangers appartenant à des pays dont la religion était de façon très prédominante catholique (Italie, Pologne).

Ces trois événements ont en commun un lien social, de réunir, ils ont été largement préparés avec une finalité qui s'impose et à laquelle adhèrent ceux qui y participent.

Les attentats, eux, ont surpris, tant par leur soudaineté, leur imprévisibilité, que par leur brutalité et leur sauvagerie, entraînant une angoisse et une panique qui ont largement dépassé les frontières américaines. Pendant la période considérée, le CPOA a reçu de nombreux appels téléphoniques, essentiellement nocturnes, pluriquotidiens, de parisiens habitant des tours, angoissés et insomniaques à l'idée d'être la cible potentielle d'un attentat. Après avoir été, dans un premier temps par leur soudaineté et leur violence, à l'origine d'une rupture du lien social, les événements récents ont induit peu à peu un renforcement de ce dernier. Ceci explique la diminution des décompensations liées à l'épisode stressant reçues : 23 patients sur 37 ont consulté les 15 premiers jours dont 15 la première semaine, et seulement 13 les deux dernières semaines, avec une absence de nouveaux cas depuis le 6 octobre. On peut s'interroger à moyen et long terme sur « l'adoption » possible des catastrophes comme thème délirant. Le rôle des médias et plus particulièrement de la télévision doit être souligné avec une stigmatisation de « l'ennemi invisible ».

Conclusion

Cette étude prospective de 30 jours et nuits menée au CPOA à la suite des actions terroristes du 11 septembre 2001 a montré une nette incidence sur sa fréquentation par des patients décompensant sur un mode essentiellement délirant (chez des patients psychotiques connus ou d'autres faisant un premier épisode psychotique aigu), mais parfois aussi sur un mode anxio-dépressif, psychopathique ou confusionnel post-traumatique, en rapport avec les événements. Les tableaux étaient généralement dominés par une forte angoisse réactionnelle à la soudaineté et à la violence des attentats, et des propos centrés sur ces derniers. La majorité a nécessité un traitement anxiolytique et une hospitalisation, qui n'a pas été nécessaire pour cinq patients seulement, ce qui fait un taux d'hospitalisation après passage au CPOA de 86 % alors qu'il est d'ordinaire de 46 %. Nous avons remarqué d'autres facteurs déclenchants associés aux événements et entraînant une décompensation en deux temps, comme se trouver dans un aéroport, en voyage ou un changement de travail récent.

Le nombre de consultations a été maximal pendant les deux premières semaines, pour décroître ensuite avec le temps, suggérant ainsi une intégration progressive de l'angoisse et de la stupeur générée par les attentats et une réorganisation psychique collective ainsi que progressive. L'événement, même angoissant, a fini par faire lien social, après avoir été utilisé comme thème délirant... ■

Lucie Loridon*, Marie-Jeanne Guedj**, Gérard Massé***

* Assistante spécialiste, service du Dr Bertrand, 17ème/19ème secteur, EPS de Perray-Vaucluse

** Médecin responsable du CPOA, Centre Hospitalier Sainte-Anne

*** Chef de service, Centre Henri Rousselle SM15 de Paris, Centre Hospitalier Sainte-Anne

LIVRES

La retraite : une révolution silencieuse

Sous la direction de Monique Legrand Erès

Tout en essayant de dégager les perspectives et les enjeux actuels de la mutation de la retraite, cet ouvrage propose une approche théorique sur la nouvelle génération de retraités, les changements entre les générations et les nouveaux rapports entre la société civile et l'Etat ; méthodologique, par des études de cohortes des analyses subjectives ou des enquêtes quantitatives ; pratique enfin, car les résultats présentés sont ancrés dans des comportements ordinaires et quotidiens des retraités. Le vieillissement démographique apparaît ainsi, non pas comme une source d'inquiétudes sur l'avenir de nos sociétés mais comme un atout, à la condition que l'opinion publique accepte de reconnaître le potentiel d'innovation de la nouvelle génération de retraités. La retraite n'est plus aujourd'hui synonyme de vieillesse, elle représente un nouvel âge du cycle de vie individuel pendant lequel s'exercent de nouveaux rôles familiaux, sociaux et politiques. Encore jeunes, en bonne santé, bénéficiant de ressources culturelles et économiques de bon niveau, les nouveaux retraités se caractérisent par leur autonomie à l'égard des politiques, une mobilité géographique et conjugale, un attrait pour l'espace public, une participation active à la vie associative et un engagement citoyen.

L'entrée dans le Temps Essais psychanalytiques

Eugénie Lemoine-Luccioni

Collection Psyché

Edition Payot

Eugénie Lemoine-Luccioni, en présentant différents séminaires, démontre l'expérience de la rencontre de l'Autre dans la cure analytique. Pour elle, l'expérience de cette rencontre répète le traumatisme de la naissance. L'entrée dans le temps est traumatique et a déjà eu lieu lors de l'expulsion de l'enfant par la mère, E. Lemoine-Luccioni pointe le fait que l'entrée dans le Temps de l'Autre a lieu dans chaque analyse et que cela est le résultat de « deux partenaires qui se parlent enfin » : « dire, c'est faire dans le temps ». La cure se fait toujours à deux, « in praesentia ». Pour Freud, la cure est une thérapie par la parole alors que pour Lacan, il s'agit plutôt de « faire la cure ». L'entrée dans le temps, dans la cure, est centrée sur l'Œdipe et le signifiant Nom-du-Père. L'auteur explique que, contrairement à la loi établie, l'analysant ne doit pas tout dire, « il doit arrêter le flot de langage qui le traverse ». Cela constitue une première coupure analytique, qui est déjà une intervention, et qui permet d'introduire le sujet dans le Temps. Et grâce au Transfert, la cure s'ouvre à un nouveau registre de temps : l'histoire devient actuelle. Eugénie Lemoine-Luccioni reprend l'articulation de Lacan des trois moments successifs du « temps logique de la cure » et les explique. Le premier concerne le « temps de voir » où l'analysant entre, en tant que sujet, dans le « Temps de l'Autre ». C'est le temps qui court. Le deuxième constitue le « temps de comprendre » où malgré le temps qui passe, l'autre est toujours là. Et pour finir, le « temps de conclure » qui marque la séparation mais pas l'arrêt du temps. « La fin du travail analytique est atteinte avec l'entrée dans le temps de l'autre qui est là ».

N. Guillebot

LIVRES

Psychanalyse et Judaïsme : questions de transmission

Daniel Sibony
Collection Champs
Flammarion

Daniel Sibony, tout en faisant des rappels à Freud et Lacan, propose un parallèle entre la psychanalyse et la religion Hébraïque où « la transmission réelle rejoint la transmission symbolique ». Il développe les similitudes entre la transmission basée sur les textes, ici la Torah, et celle de la Psychanalyse comme la transmission des symptômes. Ces deux champs tournent autour d'un repère essentiel, qu'il va affiner tout au long de cet ouvrage : « le rapport à la Loi ». Entre la religion et la psychanalyse, il s'agit d'étudier « ce qui fait la loi ». D'un côté, la Torah se positionnant comme « mémoire de paroles d'histoires » et comme « germe de la Loi », et d'un autre côté, la Psychanalyse se posant comme « calcul de lettres et de mathématiques ». Dans les deux cas, « ça répond ». Dans sa pratique psychanalytique, l'auteur reproduit les gestes recommandés par la Bible. Il voit le symptôme comme « une lettre bloquée » et le symbolique est un passage obligé de la transmission. La religion peut jouer ce rôle symbolique. « La transmission, c'est la traversée d'un trou ». Le Nom est garant de la Transmission qui est, elle-même, une cassure de la loi narcissique. Une tradition se transmet en déclenchant la mémoire, la culpabilité. Le message, qu'il faut retenir du psychanalytique et de l'hébreu, c'est que la langue se situe entre les deux : conscient et inconscient, les deux niveaux de la lettre et dans la variabilité, La Transmission est toujours à interpréter et elle est « dissoute dans le langage ».

N. Guillebot

L'Europe des sciences Constitution d'un espace scientifique

Sous la direction de Michel Blay et Efthymios Nicolaidis*
Editions du Seuil

Cet ouvrage aborde d'une manière globale l'histoire et le développement du savoir scientifique dans son espace d'origine, ainsi que l'influence de ce savoir sur l'homogénéisation des sociétés occupant cet espace, à savoir l'Europe. Bien que la bibliographie en histoire des sciences soit extrêmement riche en ce qui concerne le développement du savoir scientifique européen, il n'existait pas d'ouvrage général traitant l'Europe scientifique comme unité intellectuelle au cours des siècles. Sont précisés le développement du savoir scientifique en tant que tel, ses relations avec l'espace dans lequel il se diffusait ainsi que le dialogue ou les conflits que ces diverses relations purent susciter. En raison de la mondialisation la notion de science européenne a de nos jours perdu de son évidence ; elle est même parfois étrangement considérée comme plus ou moins dénuée de sens. Il semble pourtant indéniable que cette notion est à la fois porteuse d'une valeur historique considérable et qu'elle constitue un enjeu culturel fondamental pour l'Europe d'aujourd'hui. Cet ouvrage a été conçu et réalisé pour rappeler que la science européenne issue d'une longue tradition de pensées reste, du fait même de cette historicité, d'une importance décisive pour l'Europe et le monde.

*avec la collaboration de : M. Assimakopoulos, M. Beretta, M. Blay, H. F. Cohen, M. Gally, H. Gispert, G. Israel, E. Nicolaidis, G. Pallò, Y. M. Rabkin, S. Rajagopalan, J. Seidengart, G. Simon, A. Ten, S. Widmalm.

Mort des rites funéraires

Examinons de plus près le déclin des rites funéraires. Notre hypothèse est la suivante : les rites sociaux funéraires sont relatifs au statut culturel de l'invisible. Deux grandes attitudes peuvent être distinguées. Ou bien l'on prise culturellement l'invisible et nous avons alors tous les rites basés sur la logique de l'éloignement du visible, de l'expulsion de la corporéité du défunt. On parle ici sur l'invisibilité générale et celle en particulier de l'âme, invisibilité qui irradie les comportements rituels d'une visibilité surnaturelle. Ou bien l'on récuse culturellement l'invisible et l'on mise alors jusqu'au bout sur la visibilité naturelle du défunt. Ce sont là les rites de proximité, fondés sur la logique fétichiste, logique qui est investie de la puissance de l'invisible, du spirituel mais qui ne reconnaît pas pour autant la valeur intrinsèque de ceux-ci. Dans le premier cas distingué, les comportements sont pensés à l'aune du surnaturel : dans le second, les vestiges du corps font la mesure.

Selon notre hypothèse comment rendons-nous compte du déclin actuel des rites funéraires ? Notre siècle semble avoir tablé sur le primat de la visibilité, la visibilité de tout, y compris ce qui était traditionnellement et culturellement donné comme invisible⁽¹⁷⁾. Une lame de fond qui parcourt le XX^{ème} siècle extériorise ce que le mystère de l'intériorité magnifiait. Nous ne pensons pas seulement aux prouesses certaines de l'imagerie médicale mais à tout un code général de notre société qui tend à poser l'équation suivante : ce qui Est, est visible⁽¹⁸⁾. Ce qui avait été décrit comme le plus profond de l'humain se lit désormais sur les surfaces !

Pour le sujet qui nous occupe, détachons un fragment du code : la visibilité advenue de la mort ! Examinons la définition de la mort naturelle. Notons que celle-ci est culturelle avant d'être naturelle ! C'est en effet une culture qui a validé le critère cardio-pulmonaire sur la base symbolique du cœur et du souffle - le pneuma ! - du souffle de l'âme. De la même façon, le critère encéphalique, sur un

socle culturel bien différent, coordonne la demande de don d'organes. Mais voyons dans cette rapide évocation du problème de la définition de la mort l'émergence d'un moment de rationalisation qui nous intéresse au premier chef. Une des premières « définitions » de la mort - la séparation de l'âme et du corps - du fait qu'elle ne pouvait présenter aucun critère, a fait naître la peur archaïque d'être enterré vivant. Ce qui signifie encore que l'absence de critère décisif a surdéterminé la question de l'instant de la mort. Dans cette optique, la mort est bien un problème de temps. Rien d'étonnant alors si les comportements rituels, de par leur répétition, détournent l'homme de l'irréversibilité du temps au profit d'un temps cyclique symbolique plus apaisant⁽¹⁹⁾. En outre, la définition de la mort comme séparation du corps et de l'âme, du visible et de l'invisible, a aussi donné lieu à toutes sortes de maltraitances, de tritura-

en cherchant le lieu de la pensée, on appréhende aussi le lieu de la mort⁽²²⁾. La mort est définie en termes d'espace et non plus de temps. Notre modernité retient le déplacement effectué par Descartes. On passe de la mort définie par l'incapacité définitive de maintenir la circulation sanguine (arrêt cardiaque) à la perte irréversible du fonctionnement intégré de l'organisme (mort encéphalique). En dépit de l'expérience empirique, la lisibilité de la mort quitte le repère temporel au profit de la visibilité spatiale. L'instant de la mort est « différé », comme dévalorisé. La mort n'est plus instant, elle est processus qui engage une dialectique de la partie et du tout. Le tout l'emporte (approche holistique), en cas de contestation, la localisation dans une partie fait figure de recours. Ces quelques remarques ne sont pas seulement théoriques. Citons pour illustrer l'incontestable flottement du critère temporel,

L'avis du mort Essai de deuil
2^{ème} partie

tions de la visibilité corporelle. N'omettons pas, en effet, que les cadavres ont été, pendant très longtemps, laissés à eux-mêmes dans des charniers. De ce point de vue la paix des morts - des cadavres - est bien un mythe. Le cadavre est tout, à l'exception de ce qu'on laisse dormir en paix. Lorsque l'invisible est valorisé par une culture, le visible - le cadavre - peut-être maltraité dans l'ordre de la nature car il est « surnaturalisé » par les rites funéraires. Ce n'est donc plus un corps laissé à la décomposition⁽²⁰⁾, c'est un corps qui manifeste positivement l'envol de l'âme ; ce n'est plus un cadavre à qui on a coupé la gorge, c'est un contenant symbolique qu'on a ouvert afin de libérer l'esprit⁽²¹⁾.

A la croisée de ces remarques sur la définition de la mort, situons le champ ouvert par la rationalité. Un auteur important nous paraît nodal, le philosophe Descartes. L'épistémologie de cet auteur déplace le problème :

le cas d'une personne déclarée morte quinze jours avant que les mesures de réanimation soient effectivement arrêtées⁽²³⁾ !

La définition de la mort gagne donc la sphère du visible avec son cortège d'images déjà accaparé par l'idéologie sociale. D'où l'inflation des publications sur la mort. On rend la mort socialement visible et en même temps invisible le cadavre. La pratique médicale - sa représentation - participe de ce mouvement. On magnifie les acteurs d'une « médecine aiguë », support imaginaire d'une médecine de l'éternité (greffes, interventions chirurgicales spectaculaires), médecine qui combat héroïquement la mort. Mais on « oublie » les représentants de la « médecine chronique » qui ont affaire quotidiennement à des existences qui meurent. Dans les services de personnes âgées, on « oublie » même de laisser voir le mort à tout le monde, à la famille mais aussi au personnel soignant. On fait voir la mort idéale que l'on combat, beaucoup moins le mort qui lui ne combat plus⁽²⁴⁾.

Notes

(17) Faisons une incursion dans notre actualité : l'engouement des enfants pour la Fête d'Halloween. Nous voyons là une traduction sous forme communautaire de la Fête de la visibilité de l'invisible. Nous mettons à part l'évidente logique commerciale qui sous-tend ces manifestations. Remarquons que ce qui était encore vécu, il y a quelques décennies, dans le soliloque de la crainte, devient un « multi-loque », un « nous » très éloigné, par exemple, de la crainte des revenants. Tony Anatrella voit dans ce phénomène une société qui « à force d'évacuer la mort, fait renaître chez les vivants la terreur des morts ». Nous discernons, à vrai dire, exactement l'inverse : une société qui, à force d'avoir rendu visible la mort, fait naître chez les vivants un désir de familiarité avec la mort. L'étrangeté de la mort n'est plus !

(18) CETTOUR D. (1996), *De la médiation psychiatrique*, in Psychiatries, n° 114 - 115, Paris. Ce qui est, est visible : nous rendons compte de la logique de ce code dans le domaine psychiatrique.

(19) **Philosophie du rite**. Nous voudrions là nous inscrire en faux contre la paresse intellectuelle qui s'empresse d'évoquer un rite à chaque fois qu'une habitude paraît s'installer. Pourquoi des rites ? Osons le raccourci qui pourrait paraître naïf au regard des savants travaux ethnologiques de la ritologie comparée (Frazer). L'homme est un être de passage insuffisamment sage pour vouloir le passage ! La « ritournelle » des rites semble dès lors être destinée à alléger ce qui nous paraît être une angoisse matricielle, l'angoisse du transit. En ce sens la répétition des passages rituels divertit l'homme de ce qui ne se répète jamais, le nécessaire et irréversible transit. Les rites de passage alors constituent bien, à nos yeux, l'essence du rite et non pas une simple catégorie. Que l'on considère le passage d'un ordre humain à un ordre divin, ou le passage des grandes étapes de la vie

(naissance, mariage...) ou encore le passage d'admission dans un groupe constitué : à chaque fois l'homme appréhende, au deux sens que revêt ce verbe, le passage en termes d'espace, de territoire. D'où l'intense imaginaire collectif voué à la porte, porte des Paradis, porte des Enfers mais aussi, sous sa forme séculière, porte des villes. Pour l'homme du rituel, tout est porte, frontière, seuil à franchir. Et pourtant l'essentiel n'est pas exactement là mais bien davantage dans la façon dont l'homme s'affranchit de ce franchissement ! Il n'est pas, en effet, exactement question d'aller d'un point vers un autre, d'un pas vers un autre. Le passage est cette mystérieuse et angoissante entité qui fait que ce qui est deux vaut trois ! D'où le « très-pas » que suggère tout passage. Entre l'état que l'on quitte et l'autre que l'on esquisse du regard, le passage contient un troisième état, celui qui n'est plus et celui qui n'est pas encore. Le passage possède, en effet, la visibilité de l'état antérieur et l'invisibilité de l'état postérieur. En cela le passage est un support destiné, prédestiné à la charge symbolique. Il est symbole en lui-même.

Si l'on ajoute à ces remarques la donnée existentielle, l'expérience du passage touche à l'archaïsme de l'humain. L'humanité ne s'est-elle pas édifiée sur la retenue, sur la capacité à maîtriser le passage, sur l'aptitude à fermer et à ouvrir les portes du moi somatique et du moi psychique ? La biologie et la psychanalyse de ce point de vue convergent : Claude Bernard nous a appris comment le vivant régule ses échanges dans la contenance du milieu intérieur, le bon génie de Freud comment l'oralité et les contrôles sphinctériens sont liés. Le pouvoir de réguler le rapport au milieu constitue une dialectique du dedans et du dehors, dialectique qui convoque « l'art » de l'ouverture et de la fermeture des frontières de notre individualité (somatique et psychique). Mais là où l'humain réussit, l'homme individuel a souvent échoué. A trop se replier dans un milieu intérieur contenu, l'homme devient un simple vivant

dépourvu d'existence ; à trop s'enfermer dans l'auto-inhibition, il se construit une forteresse souvent vide. Une expression marque, en revanche, la réussite - il est vrai partielle, transitoire - de l'homme lorsque celui-ci dit « être bien dans sa peau ». « Être bien dans sa peau » : être bien justement à cette frontière, cette frontière qui n'est jamais une surface mais une épaisseur dont la profondeur se distend pour contenir le dedans et le dehors. Mais ce sont là des moments de stationnement, d'étape, d'équilibre instable qui ne doivent pas faire oublier que le sujet sera de nouveau au bord d'un autre passage, posé au bord, exposé.

Comment comprendre qu'une telle situation individuelle, telle que nous venons de la décrire, se transforme en une donnée collective qu'on retrouve dans tout rite ? Être au bord d'un nouveau passage à réaliser, c'est être exposé à tous les dangers. Toute la fragilité d'un être peut se reconnaître au moment où exposé il n'est alors plus tout à fait soi et n'est pas encore un autre soi. Le sujet est bien littéralement hors de soi, enclin dès lors à rechercher l'aide à laquelle il peut se cramponner. Or l'aide rencontrée - et même illusoire, elle est toujours rencontrée - possède, du moins le croit-il, le terme du passage. L'aide possède ce que le sujet recherche et ce qu'il appréhende. Elle est alors imitée : c'est là le meilleur gage de franchissement et de réussite. On imite en signe de réussite et la réussite donne au sujet le statut d'aide pour un autre sujet. La copie devient modèle à son tour. Nous retrouvons ici non seulement l'idée d'une répétition constitutive de la rythmicité des rites mais aussi l'idée d'une répétition créatrice de relations sociales.

Nous pensons pouvoir affirmer que les infinies différentes pratiques rituelles, le foisonnement des contenus ne valent guère en tant que tels mais essentiellement comme les substituts d'une aide jadis rencontrée. Le contenu du rite n'est alors que la trace, la mémoire matérielle d'une aide indéterminée. Dès lors, ce qui se

Socialisation du deuil

C'est assurément une méditation sur le cadavre qui ouvrira notre voie. Les rites funéraires dépendent, nous l'avons vu, du statut culturel de la visibilité et de l'invisibilité. La question du cadavre y est impliquée pour des raisons que nous voudrions faire émerger. Nous nous référons au fait qu'un accord, de nos jours, semble se dessiner sur la nécessité du face à face avec le cadavre pour effectuer le travail du deuil.

Qu'est-ce qu'un cadavre ? Face au cadavre, le sujet endeuillé fait une expérience qui le plonge au cœur d'une dialectique du visible et de l'invisible. Ce qui est visible - la dépouille corporelle ou la photographie de cette dépouille - c'est un vraisemblable. Un vrai, semblable à la personne connue, aimée mais un vraisemblable qui n'est donc jamais le semblable, l'identique. Allons plus loin : un vrai-semblable qui ne ressemble à rien puisque l'existant n'est plus : un visible qui ressemble à un invisible. Nul doute que cette expérience unique du double nous fait vaciller, expérience que nous pouvons traduire dans l'analyse freudienne précédemment évoquée. L'expérience d'être face au cadavre d'un proche nous fascine - « c'est lui, ce n'est plus lui, c'est un peu moi » - au point de susciter une fusion qui se transforme en expulsion - ce n'est plus lui, ce n'est pas moi (thématique de « Deuil et mélancolie »). Ou encore « c'est nous » au point de vouloir une fusion qui s'éternise en confusion (Thanatos).

Nous pouvons traduire autrement ce phénomène : l'expérience du face à face avec le mort, c'est l'expérience archaïque d'être doublé. Et ceci de deux façons : être doublé, le sujet voit un double qui le dédouble et qu'il expulse afin de retrouver son intégrité ; être doublé, dépassé, le sujet se sent être la copie d'un original qui l'emporte.

Que voulons-nous retenir de cette description ? Si le cadavre est le semblable qui ne ressemble à rien, il n'est donc absolument ni poussière, ni « momie ». Semblable, il est momie ; momie qui ne ressemble à rien, il

est poussière. Le cadavre est momie et poussière. Comment cette évidence devrait nous faire éviter l'écueil de l'absolutisation de l'oubli (le rien) ou celle de la mémoire (le semblable) ? La bio-médecine et ses implications en médecine légale nous paraissent, de nos jours, être en première ligne pour reformer notre regard sur les conditions de possibilité de nouveaux rites funéraires⁽²⁵⁾. En effet, La médecine légale peut dorénavant nous aider à battre en brèche l'idée du « défunt-poussière », du mort néantisé : le mort est mort mais n'est pas que mort. Irréversiblement mort, le mort n'est pas irréversiblement parti. Contre ce que nous avons appelé la matrice de l'éloignement, de l'expulsion et ses possibles dérives, nous pouvons dire qu'il y a de la vie dans la mort, que le mort « continue à exister virtuellement »⁽²⁶⁾. Mais encore contre la matrice de la fétichisation, contre l'idée du mort indéfiniment « momifié », nous pouvons nous convaincre du bien-fondé de la technique du prélèvement d'ADN. Le cas - il est vrai trop médiatique ! - d'Yves Montand pose les prémisses d'une nouvelle approche. N'est-ce pas l'occasion d'évoquer à propos d'un défunt une scission qui n'est pas sans rappeler celle de la volonté et du désir pour le vivant ? Dans le présent cas n'avons-nous pas d'une part la volonté du vivant-vivant et d'autre part le désir du mort-vivant, désir révélé par le test ADN ? La fameuse expression citée au sujet du défunt « selon ses dernières volontés » est en voie d'être dépassée, d'être complétée par « selon un désir non délibéré ». Nous ne voyons pas dans cette technicité biomédicale un gadget, nous pensons au contraire retrouver une dimension fort archaïque de la parole du défunt. Rien n'est plus affligeant de voir des personnes endeuillées vivre la tyrannie de la « dernière volonté » du défunt et rien n'est plus dommageable qu'une telle idée dans le processus du deuil. En effet, cette fétichisation de « la dernière parole » postule la mort « achevée » du mort et en même temps confère au deuil un caractère d'inachèvement. Au contraire, si l'on admet que le mort continue

à exister virtuellement, on admettra alors qu'il doit pouvoir recouvrer une identité qu'il n'avait pas de son vivant (par exemple une paternité). Et les vivants eux-mêmes se réfèrent alors à une détermination qu'ils ne connaissent pas du défunt. Oublier, c'est se souvenir - dialectique fondamentale pour l'achèvement du deuil -, oublier ce que la mort détruit, se souvenir de ce que le mort continue d'être. Si la médecine légale a retenu notre attention, c'est bien parce qu'on peut y déceler l'actualisation de cette donnée essentielle.

La façon dont on traite les morts est significative de la façon dont on se traite, au sens traditionnel du terme mais aussi au sens médical. Prenons l'idéologie qui conditionne les débats en faveur du clonage thérapeutique. Un évident désir narcissique déborde l'avoué des discours en direction de l'édification fantasmatique d'une société dépourvue de mémoire, tendue vers un avenir qui dure éternellement. Nulle place ici pour la vie des morts, la mort des morts est bien achevée. En revanche si l'on prend appui sur l'actuelle technique médicale du don d'organes, on peut discerner une idéologie qui inscrit au premier rang l'exigence altruiste et qui, en même temps, admet que les morts règlent la vie des vivants.

Nous connaissons mieux la mort, la mort du mort. Il est alors vain de vouloir chercher à restaurer le deuil social, communautaire sur la base d'un modèle révolu, celui d'une culture par exemple peuplée d'esprits et d'attitudes magiques. Nous connaissons mieux le processus de la mort mais n'acceptons pas pour autant la réduction du mort à la manifestation de ce processus. Le mort est un état, état qui succède à un autre état. Le groupe social - et pas seulement la famille endeuillée - doit reconnaître cet état⁽²⁷⁾. La sphère juridique nous semble être appelée à substantier cette direction. La ré-appropriation sociale du deuil en dépend. Pour réguler le passage - de l'état de vivant qui existe à l'état de mort qui a existé - l'homme de droit doit revêtir l'habit de Charon. On nous fera peut-

dérouler pendant le rituel est une répétition ordonnée, régulière qui permet au sujet de réaliser le jeu d'un passage visible alors que le texte du rôle a pour objet l'invisible aide. Mais le sujet qui joue et qui rejoue cette scène devient passeur sans avoir à passer. L'angoisse du transit est pour ainsi dire repoussée par la succession de transits infinitésimaux que forment les rites. Disons-le d'une autre façon : la répétition cyclique des rites détourne de l'irréversibilité vectorielle de l'authentique passage.

De même que l'ensemble des rites est, selon nous, justiciable des rites de passage, ceux-ci le sont bien évidemment du rite funéraire. Il est une évidence de rappeler que la mort est l'archétype même du passage. Un florilège de cultures (religieuses, mythiques, philosophiques, littéraires) a amplement développé cette thématique. Au regard de ces cultures, nous avons assurément tous rencontré un Charon qui connaît les deux rivages et que nous avons imité dans son rôle de passeur qui ne passe pas. Voilà pourquoi les grandes étapes de la vie, par exemple, ont suscité des rites décrits, interprétés comme autant de petites morts. Citons ceux qui inclinent les futurs mariés à enterrer leur vie de garçon, ou encore ceux qui organisent la mort symbolique, la « mise à l'écart » des femmes enceintes ou des adolescents. Or n'est-ce pas ce socle qui est en train de se modifier profondément ? Nous le disions plus haut : la mort, devenue trop visible, est de moins en moins apte à reconduire l'archétype du passage. En outre, le cadavre - matérialisation du passage - tend à disparaître de notre culture. Dès lors en l'absence de la matrice du passage, c'est toute une cascade de comportements très individualisés qui endosse cette fonction de la déritualisant. Ainsi on n'enterre plus sa vie de garçon et on se marie, dans l'intimité, au bout du monde, là où l'on est certain de ne pas rencontrer ses propres traditions rituelles. Au-delà de la tradition du mariage, ce sont les comportements les plus divers qui vont être investis par

l'imaginaire du passage. Cet imaginaire est d'autant plus activé qu'il corrobore l'idéal de la société de consommation des objets, l'idéal de l'éphémère. D'où le renversement que nous aimerions souligner : la mort n'étant plus l'archétype du passage qui nous invite à une infinité de petits passages pour les grands moments de notre vie ; ce sont alors les petits passages - ceux-ci le plus souvent inféodés au mode d'être des objets empiriques selon la loi de l'apparition et de la disparition - qui ont en charge de nous faire vivre l'expérience de la mort dans les petits moments les plus saugrenus de notre existence. En ce sens il semble suffisant qu'un objet disparaisse de la sphère du sujet - le plus souvent pour des raisons accidentelles, voire factices - pour qu'il déclare le deuil de cet objet et qu'il affiche sa volonté d'en vouloir « faire le deuil ». Il n'est donc pas étonnant que l'expression « faire son deuil », plus pléthorique que jamais, puisse être étendue à tout, à l'exception peut-être de la mort réelle. Pour peu que l'on ressente une légère aversion pour le chocolat, on évoque le deuil du chocolat ! Au jeu de Charon dont nous venons de parler - le passeur qui ne passe jamais - se substitue de nos jours, le jeu du deuil, avatar nous semble-t-il du « jeu de la bobine » (le « for-da ») décrit par Freud (Essais de psychanalyse). Freud nous explique que souvent l'enfant ne joue seulement que le premier acte de ce jeu - le départ - alors que la totalité (disparition et retour de la bobine) lui procurerait pourtant plus de plaisir. En réalité, nous explique Freud, l'enfant se satisfait davantage d'une « pulsion d'emprise » qui lui fait répéter l'événement déplaisant. Cette répétition procure à l'enfant jusqu'alors soumis passivement à l'événement, un gain d'activité. Or le sujet qui, selon nous, s'adonne au jeu du deuil, joue à l'emprise de ce dont il a l'emprise - ne plus manger de chocolat par exemple. Il s'entraîne dans la passivité bien davantage à un retour qu'à une disparition. D'où la catastrophe quand il réalise la réelle disparition d'un proche. Le sujet n'a que l'en-

traînement à la passivité à faire prévaloir. Plus on a fait le deuil du chocolat, ou de toute autre chose semblable, plus on est fait par le deuil de l'être cher.

(20) Sur la décomposition rapide des cadavres, cf. note 2.
(21) **Le prix de la paix des vivants.** Si nous nous référons à des rites ancestraux comme ceux qui nous viennent de Sibérie, nous pouvons voir comment la visibilité du cadavre offre aux vivants un support pour des triturations symboliques qui, en retour, « sur-naturalise » le cadavre. Les Tchouktchis, par exemple, ruscissent l'idée d'une mort naturelle en dehors des suicides. La mort est le fait de mauvais esprits chasseurs d'âme. Pour connaître la cause de la mort, le plus proche parent du défunt opère l'autopsie sur le lieu même des funérailles. Il ouvre la poitrine en deux coups de couteau et découvre une partie du cœur et du foie. L'opération est réalisée les mains gantées car le cadavre est impur. Le chirurgien annonce alors l'état dans lequel il a trouvé les organes. Le cœur racorni, par exemple, signifie que le défunt est mort de peur devant l'emprise du mauvais esprit. Pour achever le rite, il s'agit alors de couper la gorge du cadavre afin de libérer l'esprit et pour l'empêcher d'être un revenant ! Nous pourrions multiplier de façon fastidieuse les rites ancestraux funéraires qui sollicitent une interprétation semblable.

(22) La conscience de la mort est la mort de la conscience. Descartes rapproche le lieu de la pensée et le lieu de la mort. Certes, ce rapprochement est d'ordre physiologique. Mais encore sous l'influence de ce même penseur le corps vivant et le cadavre de ce corps ne diffèrent qu'en degré : il manque seulement au second « une roue, un rouage » que le mécanisme général du premier contient. Le corps vivant sans l'âme, c'est-à-dire sans la pensée, est plus corps que vivant ! Or les dix-septiémistes (Pascal déjà et bien sûr Descartes) vont transposer cette logique physiologique au plan des idées. Au passage, une curieuse symbolique métaphorise les termes de l'enjeu : la mort, la conscience de la mort

LIVRES

La prostitution face au Sida

Fondation Scelles

Erès

Ce petit livre d'une centaine de pages se présente comme un dossier sur le VIH et la prostitution, dont il présente les différentes formes. L'accent est mis sur la prévention : la façon de la concevoir, les obstacles à son efficacité. D'autre part, il présente les données de la question en Europe, en Amérique, en Afrique et en Asie, en faisant le constat du nombre encore insuffisant d'études scientifiques pour prendre toute la mesure de l'ampleur du problème. Enfin, il souligne le danger de la stigmatisation des prostitué(e)s qui risquent, en raison de l'association systématique prostitution/ Sida, « d'être systématiquement regardé(e)s à travers le prisme de cette maladie ». Or, les études menées indiquent que le taux d'infection par le VIH est relativement bas dans le milieu de la prostitution. Le vrai scandale, c'est la prostitution elle-même comme trafic d'êtres humains et forme d'esclavage.

M. Jaeger

Le risque dans les pratiques éducatives

Joël Plantet

Préface de Guy Dréano

Dunod

Ce livre analyse et commente les modalités d'un « bon usage » du risque dans le travail éducatif. La question de l'exercice de l'autorité de l'éducateur ou de ses marques d'affection envers les jeunes dont il a la charge, souligne bien, par exemple, l'ambiguïté de situation actuelle. Certaines dispositions légales, conçues indéniablement pour protéger les enfants peuvent être amenées à être utilisées peu à peu de manière déplacée, abusive ou perverse. Pour sa part, l'auteur considère que les contextes sociétaux se sont durcis, individualisés et précarisés. Il observe que les équipes éducatives n'ont jamais autant pesé les risques avant d'entreprendre une démarche, ce qui amène à parler de paralysie, de « parapluies à ouvrir », de protection insuffisante... La notion de risque professionnel dans la prise en charge de jeunes, le dispositif légal actuel, les réponses aux conduites à risque sont présentés en examinant les liens complexes entre la violence et l'action sociale et en s'appuyant sur de nombreux témoignages.

Une maison au bord du monde

Antoine Audouard

Gallimard

Dans *Une maison au bord du monde*, Antoine Audouard se propose de nous conduire à cette étape particulière de l'existence où l'on se trouve à la frontière entre la vie et la mort. Cet ouvrage ne raconte pas une histoire, mais des histoires ou plutôt des rencontres avec des personnes issues de milieux très variés, que ce soit les soignants, les bénévoles, les malades ou leur famille. C'est de la rencontre entre des individus aux parcours bien différents qu'est née « la maison », un établissement de soins palliatifs particulier, situé sur les hauteurs de la ville de Gardanne. La plupart des personnes y travaillant ont vécu une histoire expliquant en partie pourquoi elles ont choisi d'accompagner au « bord du monde », des malades en fin de vie, principalement ceux atteints du sida : « *Au delà, le monde n'est plus, c'est-à-dire que nous ne sommes plus* ».

M. Kohl

LIVRES

Evolution de la clinique psychanalytique

Sous la direction de Alain de Mijolla
L'esprit du temps

Il s'agit en fait de la publication des principales interventions faites lors des VIII^{èmes} rencontres de l'Association Internationale d'Histoire de la psychanalyse tenues à Versailles en juillet 2000. Otto Kernberg aborde les changements dans la technique psychanalytique de langue anglaise. Daniel Widlöcher s'interroge sur le devenir des nouvelles voies de la psychanalyse. Horacio Etchegoyen parcourt l'histoire de la technique psychanalytique. Werner Bohleber étudie la reconstitution de la psychanalyse en Allemagne après 1945. Thierry Bokanowski envisage l'évolution de la pratique des psychothérapies psychanalytiques. Bernard Golse étudie l'évolution de la pratique psychanalytique avec les enfants. Sophie de Mijolla-Mellor celle de la pratique psychanalytique avec les patients psychotiques. René Kaes celle de la pratique psychanalytique de groupe. Enfin, l'évolution de la pratique psychanalytique avec les patients psychosomatiques est étudiée par Claude Smadja.

M. Goutal

**Psychanalyse et malaise social
Désir du lien ?**

Sous la direction de Frédéric de Rivoire
Erès

Pour les exclus, la question n'est pas de savoir si la vie a un sens, mais d'appréhender ce qui, dans la vie, dans la réalité, en soi, est susceptible d'en avoir et d'en donner. L'homme est un être de lien dont toute la force désirante ne s'adresse jamais qu'à l'autre. Des analystes, des psychologues, des sociologues et des médecins parlent dans ce livre de leur pratique auprès de ceux qui ne demandent plus rien. Ils montrent comment leur engagement auprès d'eux peut faire renaître du lien grâce auquel, peu à peu, ces sujets trouvent prise dans le réel.

Ont collaboré à cet ouvrage : Chantal de Mazéry Balif, Françoise Davoine, Olivier Douville, Jean-Baptiste de Foucauld, Marion Lévy, Georges Nauleau, Daniel Piquet, Claude Rabant, Jean-Claude Rouchy, Jacques Saliba, Sylvie Quesemard-Zucca,

Travail social et développement

Philip Mondolfo
Dunod

L'auteur propose une réflexion sur l'avenir de l'action sociale et de ses professions dans les années à venir, ce qui constitue une des axes de réflexion poursuivie dans le cadre du laboratoire de Sociologie du développement territorial et de l'action locale de l'Université Paris XIII. Sa démarche consiste, dans un premier temps, à clarifier le concept de développement, à préciser les différentes acceptions dont il est question (personnelles, sociales, locales), et à montrer comment cette notion est devenue progressivement une catégorie de l'action sociale. Une deuxième partie met en évidence le mouvement qui marque l'entrée du travail social dans l'ère du savoir politique, de l'action décloisonnée et transversale, propre au développement, évolution qui signe un nouveau modèle professionnel dont les effets sur le métier sont analysés. Enfin, les conditions capables d'aider les acteurs à mettre en place ce nouveau modèle dont l'idéal type s'apparente à celui d'un clinicien-développeur, sont précisées.

être remarquer que c'est là déjà un fait constatable ! Nous ne le pensons pas. D'un point de vue juridique, le mort n'a aucun droit car il n'est pas pourvu de statut de personne. La considération que les vivants doivent aux défunts est d'ordre public, ou moral, ou encore religieux. Si nous en appelons à un nouveau Charon, la conceptualisation du droit des morts est de rigueur. Et l'urgence nous paraît certaine. Ou bien le droit impulse, impose un fait ou bien le fait - et pas le meilleur - dispose du droit. N'est-ce pas le déficit des rites sociaux funéraires et son effet - la déréalisation sociale du mort - qui génèrent la question de savoir si « la mort est un droit » ? Anticipons le fait afin que celui-ci ne nous fasse pas admettre cette interrogation ! Nous dira-t-on qu'en visant l'établissement de la personnalité juridique du mort, nous nous obligeons à admettre celle de la « pré-vie », de l'embryon par exemple ? Rien de tel dans notre intention. Le défunt a été un existant⁽²⁸⁾, un existant pour lui, pour autrui et pour la société. Le droit des morts repose sur cette vérité absolue. L'embryon n'existe pas, il vit seulement grâce au projet de deux êtres, il participe de la vie de deux êtres et demain peut-être d'un seul être. Si par l'entremise du juridique, on valorise davantage le projet d'une existence que l'existant qui n'est plus, on construit un monde sans trace absorbé par le fantasme du virtuel⁽²⁹⁾.

Le législateur et l'homme de droit doivent être encore mobilisés pour une autre raison majeure. Nous entrons dans l'ère de la « famille - arlequin ». C'est là un fait. Plusieurs cas suscitent la mise en place d'une conséquente élaboration juridique laissée pour le moment à la gestion empirique. Les funérailles, l'inhumation, le sort du cadavre ou des cendres, l'exhumation, le transfert des « restes » sollicitent de plus en plus ce qu'il conviendrait d'appeler un « rituel » si le ponctualisme de la jurisprudence ne l'emportait

s'énonce comme le pouvoir propre de la pensée, du concept. Le propre de l'homme ! Dès lors la philosophie du droit (Hegel) pourra au XIX^e siècle creuser un sillon déjà fortement dessiné : la conscience de la mort donne à l'homme non seulement un droit sur sa vie mais aussi sur ceux qui n'ont pas de droit sur la leur. Hegel écrit : « L'animal ne fait que passer dans sa mort » ou encore « les animaux n'ont aucun droit sur leur vie car ils ne la veulent pas ». Dès lors l'homme a tous les droits y compris le droit de produire la mort des animaux. Nous n'entendons pas ici au sens usuel l'expression « produire la mort ». L'homme en effet use de l'animal depuis toujours et de sa vie et de sa mort. Produire la mort au sens où le cadavre animal est devenu une marchandise, un objet qui n'a jamais, à strictement parler, été vivant. On ne saurait trouver meilleure illustration de ce propos en évoquant l'épisode macabre de la fièvre aphteuse récemment déclarée en Europe. Si l'on préfère brûler la vie saine, ce n'est pas comme on l'a dit pour en protéger une autre mais bien pour affirmer le droit à une plus libre circulation de cadavre animal. En surface, une circulation commandée par l'économique, en profondeur une circulation articulée à la culture dont nous venons de parler. En ce sens la vie ne vaut que pour l'usage qu'on peut faire de sa négation, que pour l'usage qu'on peut faire de la mort. La conscience de la mort a bien fait le lit à la mort d'une certaine conscience !

(23) Cas souvent cité dans le débat éthique. Il s'agit d'une patiente américaine hospitalisée en neurologie en état de mort encéphalique mais maintenue en réanimation. Il a fallu l'arrêt d'un jugement - le 3 décembre - pour opérer le débranchement de tout appareil. Cette personne a été déclarée morte le 21 novembre 1976.

(24) La visibilité de la mort a aussi un autre effet : l'injonction d'en parler. Remarquons à ce sujet le consensus médico-psycho-social à l'endroit des enfants. Il faut leur parler de la mort, expliquer l'irréversibilité, le fait physiologique. La raison invoquée est, bien sûr, l'idée que la mort est devenue tabou. Notons qu'en toute logique, on devrait faire porter l'injonction en direction des médecins de ville. Combien d'entre eux n'ont en effet jamais vu de morts ? Toujours est-il que face à

pas. Ici on apprend que le tribunal a ordonné le partage des cendres pour un défunt qui avait fondé deux familles ; là que la concubine est l'interprète de la volonté présumée du défunt. Le destin des morts occupe de plus en plus les magistrats. Ceux-ci doivent faire respecter la volonté présumée du défunt mais à défaut les magistrats se découvrent investis d'un pouvoir dont la symbolique culturelle est évidente. Lorsque le magistrat affirme, par exemple, le droit de la famille constituée contre la lignée, il est un donneur de mort et non plus un « exécutant de la vie ». Il y a là une matrice de rituels sociaux dont le sens ne demande qu'à être explicité. Nous évoquions la figure du donneur de mort. Achevons l'esquisse en suggérant le complément de cette figure : le donneur de mort est aussi un donneur de nom, un veilleur de nom. On doit faire le deuil d'une personne, non pas de son nom. Or la querelle des noms impulsée par la « norme » de la famille recomposée, de la « famille-arlequin » peut s'avérer être un effrayant précipice à oublier. Si un mort continue virtuellement à exister, c'est aussi parce que les vivants connaissent son nom et se reconnaissent dans ce nom, expression d'une supra-individualité. Jusqu'alors les noms se répétaient principalement à partir d'une logique qui prenait son assise sur la base du biologique (sang) et sur celle du spirituel (métempsychose ou réincarnation). On faisait ainsi le deuil d'une individualité mais on conservait l'idée d'une personne qui unit morts et vivants. Dans cette tradition, la généalogie pouvait se contenter d'être strictement descriptive. Nul doute que celle-ci deviendra obsolète et muette dans un proche avenir. Le deuil des morts de la famille de demain requiert une nouvelle généalogie, généalogie théorique, inventive dont l'homme de droit sera le garant et surtout le baptiseur. ■

Denis Cettour

l'enfant le « il faut tout dire » qui ne serait pas médiatisé par les rites sociaux nous semble relever d'une conception magique du savoir selon laquelle le problème est réglé pour peu qu'il soit intellectuellement posé. Quant à nous, nous préférons dire qu'un enfant ne peut guère faire un deuil, qu'il refait le deuil de ses parents, au deux sens de l'expression. Donnons déjà ces frontières dans des attitudes sociales de deuil.

(25) DAGOGNET F. (1999), *La mort vue autrement*, Les empêcheurs de penser en rond. Nous adhérons pleinement aux analyses de l'auteur et nous lui devons grandement quant à l'intuition de cet exposé.

(26) Ibid. p 68

(27) **Le soin du cadavre**. La toilette funéraire a longtemps été ordonnée à une donnée spiritualiste. Par exemple, on fermait tous les orifices afin d'empêcher le passage des mauvais esprits. Notre modernité reprend le relais de cette tradition en l'inscrivant sur une exigence hygiéniste. Mais celle-ci n'a pas toujours la puissance de la détermination sociale et symbolique. C'est bien pour cette raison que nous nous associons - plus que ça - à la volonté théorique du Professeur Debout d'installer à l'Institut Médico-Légal de St Etienne l'idée de soin au sujet d'un cadavre. C'est assurément à partir de telles considérations que nous pouvons reconstruire un socle social au deuil.

En effet, l'idée de soin donné au cadavre contient une injonction qui va bien au-delà du cercle des proches : services hospitaliers, personnels - du personnel soignant au thanato-practeur -, architecture... C'est là toute une micro-société qui peut participer à l'extériorisation du phénomène de deuil, à sa socialisation.

(28) JANKLEVITCH V. (1977), *La mort*, éd. Champs-Flammarion, Paris, p. 465

(29) Cf. à ce sujet les discussions juridiques sur l'avortement thérapeutique formulées autour de... l'intérêt de l'enfant ! On est enclin à établir un droit pour un objet qui n'existera jamais. Dans la même logique, on parle déjà de façon étonnamment frivole d'un « droit à ne pas naître ». Insupportable paradoxe ! Nous ne le dirons jamais suffisamment : le virtuel du néant n'est en aucune façon assimilable au virtuel de l'après existence.

Le vingtième siècle et dans sa continuité le vingt et unième siècle donnent à la parole une position particulière que l'on pourrait résumer de la façon suivante : la parole du sujet est à faire valoir.

Le vingtième siècle aura été le siècle de l'explosion des moyens de communication via les médias. Cela concerne aussi bien la langue écrite que la langue parlée, et les journaux, les stations de radio, les chaînes de télévision, le câble et maintenant les sites internet se multiplient comme des petits pains. La téléphonie mobile, grâce aux satellites, fait un tabac. La parole est demandée par tous, on donne la parole à tous. Et chacun de croire qu'il peut dire ce qu'il pense, et chacun de donner son avis, avec l'idée bien entendu de faire valoir son point de vue. Mais est-ce que l'on se demande pour quoi faire, pour en faire quoi ? En tout cas c'est un marché très lucratif, coté en bourse et un quidam quelque peu habile pouvait jusqu'à maintenant faire fortune rapidement et à moindre frais.

Et à part cela ? Et bien celui qui maîtrise l'information et/ou ses outils, peut avoir beaucoup de pouvoir, celui d'informer ou de désinformer ses interlocuteurs, et de les manipuler. Tout est affaire de monopole et de vitesse, pour s'assurer un contrôle de l'autre pris de court ou impuissant.

Et la psychanalyse là dedans ?

La psychanalyse créée par Freud, propose au sujet qui veut en savoir un peu plus sur lui-même, un dispositif très précis pour « dire » ce qu'il est. Dans le cadre strictement confidentiel d'une séance de psychanalyse, en présence d'un psychanalyste, il doit s'essayer à dire tout ce qui lui vient à l'idée, même si cela lui paraît saugrenu ou incongru. Dans ce contexte précis et seulement celui-ci, point d'autocensure. C'est pour dire comme tout dire ne va pas de soi ! Ce n'est pas non plus une fin en soi et il y a lieu d'être prudent avant de s'engager à tout dire ou même seulement à le vouloir. Et enfin cela ne peut être proposé à tous et pour tout. La vulgarisation de cette technique, celle de la psychanalyse, a sans aucun doute inspiré d'autres professionnels à tenir compte du besoin de tout sujet de parler et de communiquer, du besoin de tout sujet à une reconnaissance ? Mais là, le dire du sujet a été ravalé à une exploitation de son besoin de parler, de son besoin de reconnaissance, que ce soit en parlant à quelqu'un en entretien, ou à quelqu'un que l'on entend seulement, une voix au téléphone, et plus aseptisé encore, via le net à quelqu'un que l'on n'entend ni ne voit mais qui répond en écrivant des phrases sur un écran d'ordinateur, phrases que l'on peut imaginer toutes prêtes et qui prennent un sens différent selon le contexte défini par celui qui demande. Et là on est entré dans un monde virtuel que la technologie du vingt et unième siècle peaufine, où l'interlocuteur n'est qu'une pure fiction. Cela accrédite bien le fait que répondre à la satisfaction du besoin du sujet n'a pas pour objectif de s'occuper de sa demande de reconnaissance. C'est pourtant le malaise actuel de notre civilisation de vouloir être reconnu comme si le sujet se pensait ne l'être jamais assez, pour se rabattre à ne l'être que via le virtuel des médias ! Plus facile ? Moins contraignant ?

Au fond seul le réel de la présence du sujet et de la personne à laquelle il s'adresse, fait du « dire » quelque chose de bien réel voir de traumatisant, au point qu'il cherche à fuir cette épreuve par la revendication plutôt que par un travail sur soi ! Mais c'est pourtant bien en présence d'un autre que soi, bien réel, en chair et en os, qu'il peut se construire puis s'affirmer dans sa relation aux autres, relation socialisée par la parole. Si par leur présence et par leurs valeurs les parents doivent avoir cette fonction socialisante auprès de

Bonne et mauvaise fortune de la psychanalyse

leurs enfants, il apparaît que les instruments de communication de notre siècle éliminent cette relation aux autres, et qu'ils n'apportent qu'une somme d'informations marchandes mises à disposition de tous, via le net. La cellule familiale qui tend à éclater, apparaît cependant de plus en plus indispensable pour tempérer les effets de ces avancées scientifiques dans le champ de la communication, qui font de tout sujet un sujet isolé.

Un exercice difficile ?

La technique psychanalytique repose, comme nous l'avons développé précédemment, sur le principe de l'association libre, technique qui privilégie le principe de non censure, non censure de celui qui énonce, l'analysant, et de celui qui écoute, l'analyste. Puisque nous évoquons l'écueil d'une censure, est-ce à dire que ce serait un exercice difficile ? Certes oui, puisqu'il exige de l'analysant et de l'analyste qu'ils puissent sortir des sentiers battus que sont les normes sociales d'une époque avec ses modes de pensées et ses exigences de conformité à ces modes d'un moment, et où l'enjeu est de faire lien social avec ses concitoyens, de se vivre comme appartenant à part entière à un groupe de pensée, qu'il soit conformiste ou anti-conformiste, social ou anti-social. Dans la technique psychanalytique il ne s'agit pas bien sûr d'établir une autre forme de lien social avec une communauté de pensée analytique, mais de s'autoriser à établir un lien entre notre propre vie inconsciente et son implication dans nos choix, nos échecs, nos difficultés, nos rages, nos souffrances à être dans un lien social, en un mot nos symptômes tels qu'ils peuvent apparaître aux autres.

La psychanalyse et ce qu'elle permet de mettre à jour, dans les limites de ce que chaque sujet est capable d'assumer de ce qui se révèle à lui de sa vie inconsciente, selon le degré de ses défenses, de ses refoulements, ne l'autorise plus à l'irresponsabilité de ses énonciations. En effet il peut de moins en moins se dire : « c'est la faute de l'autre », et est amené à se poser de plus en plus la question : « j'y suis pour quoi dans mes choix et leurs conséquences ». Autant dire que cette technique ne peut pas convenir à tout le monde, et que tout le monde n'a pas forcément envie d'en faire le choix. Et poussant le bouchon encore plus loin, on apprend à réfléchir et à peser ses mots avant de parler. Parler n'est pas sans conséquence sur autrui puisque sur soi-même on a pu être en mesure d'en soupçonner les conséquences. Pour exemple, j'évoquerai les conséquences d'une parole, d'un mot, d'un phonème qui ont pesé d'un poids insoupçonné sur la vie inconsciente et en tout cas psychique de celui qui lui a subjectivement donné sens parce que subjectivement concerné ! Pour le psychanalyste et le psychanalysant, il n'est pas question de savoir si celui qui a prononcé cette parole, ce mot, ce phonème a eu tort ou raison, de l'accuser, de lui faire un procès ou je ne sais quoi d'autre, car là n'est ni la question ni le problème, mais de savoir en quoi et pourquoi cela l'a touché si profondément, à quel traumatisme psychologique inconscient mais bien vivant cela fait écho, et de cerner de quoi il retourne : d'un retour de refoulé qui tourmente en se répétant sous de multiples formes notre sujet. Le sujet apprend avec la psychanalyse, l'art du bien dire, du moins il s'y essaye puisque de dire et mal il va révéler à celui qui l'écoute son inconscient, pas tout de celui-ci mais chaque fois que son dire achoppe à dire bien, à dire tout.

Le sujet apprend à assumer ce qu'il dit. Il est en position d'être seul et seul responsable de ses dires parce que dans ce dispositif-là, celui de la psychanalyse, telle est la seule position de sujet qu'il est sommé de tenir quant à ce qu'il y dit.

Le psychanalyste est pour sa part sommé de disparaître comme sujet et de faire prendre conscience à notre sujet psychanalysant par sa présence réelle et ses interprétations, de ce qu'il dit. Dire tout de ce que inconsciemment l'on sait pour en être enfin conscient autrement que dans la plainte, n'est pas l'objectif que tout un chacun veut atteindre. Certains ne voudront jamais rien savoir de cet inconscient qui les gouverne et préféreront se plaindre, se plaindre de quelqu'un d'autre mais surtout pas d'eux-mêmes. Ils sont sans doute convaincus que cela ne leur ferait nul bien. Le « dire » dans ce cas là ne pourrait-il pas faire que du bien au sujet ? En tout cas il faudra compter sur le fait qu'il ne voudra rien en savoir.

Du symptôme

La psychanalyse appliquée à la disparition d'un symptôme, forte de l'enseignement de la psychanalyse pure qui est sans objectif de soin, peut donc tout à fait trouver sa place dans le champ du soin. Un symptôme peut trouver sa résolution complète si notre sujet découvre le conflit psychique inconscient qui le sous-tend. Si le symptôme de notre sujet répond à un ajustement de sa structure psychique aux exigences d'une société en proie à ses propres tourments, ce symptôme perdurera, puisque dans ce cas il est la conséquence logique d'une adaptation d'un sujet à un groupe social malade de ses tourments, symptôme qui disparaîtra quand il quittera le groupe en question. Enfin si le symptôme de notre sujet est son mode de réponse structurel à la société, et là je fais allusion aux suppléances trouvées par lui selon sa structure psychique pour faire lien social avec le groupe, il perdurera quel que soit le groupe social en question. Mais pourquoi vouloir le lui ôter puisqu'il supplée à ce qui lui fait structurellement défaut. On peut penser au psychotique et à son élaboration délirante a minima de persécution par exemple, pour pouvoir se maintenir dans le lien social. Néanmoins pour la psychanalyse le symptôme n'est pas ce qui du sujet ne va pas, bien au contraire. Il est la trace d'une prise en compte de l'autre et de la nécessité de faire lien social. Le symptôme est ce reste d'indéchiffrable de la parole d'un autre sur lui, devenu celle d'un Autre qui a parlé sur lui, tel un prophète et sa prophétie, à laquelle il a donné un sens par ce symptôme. Il n'est qu'à observer un adulte avec un bébé, l'écouter s'entretenir avec ce bébé et lui tenir en toute inconscience tel ou tel propos. Quel traumatisme va naître de la rencontre de ce bébé avec la parole de cet autre sur lui, avec laquelle il devra faire avec ? Quel symptôme va-t-il élaborer de ces phonèmes, de ces mots, de ces paroles vides de sens pour lui mais qui doivent avoir néanmoins un sens puisqu'elles lui sont énoncées et adressées ?

Du traumatisme

La psychothérapie peut voir dans le symptôme ce qui est anormal, ce qui ne va pas et qui doit disparaître soit par la psychothérapie, soit par le médicament, soit par les deux. Et de répertoire, de cataloguer ce qui ne va pas d'un sujet, et qui peut à l'occasion être source de gêne, de souffrance pour lui ou pour son entourage. Quand le sujet souffre de son symp-

tôme il demande plus volontiers de l'aide, laquelle ? Quand l'entourage souffre d'un symptôme du sujet, ce dernier peut être mis en demeure de le faire disparaître, comment ? C'est peut-être dans cette interrelation entre celui qui souffre et qui demande, et son entourage qu'il gêne et qui exige, que le discours collectif récolte le plus d'adeptes pour que le symptôme de tout sujet, un individu seul face à une collectivité, que son symptôme donc dans ce rapport de force aux autres, disparaisse. Le choix politique de donner la parole à tous ceux qui sont impliqués dans une situation hautement traumatisante, de faire que cette parole soit recueillie par des professionnels de l'écoute mandatés spécialement pour cela, tente de répondre à ces attentes. Il est attendu de cette prise en charge qu'elle court-circuite et prévienne l'apparition d'un traumatisme psychique. Y arrive-t-on réellement ? Rares en tout cas sont les études à long terme qui en parlent puisqu'il s'agit de prévenir d'urgence la réaction de panique d'un groupe important d'individus, en situation traumatique. Donner la parole, répondre en donnant un sens qui apaise, peut certes colmater les brèches d'une souffrance de l'individu inscrit dans la collectivité. Mais dans un second temps cette souffrance se subjectivera. Elle sera alors une, unique, particulière à chaque sujet et son histoire, et ne fera lien social qu'en se formalisant sous les auspices d'une exigence de réparation qui rendra pérenne un « je n'en veux rien savoir de ce qui m'a touché », une forme de non résolution du traumatisme psychique resté bien réel et actif.

Rendre la souffrance plus légère

Il apparaît que les psychothérapies qui visent à traiter le symptôme du sujet comme étant ce qui du sujet ne va pas, répondent comme nous l'avons développé, au discours collectif et au politique. Par contre la psychanalyse, qu'elle soit pure ou appliquée à la finalité du soin, nous apprend qu'en vertu de son histoire subjective le symptôme du sujet n'est pas ce qui ne va pas de lui. La psychanalyse ne vise ni à normaliser le sujet, ni à le fédérer à une idéologie du soin. La psychanalyse appliquée au soin vise à essayer que les souffrances du sujet lui deviennent plus légères, et qu'il ne fasse de son symptôme son étendard, envers et contre tous, sa croix sur terre. Gardons présent à l'esprit que tout espoir de normalisation du sujet à un idéal collectif, que tout discours qui vise à annuler l'individualité de tout un chacun au nom d'un idéal du genre humain, a été à l'origine des idéologies et des régimes totalitaires. Faisons prendre conscience aux politiciens des limites et des écueils de la parole, de la toute puissance supposée de la parole donnée à tous et pour tout, sans réflexion, et qui guérirait le sujet de ses maux !

Le limites du « dire »

La psychanalyse par l'analyse de ses effets et ce qu'en disent ses détracteurs, des déçus d'une guérison impossible de leurs maux psychiques, permet cette réflexion sur les limites du « dire » et ses conséquences, aussi bien que sur les limites des techniques dites psychothérapeutiques qui plébisciterait la guérison en « n » séances, et donc sur les limites des techniques du dire comme de celles qui voudraient s'en passer. Car il faut toujours en passer par le sujet qui parle et qui dit, toujours pris qu'il est dans le dit, le si en, ce qu'en entend l'autre, et ce qui s'en dit de son point de vue et du point de vue des autres, les autres pris un par un ou collectivement. Et là tout se complique ! ■

Joëlle Skriabine*

*Praticien hospitalier, CH Paul Guiraud, 94806 Villejuif.

LIVRES

Champ pédagogique et psychanalyse

Jean-Claude Filloux
PUF

Les rapports entre pédagogie, psychologie et psychanalyse ont été marqués dans l'histoire tant par des alliances que par des clivages. Ce petit livre didactique en rend compte en deux parties : un essai et un choix de textes (Freud, Winnicott, Octave Mannoni, Hans Zulliger...). Il en ressort quelques idées centrales : dans le champ pédagogique opèrent des désirs qui soutiennent le projet d'apprendre et de faire apprendre. De ce fait, la notion de transfert éclaire les ressorts de la relation pédagogique, transfert positif qui favorise les performances intellectuelles ou effets pervers du transfert s'exprimant des débordements affectifs, d'amour et de haine. La relation pédagogique est aussi une relation de pouvoir. En même temps, la classe n'est pas le lieu d'une cure et il serait dangereux, insiste l'auteur, d'aller au-delà d'une sensibilisation des enseignants aux éclairages de la psychanalyse. La précision est utile pour éviter de transformer le « savoir analytique » en « idéologie pédagogique ».

Marcel Jaeger

Cachez ce pauvre que je ne saurais voir

Jean-Luc Bruzulier et Guy
Haudebourg

Collection Contrechamp

Editions de l'Ecole Nationale de la
Santé Publique

Peut-on faire disparaître les pauvres par décret ? Les arrêtés municipaux contre les mendiants des années quatre-vingt-dix ont réactualisé la question et rappelé que la mendicité était un délit passible de l'emprisonnement depuis plusieurs siècles. De Louis XIV à la V^e République, chaque moment de crise repose la question de la pauvreté et des solutions à y apporter. Les documents réunis permettent de mesurer le chemin parcouru dans ce domaine. A l'Etat essentiellement répressif du XVII^e siècle (« grand renfermentement »), s'opposent la construction de l'Etat social du XX^e siècle (Sécurité sociale, RMI) et la suppression du délit de mendicité ou de vagabondage du Code pénal en 1994. Force est de constater, cependant, que les pauvres sont toujours soupçonnés d'être responsables de leur situation et que les débats autour des politiques sociales font régulièrement resurgir des arguments utilisés depuis longtemps.

Philippe Pinel et son œuvre Au point de vue de la médecine mentale

René Sémelaigne
L'Harmattan

Il s'agit de la réédition de la thèse de l'arrière petit-neveu du père fondateur de l'aliénisme français. René Sémelaigne a ainsi contribué à propager la saga de « la » geste pinellienne en reprenant la légende dorée « du » geste de la « libération des fous de leurs chaînes ». Mais pas seulement. Après une première partie biographique, il dresse (en esquissant le programme de ses futurs travaux historiques) le tableau des « progrès de la médecine mentale, depuis l'antiquité jusqu'aux temps modernes », avant de conclure sur « Pinel et son œuvre » et de fournir les annexes d'un échantillon de sa correspondance comprenant, en particulier, trois lettres adressées à Louis, le grand-père de sa mère, et un index de ses principaux écrits.

BIOGRAPHIE (suite)

incite Marie, sœur aînée et marraine de Thérèse, devenue par nécessité sa troisième mère, à demander une aide extraordinaire en requérant auprès de la Vierge la guérison.

Thérèse manifeste de façon croissante le désir d'être choyée, elle s'aperçoit que sa maladie « n'est rien d'autre que la nostalgie des Buissonnets, de son domicile de Lisieux ». Elle est mise à rude épreuve par sa troisième mère qui est primesautière, vive, aime railler et contre-dire. Ne trouvant aucun secours sur terre, Thérèse se tourne vers sa Mère du Ciel. La Vierge, le jour de la Pentecôte 1883 (Thérèse a alors dix ans) lui répond : ce fut le ravissant sourire de la Sainte Vierge et la guérison miraculeuse.

En fait, si cette guérison apparaît, elle n'est pas radicale, dans le sens où deux ans plus tard, en 1885, va se produire lors de la retraite préparatoire au renouvellement solennel de la Première Communion, les stigmates de « la terrible maladie des scrupules ».

« Que Thérèse ait alors été aidée par le symbole maternel si fortement inclus dans la figure de la Mère de Jésus, c'est un fait. Mais c'est un fait aussi que Thérèse a alors été guérie d'une crise mais non de sa névrose : ses migraines, ses scrupules, ses larmes, sont un ensemble de symptômes convergents qui montrent que la névrose demeure »^(4, p.121).

Sur cette mouvance de base faite de fragilité et d'immaturité, se produit un troisième deuil : celui du départ de Marie pour le Carmel de Lisieux en octobre 1886 alors que Thérèse a treize ans : « Aussitôt que j'appris la détermination de Marie, je résolus de ne plus prendre aucun plaisir sur la terre ».

Si le besoin affectif d'une mère demeure, il reste éternellement inassouvi dans des tentatives itératives. Au fur et à mesure de ces événements bouleversants se produit un déracinement du monde, un désir de s'évader des contingences extérieures et de construire ailleurs un univers « intérieur » certain et riche d'un amour inaliénable.

Ces événements, depuis 1882, s'inscrivent en filigrane dans le déterminisme de la vocation ; ils ont un symbolisme religieux flagrant. La nuit de Noël 1886, constitue « la nuit de la conversion, la nuit de lumière ». Si Noël symbolise la naissance d'un renouveau par celle du Christ, elle constitue la renaissance de Thérèse. Conversion, dérivé du latin, signifie « retournement, changement de direction », ce qui correspond à deux mots grecs pour signifier « retour à l'origine et renaissance ». Pour Thérèse, c'est l'accession au statut d'adulte. Thérèse un an plus tard, à quatorze ans, demande à son père la permission d'entrer au Carmel. Il acquiesce. Thérèse va trouver le vicaire général, puis fait le voyage à Rome pour requérir, du fait de son âge, une dérogation auprès de Léon XIII. Elle entre au Carmel à quinze ans, le 9 avril 1888 (après le Carême : rôle du symbolisme). « Thérèse semble présenter un retard affectif consécutif à la régression causée par la perte de sa mère et non compensée par une éducation suffisamment compréhensive »^(5, p.107).

Elle évolue au milieu d'un monde d'adultes, sans joie, où la seule réalité est celle de la religion. Elle conçoit très tôt de réaliser un modèle religieux, celui de l'univers familial. Son attitude apparaît adultomorphe : elle reprend à son compte les valeurs parentales, devenues valeurs familiales.

L'INFLUENCE DU PÈRE

Il est classique de relier l'imaginaire du père et son influence sur l'éducation religieuse⁽²⁾.

Jung explique que l'imaginaire du père, l'archétype du père forme la base de l'expérience des relations possibles avec le père professeur, prêtre... Dieu). Dans cette hypothèse, de la

manière dont l'imaginaire du père est influencée par les premières expériences de l'enfant, dépendront les attitudes ultérieures déterminantes dans le rapport père-enfant.

« L'enfant qui a un père bon, équitable et des sentiments élevés, sera disposé à entrevoir et aimer dans son créateur et juge, toutes les qualités de Dieu ; il aura confiance en celui qui le maintient en vie »⁽²⁾.

Cette remarque s'applique point par point à Monsieur Martin : c'est le Roi de Thérèse, « son Roi à elle toute seule » et, en retour, elle devient « sa petite Reine ». Thérèse de Lisieux serait l'exemple caricatural de cette conception. Se produit un transfert pathologique de l'imaginaire du père sur Dieu le Père. « Cette petite fleur blanche dans l'école enfantine céleste doit son développement de Sainte à l'exemple d'une éducation affective de son père »⁽²⁾.

Autrement dit, Thérèse a tellement aimé son père pendant son enfance qu'une fois l'Œdipe dépassé, elle a voulu retrouver la même perfection et a intuitivement compris que cet idéal ne pouvait prendre consistance qu'en Dieu, au travers d'une démarche de souffrance, elle dont l'enfance n'a été qu'une suite répétée de souffrances.

L'ENFANCE OU LE MatriARCAT

L'univers de Thérèse n'en finit pas de cultiver les valeurs féminines. Sa mère régente la maison, fournit les subsides. A sa mort, la relève est assurée par l'aînée, Marie. Le père, seul personnage masculin au milieu de ses cinq filles, ne se fait pas gardien de la loi du père. C'est un homme qui incarne des valeurs féminines : amour, tendresse, religiosité. Il semble peu surprenant que l'oncle Guérin soit nommé subrogé tuteur des filles Martin à la mort de leur mère.

L'enfance de Thérèse contient suffisamment d'événements capables de susciter une vocation religieuse et de déterminer une psychologie propice à cette réalisation. Elle subit, comme le dit Nodet⁽³⁾ « la pression consciente, inconsciente par la religiosité du milieu ou la contamination d'autres religieux dans la famille ».

A considérer Thérèse comme une mystique au sens de Bergson, à savoir dans un « état d'esprit qui permet à la pensée de s'élever vers un but situé au-delà du monde sensible », elle présente « cet élan d'évasion qui se manifeste chez ceux qui par crainte de tomber dans le pessimisme, cherchent en dehors d'eux et en dehors du monde matériel, une explication, un appui, un réconfort, un refuge »⁽¹⁾. Dans un registre de compréhension plurisémique, le remaniement du champ de la conscience (et donc de la vocation) est indissolublement lié au remaniement de l'environnement (événements vitaux). Un autre facteur, non négligeable, est le mobile d'attraction qu'exerce sur Thérèse la Communauté du Carmel, à la façon du christianisme primitif et des premières communautés religieuses.

LES MOTIVATIONS CONSCIENTES

Que dit Thérèse ?

« Le martyre, voilà le rêve de ma jeunesse, il a grandi avec moi sous les cloîtres du Carmel ...

Ce n'est point pour vivre avec mes sœurs que je suis venue au Carmel, c'est uniquement pour répondre à l'appel de Jésus. Ah, je présentais bien que ce devait être un sujet de souffrance continue de vivre avec ses sœurs, lorsqu'on ne veut rien accorder à la nature ... Pendant mon enfance, mon amour n'était pas compris, je le sentis. Je ne m'endormais pas une affection qu'on me refusait. Dans le monde, j'aurai été tentée ou de papillonner ou de chercher sans fin, un cœur, un cœur à ma mesure.

Je sentis que le Carmel était le désert où le Bon Dieu voulait que j'aie aussi me cacher. J'ai connu par expérience que le bonheur ne consiste qu'à se cacher.

Nulle Créature n'est capable d'étancher la soif d'amour qui est en elle Toi seul, Jésus, peux contenter mon âme car jusqu'à l'infini, j'ai besoin d'aimer.

Plus tard lorsque la perfection m'est apparue, j'ai compris que, pour devenir une Sainte, il fallait beaucoup souffrir, rechercher toujours le plus parfait ... J'ai compris qu'il y avait bien des degrés dans la perfection et que chaque âme était libre de faire peu ou beaucoup pour Lui, en un mot, j'ai choisi tout.

Les illusions, le Bon Dieu m'a fait la grande grâce de n'en avoir aucune en entrant au Carmel ... Je suis devenue religieuse pour sauver les âmes et surtout les prêtres ... Je veux être une Sainte...⁽⁴⁾.

Ainsi, Thérèse, être de désir, femme passionnée d'amour, exprime dans la grandeur de sa vocation, son profond besoin d'Amour Absolu, dans une dimension d'oblation totale. Elle vient nourrir sa nécessité d'une complétude absolue, l'immensité de sa quête affective, et d'un idéal immaculé que Dieu seul, par définition, est en mesure d'assumer.

Un deuxième motif peut être celui de la poursuite de souffrances comme au début de son existence. « Admettre que sa vie est aussi, en partie, ratée, une vie marquée à jamais par la souffrance et en faire une explosion d'amour, implique une lucidité extrême »⁽⁵⁾.

Thérèse apparaît comme la femme de l'Absolu, celle qui transcende le quotidien, donne à chaque événement ordinaire du vécu (« les petits riens »), une dimension extraordinaire

pour vivre une fusion totale avec son Bien Aimé, pour être « totalement prise, soulée, consumée par l'Amant, selon ses termes ... désir de s'identifier au feu de manière qu'il la pénètre et l'imbibe de sa brûlante substance et semble ne faire qu'un avec Lui » (rôle du symbolisme).

Le désir de fusion devient dans sa dimension d'Absolu, un désir de non-être. Ainsi Thérèse, dans la recherche de la souffrance (« Je voudrais subir tous les supplices infligés aux martyrs ») annihiler son manque à être, et nourrir son besoin d'Absolu, qui lui donne sa raison d'exister par ce supplément d'être.

Thérèse : une entité de la nosographie psychiatrique ?

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Nous envisagerons plusieurs entités nosographiques.

Le délire mystique

Il n'est besoin que de considérer la qualité des écrits auto-biographiques de Thérèse, de constater l'aspect agencé et subtil de son manuscrit pour éliminer toute possibilité de délire. S'il est vrai que Thérèse éprouve un désir permanent de perfection dans une simplicité de vie exemplaire, elle ne cherche en rien à donner l'exemple, se comparer ou à s'assimiler à Dieu ; elle n'est d'ailleurs pas à proprement parler une mystique, contrairement à Sainte Thérèse

TRAVAIL, STRESS ET ADAPTATION

L'adaptation au travail : contrainte ou fait humain ?*

L'entreprise est une grande pourvoyeuse de causes de stress, en particulier par les choix techniques et managériaux qu'elle impose. Pour une saine et complète gestion du stress professionnel, la prévention primaire, c'est-à-dire la diminution des facteurs de stress liés au travail, est à associer à la prévention secondaire, donc à l'aide au développement des capacités individuelles d'adaptation au stress.

Dans une situation de stress, l'individu ne reste pas inactif. Il va tenter d'y répondre pour s'y adapter. On parle de « coping » (de l'anglais *to cope with*, faire face à) pour décrire la façon dont il raisonne et agit pour remédier aux aspects négatifs d'une situation de stress. Ces stratégies d'adaptation peuvent être orientées vers la diminution de la réaction de stress, en agissant sur les réactions physiologiques et émotionnelles (se relaxer, s'engager dans une activité plaisante) et sur les réactions psychologiques (relativiser, penser à autre chose). Il s'agit alors d'un coping « centré sur l'émotion ». La stratégie d'adaptation peut être orientée, tout au contraire, vers le contrôle de la situation stressante, en mettant en place une action pour résoudre le problème (rechercher de l'information, agir ou supprimer le stressor). C'est le cas du coping « centré sur le problème ».

Chacune de ces formes de coping a ses avantages et ses inconvénients et s'avèrera plus ou moins adaptée en fonction des stressors. Plus que les situations de stress elles-mêmes, ce sont les modalités de coping mises en œuvre qui expliquent l'apparition des souffrances et des maladies liées au stress.

Parmi les pathologies liées au stress, le trouble de l'adaptation (TA) n'a eu que tardivement sa place dans les classifications actuelles. C'est la raison pour laquelle cette entité, définie par la survenue de symptômes émotionnels ou comportementaux dans les trois mois suivant le début d'un facteur de stress, n'a été que peu étudiée. On situe sa prévalence entre 10 et 20%, selon les populations étudiées (consultation spécialisée, psychiatrie de liaison ou médecine générale). Ce trouble concerne surtout des jeunes actifs, sensiblement plus les femmes que les hommes et plutôt les personnes de bon niveau socio-éducatif et socio-économique. Une fois sur deux, il s'inscrit dans une biographie marquée par des antécédents psychiatriques personnels (surtout des troubles anxieux) et dans un quart des cas, il évolue vers un autre trouble mental.

Compte tenu de la complexité des processus qui sous-tendent l'éthiopathogénie du trouble de l'adaptation, la prise en charge thérapeutique doit se faire conjointement sur plusieurs niveaux. Globalement, la pharmacothérapie - avec le recours, limité dans le temps, aux anxiolytiques - s'adresse aux aspects neuropharmacologiques et neurocognitifs, alors que la psychothérapie va s'intéresser aux enjeux de personnalité, à la valeur symbolique des traumatismes et aux composantes cognitives et comportementales. Ainsi, par exemple, un programme cognitivocomportemental d'entraînement à la gestion du stress suit, habituellement, les étapes suivantes : (1) identification par le sujet de ses propres stressors et de ses réactions de stress ; (2) apprentissage de stratégies spécifiques destinées à modifier les réactions inadéquates ; (3) entraînement à la maîtrise de ces stratégies face à des situations de stress et (4) évaluation des résultats obtenus par l'utilisation des stratégies. ■

F.C.

* Symposium organisé par les Laboratoires Biocodex, le 9 novembre 2001, à Paris. Sous la Présidence de Maurice Ferreri (Paris) et de Patrick Légeron (Paris), avec la participation de Franck Azais (Paris), Nicolas Grimaldi (Paris), René Misslin (Strasbourg), Philippe Nuss (Paris), Véronique Pernoud (Annecy) et Frédéric Rouillon (Créteil).

d'Avila, car elle ne présente pas d'extase, de ravissement, de vision, et n'opère aucun miracle. Comme le rappelle Lagriffe « *le délire mystique est essentiellement caractérisé par un zèle outré pour les idées et les pratiques religieuses, zèle entretenu par des scrupules incessants à propos des actions les plus simples de la vie. Les malades qui sont atteints de cette forme, trouvent un aliment à leurs conceptions mystiques dans les hallucinations. Ils se proposent pour tout, soit d'expier des fautes imaginaires ou exagérées, soit de racheter les péchés des autres par des souffrances ou des mortifications* »⁽¹⁾.

Les psychoses systématisées

Des thèmes mystiques ou simplement religieux peuvent apparaître au cours de psychoses systématisées. Sans être exhaustif, nous éliminerons :

- l'éventualité d'une schizophrénie devant l'absence d'autisme, de délire, malgré le profil de personnalité de Thérèse, où se rencontrent une propension à la rêverie, un goût marqué pour la solitude, caractéristique de la schizoïdie. Mais la chaleur affective de Thérèse, surtout dans le récit de sa maladie, vient dénigrer cet apriorisme ;

- l'éventualité d'une paraphrénie devant le jeune âge de Thérèse, l'absence de coexistence d'une bonne adaptation au réel et d'un délire donnant un aspect de diplopie.

Des troubles névrotiques

Si la personnalité de Thérèse comporte une certaine scrupulosité avec propension à l'introspection et au perfectionnisme, l'existence n'est pas aliénée ni assiégée par des rites ou des activités conjuratoires. Certains traits caractéristiques du registre obsessionnel sont donc constitutifs de sa personnalité, sans qu'une névrose obsessionnelle proprement dite puisse être objectivable. L'enfance de Thérèse est de toute évidence évocatrice de troubles névrotiques. Il est classique de dire qu'il n'existe pas de continuité entre la pathologie de l'enfant et celle de l'adulte. Néanmoins, il est évident que la persistance de certains éléments névrotiques à l'âge adulte vient conditionner l'éclosion de la vocation à l'âge adulte. Nous examinerons avec plus de précision ces troubles dans le cadre du diagnostic positif. Nodet, dans son article sur *Psychanalyse et vocation*, affirme que « *si Dieu n'a jamais demandé qu'on lui réserve en victimes choisies, des impuissants, des femmes frigides, des timides ou des passifs, la psychologie la plus concrète tient le même langage et refuse de parler de sublimation devant des compensations même brillantes, subtilement échafaudées sur des instincts mal épanouis* »⁽²⁾.

Concernant l'histoire d'une vocation, Nodet rappelle que « *des éléments névrotiques peuvent aider dans le déterminisme de cette vocation (telle la virilité chez la femme et la passivité chez l'homme). Le même rapprochement peut être fait entre vocation et agressivité et sexualité. On verra fréquemment des instincts battus sur le terrain sexuel, réapparaître impunément et avec complaisance sur le plan agressif, se parant de mille vertus* ». L'agressivité peut s'exprimer subtilement par une avidité affective qui peut prendre de multiples aspects. Il en est de même des compensations affectives que recherche une sexualité demeurée infantile... Dans cette appréciation, il s'agira d'analyser la base originelle gauche de troubles névrotiques : « *Il faut savoir reconnaître l'existence de toutes les compensations, tous les travestissements qui peuvent venir contaminer l'élan de ce qui voudrait être le meilleur de nous-mêmes* »⁽³⁾.

Le problème est de situer l'existence des troubles névrotiques pouvant prendre le travestissement protéiforme de différentes vertus religieuses et induire une fausse vocation sous le masque de motivations réelles et vraies.

Pour Thérèse, le problème semble se situer aux antipodes : l'influence du milieu familial et des événements vitaux vient donner l'illusion de fausses motivations dans la genèse de la vocation dans la mesure où elles permettent une compensation terme à terme. Devant cette illusion, se profile la réalité de la vocation dans le vécu d'oblation totale à Dieu, dont la vie au Carmel sera la preuve. Cet argument d'oblation totale, pour Jean Daujat, constitue un critère de véracité de la vocation : « *Toute vocation authentique est une attitude oblatrice pour se donner complètement à Dieu* ...

Une psychologie déformée par l'idéalisme peut engendrer une pseudo-vocation qui ne serait qu'une construction de l'esprit ou une projection du Moi et de ses désirs, et quels risques d'inauthenticité se trouvent là chez une personne atteinte de narcissisme ou d'égo-centrisme. La prétendue vocation ne sera qu'un prétexte ou un déguisement pour fuir le réel avec tout ce qu'il comporte de difficultés, de souffrance à assumer et de devoirs à remplir... La recherche d'évasion du réel dans une fausse vocation peut, d'ailleurs, aussi être un moyen d'échapper à son véritable soi et se lier alors à quelque forme d'agressivité contre soi ». C'est la raison pour laquelle nous pouvons évoquer le problème différentiel entre vocation réelle et fausse.

DIAGNOSTIC POSITIF

Reprenons certaines formulations de Thérèse qui semblent assez évocatrices de sa personnalité :

« *Toi seul, Jésus, peux contenter mon âme car jusqu'à l'infini, j'ai besoin d'aimer* »⁽⁴⁾ (besoin d'Absolu).

« *Je ne veux pas être une Sainte à moitié, cela ne me fait pas peur de souffrir pour vous, je ne crains qu'une chose, c'est de garder ma volonté, prenez-la entièrement... Ce n'était plus un regard mais une fusion, Thérèse avait disparu comme la goutte d'eau qui se perd au sein de l'océan... elle se sentait si faible, si fragile, que pour jamais, elle voulait s'unir à la force divine* »⁽⁴⁾ (besoin de fusion, de complétude absolue).

« *J'ai toujours désiré être une Sainte* »⁽⁴⁾.

Ces propos traduisent l'Idéal de Thérèse, femme soumise à la loi de l'Absolu, du tout ou rien, où transparaît dans chaque rien de la quotidienneté (pour inventer une voie royale et toute personnelle conduisant à la Sainteté), la quête affective et de la perfection (sa conversion signe le retour aux origines de la pureté de l'enfance, une renaissance actualisée et conforme à sa maturité).

Par sa prière, Thérèse veut sauver Pranzini, un criminel. C'est également par le biais de la miséricorde demandée à Dieu, le procès de sa propre culpabilité, par ce biais, projetée.

A partir de Noël 1886, et de la conversion opérée en cette mystérieuse nuit, Thérèse devient :

- femme (car elle devient adulte),
- épouse (car son Bien-Aimé vient de lui donner une preuve d'amour),
- et mère (avec désormais un idéal salvateur). Elle trouve le moyen de donner une consistance à sa recherche de complétude. Dès lors, plus rien ne peut l'arrêter pour faciliter son entrée au Carmel.

Si Thérèse fonctionne selon les lois de la projection, l'idéalisation, les dénégations et le maniement omnipotent de l'état lui sont aussi familiers : « *Et la petite reine était toute seule auprès de son Roi (en parlant de son père) n'ayant qu'à le regarder pour savoir comment prient les Saints* ». « *Dans le fond, j'étais contente qu'il n'y ait que moi à bien connaître Papa, car s'il était devenu Roi de France et de Navarre, je savais qu'il aurait été malheureux puisque c'est le sort de tous les mo-*

naques, et surtout il n'aurait plus été mon Roi à moi toute seule »⁽⁴⁾. Le besoin d'amour oblatif répond à la nécessité de venir combler une sensation de vide, d'absence de consistance de toutes choses, responsable d'une incomplétude, et surtout de venir endiguer l'éventualité d'une angoisse d'abandon qui trouve un mode de résolution dans un lieu anaclitique avec Dieu, dans une quête incessante. Parlant de la religiosité féminine, Simone de Beauvoir, précise que « *si la femme est déçue ou exigeante, c'est en Dieu qu'elle choisira d'adorer la divinité* ». Jusqu'à sa « conversion », Thérèse est marquée par la survenue de multiples symptômes dans le registre caractériel, névrotique et psychosomatique. L'agressivité est intense, mais elle ne transparaît pas ouvertement en actes, car retournée contre elle, par le jeu d'un Sur-moi qui exige une auto-punition et un certain masochisme, comme par la sublimation qui est la condition de son Amour oblatif. Thérèse présente un aspect protéiforme de traits caractériels qui, de plus, sont modulés dans leur intensité par un aspect éducatif et religieux. Elle trouve une issue heureuse de sublimation de ses pulsions agressives et une restauration narcissique au travers de la religion et du Carmel. Ce que cette carmélite livre de son vécu laisse supposer une description d'état-limite au sens de Bergeret. Le flou de la description symptomatologique et les seuls arguments du manuscrit écrit par Thérèse, dans un but d'obéissance à sa Prieure, ne nous permettent pas d'être péremptores dans nos affirmations. Il semble que Thérèse dessine les stigmates d'un état limite qui, habilement, trouve la réalisation de sa complétude par la voie du Carmel, c'est la raison pour laquelle et compte tenu du jeune âge de Thérèse, il s'agit d'une description esquissée. Le tableau est d'autant plus imprécis que la problématique est convertie en une vocation religieuse vraie, de ce fait venant mettre au second plan les motivations qui, parce qu'elles semblent être une issue aux difficultés du vécu, dans un but de compensation, peuvent apparaître fausses. ■

Bibliographie

- (1) LAGRIFFE R., *La valeur et la signification du mysticisme à propos de l'âme lyonnaise*, Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de Langue Française, Lyon, 1934, XXXVIII Session, 45-59.
- (2) LIERTZ RHABAN, *L'imgo du père et son influence sur l'éducation religieuse*, Psyché, 1951, 59, 583-589.
- (3) NODET CH, *Psychanalyse et vocation religieuse*, Psyché, 1949, 30-31, 399-412.
- (4) SAINTE THERESE DE L'ENFANT-JESUS, *Manuscrits autobiographiques*, Lisieux, 1957, 315p.
- (5) SIX J.F., *Vie de Thérèse de Lisieux*, Seuil, Paris, 1975, 337 p.

LIVRES

La sexualité infantile et ses mythes

Jean Bergeret et Michel Houser
Dunod

Jean Bergeret et Michel Houser, avec le concours de Josiane Praz pour la partie historique, proposent, comme thèse centrale, que la sexualité infantile, présente certes à l'état potentiel chez tout nouveau-né, ne semble pas se trouver directement efficiente dans les premiers moments qui suivent la naissance. Elle n'assumerait son rôle organisateur essentiel de la personnalité qu'après avoir suffisamment intégré le *fondamental* initial, dont la nature est narcissique. Dans cette perspective, après avoir défini le sens des mots « érotisme » et « sexualité », les auteurs passent en revue les diverses réserves exprimées, après Freud, quant au moment effectif où la sexualité infantile entre en efficacité organisatrice. Dans une seconde partie, à l'aide de documents nouveaux, le cas « du Petit Hans », avec ses aspects *simplificateurs* et *fallacieux* (selon les auteurs) est réexaminé pour montrer comment il put s'avérer inducteur d'erreurs théoriques. Puis l'ouvrage procède à une tentative de réévaluation des principales hypothèses métapsychologiques et psychogénétiques concernant la période de la vie qui précède et prépare le moment œdipien, avant d'analyser leurs répercussions possibles sur la façon de concevoir le déroulement d'une cure.

Marges

Sud / Nord
Folies & Cultures n°15
Erès

A travers chacun de ses numéros *Sud/Nord* s'intéresse aux marges, ou plus exactement aux hommes et aux femmes qui peuplent les marges, souvent rejetés par ceux qui ne les peuplent pas : marges des villes ou des États, marges des groupes sociaux et culturels, marges des familles et des tribus, des églises et des armées, des académies et des écoles, franges mouvantes des sociétés humaines, frontières incertaines entre tout et rien, lieux excentriques des entropies, des désespoirs, des révoltes. Comme la marge protège le texte imprimé du livre, attaquée la première qu'elle est par le ver, la moisissure, le feu, laissant ainsi longtemps le texte intact, les marges humaines, de toutes sortes, protègent ceux qui n'en sont pas, contribuent à leur développement et à leur richesse, amortissent pour un temps les heurts de leurs existences, éloignent le spectre de leur anéantissement.

LA MENACE D'ANUBIS*

Frédéric Kochmann et Elie Hantouche, avec le soutien des laboratoires Pfizer, ont fait appel à la bande dessinée pour faire comprendre ce qu'est le Trouble Obsessionnel Compulsif chez les jeunes. Pour cela ils ont travaillé avec Jean-Louis Fonteneau, scénariste, qui est l'auteur de nombreux albums de BD dans le domaine de la santé et notamment d'une série chez Bayard, Michel Durand qui est dessinateur et Louis Alloing qui a assuré l'ancrage et les couleurs. *La menace d'Anubis* est une histoire policière qui se déroule en Egypte. Yann, un adolescent de 13 ans, et l'amie de sa mère tombent entre les griffes de trafiquants qui ont kidnappé un égyptologue. Ce dernier a découvert une nécropole mystérieuse. Yann va faire preuve de sang froid et d'intelligence afin de se sortir de plusieurs situations compliquées. A travers la lecture, le jeune lecteur souffrant de TOC découvre qu'il n'est pas le seul à avoir des compulsions et des obsessions et que cela se soigne. Grâce à des situations tirées de la vie quotidienne, cette aventure permet aux parents, médecins et enseignants de reconnaître les symptômes et de comprendre. Elle peut être un médiateur de communication entre l'enfant et ses parents ou son médecin. En fin de BD on trouve des informations sur l'épidémiologie, les symptômes, la prise en charge et les réseaux de soins. Cette bande dessinée éditée par les Editions Narratives est déjà diffusée auprès des généralistes. ■

B.L.

*Conférence de presse à Paris, le 27 septembre 2001. Intervenants : Dr Sylvia Cukier (Pfizer France), Dr Elie-Georges Hantouche, Dr Frédéric Kochmann, pédopsychiatre.

LIVRES

Peaux sensiblesDominique Gilbert
Gallimard

Que se cache-t-il derrière une apparente verve séborrhéique, terriblement mal placée, quand on est dermatologue, que l'on a cinquante ans et que l'on rêve de jeunes et féminines rencontres ? Est-ce l'ombre du mélanome, messenger d'une mort rapide et terrifiante, ou le stigmate du début de la vieillesse ? Peur de mourir et urgence à vivre ou peur de vivre et nonchalance à mourir ? La réponse à cette angoissante question va trouver un temporaire refuge dans le tome XI des Annales de Dermatologie, le temps pour notre narrateur de tester son pouvoir de séduction auprès d'une « JF Jolie », rencontrée par petites annonces. L'auteur, Dominique Gilbert, psychiatre de formation, nous entraîne avec ce roman, derrière le miroir, dans les profondeurs et les tourments d'un homme qui ne prend conscience de la vie qui s'écoule et qui s'écroule, que lorsque sa surface le trahit. Hémorragie narcissique d'un dermatologue, clin d'œil au concept de Moi Peau de Didier Anzieu. Dans cette course contre le temps, le narrateur rencontrera l'amour et ses faux semblants, la pseudo-jeunesse retrouvée, pour finalement trouver sa véritable identité à travers la passion de la création.

Françoise Le Coz

L'anorexie des adolescentsRobert Pauzé en collaboration avec
Brigitte Charbouillot-Mangin
Collection Relations
Erès

En appliquant les concepts théoriques de restriction et d'économie de souplesse développés par Grégory Bateson, le psychologue clinicien et thérapeute familial québécois, Robert Pauzé et sa collaboratrice dans ses recherches, Brigitte Charbouillot-Mangin, proposent un modèle thérapeutique singulier dans la compréhension et la prise en charge de l'anorexie mentale chez les adolescentes. Robert Pauzé présente, sous la forme d'un protocole d'intervention auprès des adolescentes anorexiques, de leur famille et de leur réseau social de soutien, un système multidisciplinaire cohérent de la prise en charge. Ce livre, émaillé de nombreux exemples cliniques, permettant une compréhension vivante des particularités de l'approche thérapeutique, témoigne d'une riche expérience clinique, acquise pendant 20 ans de prise en charge de jeunes patients ayant mis en échec des réponses thérapeutiques traditionnelles.

M. Zwingenberger

Le trafic international des drogues : dimensions économiques et socialesRevue internationale des sciences
sociales, n°169, septembre 2001
UNESCO / Erès

Les articles présentés dans ce numéro s'appuient sur les recherches réalisées dans le programme de l'UNESCO « Gestion des transformations sociales » (MOST). Leur originalité est de s'appuyer sur des enquêtes de terrain aux niveaux local, régional et national dans plusieurs pays : la Chine, l'Inde, le Brésil, le Mexique et l'Afrique australe, en amorçant une approche comparative. Ces enquêtes analysent les conséquences économiques et sociales du trafic des drogues, montrent comment ce trafic est étroitement lié aux autres activités des organisations criminelles, précisent dans quelles conditions il génère une violence et alimente la corruption, examinent avec attention les rapports qui s'instaurent entre l'Etat et les réseaux trafiquants.

Agressions sexuelles : la conférence de consensus demande davantage d'évaluation et de formation aux traitements

La conférence de consensus sur les traitements aux auteurs d'agressions sexuelles a été organisée les 22 et 23 novembre par la Fédération Française de Psychiatrie (FFP), à la demande et avec le soutien de la Direction générale de la santé (DGS), dans le cadre de la mise en oeuvre de la loi du 17 juin 1998 qui crée un suivi socio-judiciaire pour les auteurs d'infractions à caractère sexuel.*

Son jury, présidé par le Pr Jean-François Allilaire (Pitié-Salpêtrière), a d'abord insisté sur l'ampleur du phénomène, seulement appréhendé par les statistiques de la police, de la gendarmerie et de la justice. La police et la gendarmerie recensaient, en 1998, 20.000 actes (viols et autres agressions sexuelles) enregistrés en 1998, 15.000 cas élucidés, 10.000 condamnations et 5.000 incarcérations. Au 1^{er} janvier 2001, 7.100 détenus exécutaient une peine pour viol ou autres agressions sexuelles (exhibition exclue). Sont donc exclus de ces chiffres les actes non poursuivis par la justice, les psychiatres indiquant qu'il arrive qu'un patient consultant pour un autre problème indique en consultation qu'il a commis des agressions sexuelles.

Le jury a conclu que l'évaluation des résultats des traitements actuels, fondés sur 5 méthodes de psychothérapies (psychodynamique, cognitivo-comportementale, de groupe, familiale, systémique) et la chimiothérapie, restait à faire : « *Seules les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) et les chimiothérapies ont fait l'objet d'une évaluation, mais en termes de récurrence, qui est une notion juridique et non médicale. L'évaluation médicale consiste à observer la rechute, qui prend en compte l'état mental de la personne et les facteurs de risque* ». « *Il faut évaluer tous les traitements, du point de vue de l'efficacité thérapeutique et donc de la prévention des rechutes* ». « *La difficulté est que chaque patient a des motivations propres et qu'actuellement l'impact thérapeutique est difficile à mesurer. Les méthodes d'évaluation doivent être développées* ».

Des AMM pour les chimiothérapies

Le jury réclame, également, que les chimiothérapies puissent « *sortir du stade expérimental et bénéficier du cadre légal de l'autorisation de mise sur le marché* », en insistant sur leur association systématique à une prise en charge psychothérapeutique.

Deux types de médicaments sont actuellement utilisés, hors AMM : les anti-androgènes et les psychotropes.

Les anti-androgènes (acétate de cyprotérone, triptoréline, leuporéline) sont un « *traitement suspensif* » de l'activité sexuelle, qui permet de « *créer un climat favorable* » à la mise en place d'une psychothérapie et d'éviter une rechute. Leur prescription est réservée à des sujets volontaires, qui ne maîtrisent pas leur pulsion ou qui souffrent d'une « *fantasmatique pédophile obsessionnelle* ».

Divers psychotropes ont une indication quand les troubles sont associés à une pathologie psychiatrique avérée (neuroleptiques chez des psychotiques et thymorégulateurs dans les troubles de l'humeur), tandis que les

inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS) ont une certaine efficacité dans les paraphilies (exhibitionnisme ou pédophilie).

Développer la formation

Le jury recommande le développement de l'offre de soins et donc la formation de médecins, plutôt des psychiatres, aux praticiens actuels, à partir des centres et des praticiens qui ont développé une expertise en la matière. A terme, il suggère la mise en place de « *centres de ressources* » au niveau régional et le lancement de réflexions générales dans les instituts de recherche.

La FFP va assurer une diffusion large des conclusions de la conférence, à laquelle 350 personnes ont assisté. Les conclusions et les textes des experts sont publiés en librairie et une première cyberconférence sur le sujet a eu lieu le 19 décembre à 21 heures sur le site internet psydoc-fr.broca.inserm.fr.

La DGS a mis en place, pour 2001 et 2002, un programme de formation des médecins dans 10 régions, avec 20 à 30 personnes formées par région et par an alors que les membres du jury ont reconnu que peu de médecins s'intéressaient au sujet en France.

Suivi des auteurs d'agressions sexuelles : la loi de 1998 lente à appliquer

Lors de la conférence de presse de conclusion de la conférence de consensus, plusieurs intervenants ont souligné que la loi se mettait en place très progressivement.

Le décret d'application concernant les médecins coordonnateurs du suivi socio-judiciaire a été publié le 19 mai 2000, soit près de 2 ans après l'entrée en vigueur de la loi. Le nombre de suivis socio-judiciaires mis en oeuvre entre 1999 et 2001 n'est pas connu.

En 1999-2000, 300 mesures de suivi socio-judiciaires ont été prononcées par les tribunaux. Mais leur application peut ne pas être immédiate. Pour Paris, 16 médecins sont ins-

crits auprès du tribunal de grande instance pour être médecin coordonnateur et 3 pour l'Essonne. Les médecins sont en général soit des psychiatres exerçant en milieu pénitentiaire, soit des psychiatres-experts auprès des tribunaux qui sont les deux types de médecins qui sont en contact avec les auteurs d'infractions à caractère sexuel et qui ont pu développer des connaissances sur le sujet. La loi de 1998 prévoit en fait plusieurs dispositions, dont la principale est le suivi socio-judiciaire, qui peut comprendre une injonction de soins, en complément d'une peine de prison et mis en oeuvre à l'issue de l'incarcération. Le suivi peut également être prononcé comme peine alternative à la prison. Un médecin coordonnateur coordonne l'évaluation en assurant le lien entre le médecin traitant qui suit la personne et le juge d'application des peines (JAP), afin de préserver le secret médical. Par ailleurs, la loi encourage l'invitation aux soins faite par les équipes médicales en prison tandis que la personne condamnée peut demander à bénéficier de soins. Plusieurs services de psychiatrie en prison avaient développé des protocoles d'entretien préliminaire pour les entrants en prison.

Conseils aux experts

La conférence de consensus dégage quelques principes sur l'attitude de l'expert.

Les examens psychiatriques demandés en urgence « *doivent se borner à la recherche d'éventuels troubles psychiatriques nécessitant des soins psychiatriques urgents et contre-indiquant la garde à vue* ». Lors de l'expertise pré-séquentielle, qui pose la question de l'opportunité d'une injonction ou d'une obligation de soins, le jury recommande que « *la négation des faits poursuivis soit considérée comme une contre-indication absolue à toute injonction de soins* ».

Une injonction de soins peut être envisagée au vu du « *degré d'adhésion* » de la personne « *à un éventuel processus de soin* » et à sa capacité à reconnaître le caractère « *déviant* » de sa sexualité.

Le jury recommande de différer l'injonction de soin lorsque conditions ne sont pas réunies, sachant que la situation du condamné peut être à nouveau examinée ultérieurement. Si une nouvelle expertise est demandée, le jury recommande que le même expert soit désigné afin de pouvoir évaluer une éventuelle évolution positive de la personne. ■

F.C.

* *Psychopathologie et traitements-actuels des auteurs d'agression sexuelle*, textes des experts et recommandations de la conférence de consensus, 448 pages, John Libbey Eurotext, 50 euros/ 328 francs. Tél. : 01.46.73.06.60.

BOURSE LILLY EN NEUROSCIENCES**Thèse en neurologie et psychiatrie**

- 15000 Euros de prix (soit 2 bourses à 7 500 Euros)
- Conditions de candidature : le candidat doit être médecin, interne ou chef de clinique titulaire d'un DEA. Il doit être inscrit en thèse d'université.
- Calendrier : les dossiers de candidature, déposés ou envoyés en 10 exemplaires, doivent parvenir à l'Institut Lilly avant le 30 avril de chaque année.

Thèse neurobiologie

- 15000 Euros de prix (soit 2 bourses à 7 500 Euros)
- Conditions de candidature : le candidat doit être en dernière année de thèse qu'il s'engage à soutenir dans un délai de six mois après l'attribution de la bourse.
- Calendrier : les dossiers de candidature, déposés ou envoyés en 10 exemplaires, doivent parvenir à l'Institut Lilly avant le 30 avril de chaque année.

Soutien aux projets atypiques en neurologie et psychiatrie

- Montant adapté au projet
- Conditions de candidature : Les candidats sont des chercheurs ou des praticiens confirmés, travaillant en France et postulant à titre personnel ou pour leur équipe.
- Calendrier : les dossiers de candidature, déposés ou envoyés en 10 exemplaires, doivent parvenir à l'Institut Lilly avant le 30 avril de chaque année.

Informations : Institut Lilly, Catherine Dubost, 327 Bureaux de la Colline, 92213 Saint-Cloud.
Tél. : 01 49 11 34 16. Fax : 01 49 11 33 08. E-mail : dubost_catherine_nonlilly@lilly.com.

LIVRES

Le soutien thérapeutique aux parents

Sous la direction de Gérard Bléandou
Dunod

Le titre pourrait presque décourager. Comment aborder les « relations parents-enfants qui connaissent la souffrance », en s'efforçant d'être à la fois exhaustif et concis, accessible et rigoureux ? Le pari est tenu. Gérard Bléandou a fait appel à Alain Braconnier, Abdessalem Yahyaoui, Gérard Poussin, Maurice Despinoy, Jean Cartry, Didier Houzel, Juan Manzano et Charles Cungi. Il a su éviter l'écueil d'un ouvrage écrit à plusieurs mains en tissant un fil d'Ariane.

On relève trois grands chapitres : le premier concerne « l'aide à la parentalité souffrante » où Gérard Bléandou distingue plusieurs situations paradigmatiques de consultation parentale, depuis les parents engagés « dans une démarche liée plus ou moins explicitement aux difficultés de l'enfant » jusqu'aux parents rétifs à toute remise en question. Alain Braconnier et Abdessalem Yahyaoui traitent respectivement du statut parental à l'adolescence (« il n'est sans doute pas fa-

cile d'être adolescent, mais il n'est pas facile d'être parent d'adolescent ») et des relations parents-enfants en situation migratoire où « incidences de l'exil, élaboration nostalgique, paradoxes de l'intégration et logiques du double lien (...) prédisposent les parents à une grande vulnérabilité psychique et à une moindre disponibilité pour leur enfant ». Abdessalem Yahyaoui propose quelques préceptes dans la mise en place d'un dispositif clinique et thérapeutique cohérent : présence multigénérationnelle, différenciation des espaces de parole, libre choix de la langue de communication, utilisation du matériel culturel comme levier thérapeutique, construction et utilisation thérapeutique du génogramme, jeu de l'itinéraire familial.

Le second chapitre s'efforce de théoriser différentes situations auxquelles les professionnels sont souvent confrontés, s'interrogeant sur la place que peuvent et doivent occuper les parents divorcés. Gérard Poussin est conscient des limites de la médiation dans le lien d'accueil pour l'exercice du droit de visite qu'il préside depuis 1987 à Grenoble. Maurice Despinoy nous fait quant à lui partager son expérience de la difficulté à maintenir une « alliance » avec les parents dont un enfant est en échec scolaire et ce à toutes les étapes de ce qu'il ap-

pelle leur « accompagnement ».

La dernière partie aborde l'enfant autiste, la mère psychotique et les conduites addictives de l'adolescence. Didier Houzel s'intéresse moins à l'étiologie des symptômes qu'à leur sens et cherche à inclure les parents dans ce travail. Juan Manzano s'est engagé depuis près de 20 ans dans des actions préventives en faveur de mères psychotiques et de leurs enfants, travail de pionnier dont on n'a pas encore fini de mesurer l'importance : il insiste sur la nécessité d'une prise en charge la plus précoce possible au cours de la grossesse et d'une pluridisciplinarité ouverte. Le cap de l'accouchement franchi, Manzano considère comme essentiel le maintien, à plus ou moins long terme, d'une « relation spécifique de la mère avec une personne du groupe » thérapeutique, ce qu'il appelle « une thérapie brève-longue ». Enfin, Charles Cungi aborde le difficile problème des conduites addictives de l'adolescence résultant de la « *rencontre entre un type de personnalité, un produit spécifique et un contexte culturel défini* », en rappelant qu'un adolescent a besoin à la fois d'amour, de sécurité et de limites pour parvenir à une autonomie.

On le voit, l'ensemble des travaux réunis dresse un panorama assez complet des situations où

la relation parent-enfant se trouve fragilisée, conflictualisée, mise à mal, engendrant parfois une souffrance à laquelle les thérapeutes doivent répondre. Citant Bourdier, Gérard Bléandou conclut ainsi : « *refaire une bonne mère et restaurer l'autorité paternelle seraient les motivations professionnelles plus ou moins conscientes de tout psychiatre d'enfant* ».

P. Valente

Regards linguistiques sur le secret

Sous la direction de Rosalind
Greenstein*

L'Harmattan

Dans les pays démocratiques, où l'information constitue un élément essentiel, pas un jour ne se passe sans qu'on ne trouve, dans l'actualité politique, sociale ou juridique, des interrogations, où il est question à la fois de secret et du droit à l'information. Mais qu'est-ce qu'on entend par secret et quel est son rôle dans le fonctionnement d'une société donnée ? Secret ou transparence, confiance ou trahison, opacité ou lisibilité, dissimulation ou franchise, silence ou parole, le secret et son contraire se déclinent de nombreuses manières. Or, il n'y a pas que des mots et des expressions. On trouve également des pratiques langagières, érigées en système, afin de masquer, derrière une apparente transparence, ce que l'auteur ne veut ni dire, ni montrer. Ainsi, non seulement le destinataire du message ne se rend pas compte qu'on lui cache quelque chose mais, de plus, il pense être bien informé. Cet ouvrage met en évidence le rôle fondamental que joue la langue en la matière.

* Les auteurs sont Paulo Amblat, Anne Brunon, Rosalind Greenstein, Sandra Meunier, Catherine Resche.

Le raisonnement médical, de la science à la pratique clinique

J.B. Paolaggi, J. Coste

Editions Estem

Les auteurs, pour ce qui concerne l'élaboration des connaissances médicales, développent les concepts et les méthodes, c'est-à-dire l'épistémologie de la médecine scientifique. La deuxième et la troisième partie de l'ouvrage sont consacrées au passage de la théorie à la pratique et à l'étude critique du raisonnement médical appliqué au diagnostic, au pronostic, à la thérapeutique et aux problèmes posés par la prévention et les méthodes de dépistage.

Ainsi, sont passés en revue les différents modes du raisonnement, qu'il soit descriptif, causal, physiopathologique, probabiliste, et leur possibilité d'association, sans oublier l'utilisation des algorithmes ou arbres de décision qui sont, en fait, des aide-mémoire. Au passage est signalée la médecine basée sur les faits prouvés (*Evidence-based-medicine*, 1992). Elle utilise l'interrogation informatique des banques de données disponibles permettant l'accès aux « meilleurs » travaux. Ceux-ci sont toutefois surtout consacrés, à ce jour, aux essais thérapeutiques et publiés pour la plupart en langue anglaise. Enfin est envisagée l'influence des facteurs non médicaux (économie, éthique et religion, psychologie, médias, lois et décisions de justice, etc.) qui interfèrent au quotidien dans la pratique médicale ainsi qu'en matière de santé publique. On s'éloigne alors du raisonnement médical idéal, mais le médecin ne peut manquer, pour prendre ses décisions, de tenir compte de ces facteurs tout en sachant inclure les opinions apportées par des tiers et se conformer au consentement du patient.

Le Prix Meilleure Communication Organon / A.F.P.B.

Il a couronné, cette année, le travail de Nathalie Godart sur *La co-morbidité des troubles des conduites alimentaires et des troubles anxieux et dépressifs*, et celui de Sadeq Haouzir dont le titre est *Le traumatisme crânien est-il un facteur de risque pour la schizophrénie ?*.

Co-morbidité des troubles des conduites alimentaires et des troubles anxieux et dépressifs

Nathalie Godart se propose de clarifier une question clinique ancienne : les troubles anxieux et dépressifs sont-ils plus fréquents chez les sujets anorexiques ou boulimiques ?

Il est reconnu que les sujets souffrant de troubles du comportement alimentaire se plaignent fréquemment de symptômes anxieux ou de symptômes dépressifs. Russel (1979) décrivant la boulimie, rapporte que la plupart de ses patients (90%) souffrent de symptômes dépressifs.

Mais la présence de symptômes anxieux ou dépressifs n'équivaut pas à une co-morbidité avec un trouble anxieux ou un trouble dépressif. Chaque trouble psychiatrique est défini selon le DSM-IV par un ensemble de critères comportant un ensemble de symptômes psychiatriques (constituants des syndromes) et par des critères de durée d'évolution du trouble et bien souvent des critères d'exclusion. On ne peut donc assimiler la présence de quelques symptômes anxieux ou dépressifs à la notion de co-morbidité avec un trouble anxieux ou dépressif. La co-morbidité est définie par la présence, chez un même individu, de plus d'un trouble psychiatrique défini selon des critères précis (en l'occurrence ceux du DSM-IV).

Que pouvons-nous dire à ce jour de la co-morbidité entre les troubles anxieux, les troubles dépressifs et les troubles du comportement alimentaire ? Les études donnant des estimations des prévalences des troubles anxieux et dépressifs donnent des résultats contradictoires chez les sujets souffrant d'anorexie mentale ou de boulimie. Selon certaines sources, ces troubles ne sont pas plus fréquents chez ces sujets qu'en population générale, selon d'autres,

ils le sont. Ces contradictions sont le fruit de problèmes méthodologiques posés par ces études.

En particulier, très peu d'entre elles ont été réalisées avec un groupe de sujets témoins, les échantillons sont souvent faibles. Il n'y a pas dans la littérature d'étude sur les quatre sous types de TCA définis par le DSM-IV. Le projet a été de réaliser une étude répondant à des critères méthodologiques rigoureux, afin de mieux comprendre les liens entre TCA et troubles anxieux et dépressifs, en particulier pour répondre à une question : les troubles anxieux et dépressifs sont-ils réellement plus fréquents chez les anorexiques et les boulimiques ? Cette étude s'inscrit dans le cadre d'une étude multicentrique « Réseau INSERM Dépendance » (n° 494013).

Elle expose successivement pour les troubles du comportement alimentaire, une description de l'échantillon, de la co-morbidité avec les troubles anxieux de la co-morbidité avec les troubles de l'humeur. Puis sont discutées les hypothèses débattues à ce jour sur les liens entre dépression, anxiété et troubles alimentaires et les conséquences thérapeutiques en découlant.

Le traumatisme crânien est-il un facteur de risque pour la schizophrénie ?

De nombreuses études ont tenté d'évaluer l'incidence de la schizophrénie post-traumatique en suivant de façon prospective (ou rétrospective) des cohortes de patients traumatisés crâniens. Les résultats sont contradictoires, et cela n'a rien d'étonnant lorsque l'on prend en compte les innombrables biais liés à ces études, qu'ils soient purement épidémiologiques (perdus de vue, effectifs trop faibles des échantillons,...) ou attribués à la maladie schizophrénique elle-même (anosognosie, désinsertion socio-professionnelle et familiale,...).

De très rares études ont tenté d'évaluer la prévalence des antécédents de traumatismes crâniens parmi les schizophrènes comme le montre une revue de la littérature de 1969 (Davidson et Baggley sur cinq études entre

1932 et 1961) et l'étude de Wilcox et Nasrallah en 1986 (sur 200 patients schizophrènes recrutés sur 10 ans). Malgré certains biais imputables à ces études, il en ressort que la prévalence des antécédents de traumatismes crâniens dans les cohortes de schizophrènes est importante (jusqu'à 15% dans la première et 11% dans la seconde). Sadeq Haouzir a réalisé une étude épidémiologique qui a consisté à recruter, sur une période de un an, tous les schizophrènes (DSM-IV) hospitalisés au Centre Hospitalier du Rouvray à Rouen, et a systématiquement recherché les antécédents de traumatismes crâniens chez ces patients. Seuls les traumatisés crâniens avec perte de connaissance avérée ont été retenus et ces derniers devaient être confirmés par des membres sains de la famille et/ou un compte-rendu médical. Parallèlement ont été recrutés, dans le même temps, tous les patients hospitalisés dans ce même Centre Hospitalier, porteurs du diagnostic de trouble bipolaire de l'humeur, dans le but de comparer les deux fréquences observées dans ces deux populations susceptibles d'avoir des conduites à risque.

Au terme de l'étude, 120 patients schizophrènes et 80 patients bipolaires ont été recrutés.

La prévalence des antécédents de traumatismes crâniens avec perte de connaissance avérée est de 21,6% parmi les schizophrènes (n = 26), fréquence très significativement supérieure (P<0,001) à celle des patients BP II (5%).

Il en ressort donc que les patients schizophrènes de la cohorte ont une fréquence d'antécédents de traumatismes crâniens avec perte de connaissance avérée très importante.

S'ils ne confirment pas l'existence de la schizophrénie post-traumatique, les résultats peuvent s'intégrer dans un modèle polyfactoriel de l'étiopathogénie de la schizophrénie.

En effet, si certains facteurs de risque pour le déclenchement d'une schizophrénie sont identifiés de longue date, comme les traumatismes obstétricaux (Rosanoff et coll., 1934 ; Verdoux et coll., 1997), les infections virales au cours du deuxième trimestre de grossesse (Mednick et coll., 1988) ou encore les facteurs génétiques (Kety et coll., 1968), il semble que d'autres facteurs encore non connus peuvent contribuer parallèlement à l'avènement de ces schizophrénies, et comme le montre l'étude, les traumatismes crâniens avec perte de connaissance avérée, pourraient occuper une place à part entière comme facteur contributif à l'étiopathogénie d'une schizophrénie. ■ G.M.

Toulouse 21 septembre 2001

Une explosion révélatrice

Le Centre Hospitalier Gérard Marchant n'existe plus. Il a été complètement dévasté par l'explosion de l'usine AZF qui a provoqué à Toulouse une trentaine de morts, des milliers de blessés et un bilan matériel extrêmement lourd.

Au moment de la déflagration il y avait à Marchant environ 450 personnes dont 350 patients, parmi lesquelles on a dénombré 414 blessés dont 5 graves. Tous, malades, personnel soignant et administratif, se sont soudainement trouvés confrontés à une situation dans laquelle la fonction des uns et des autres, tout en étant respectée, s'est révélée à travers un phénomène de groupe qui a favorisé autant la cohésion collective que certains comportements individuels inattendus et salutaires.

Il est impossible de restituer en ces quelques lignes toutes les réactions, les émotions et les expériences. Le Dr. Michel Vigne, psychiatre à Purpan, ouvrait les XX^{èmes} Journées de la Société de l'Information Psychiatrique, qui ont eu lieu à Toulouse du 10 au 13 Octobre 2001, avec ces mots : *Parler peu, mais pour dire*. C'est avec cette même intention, qu'à l'occasion de ce congrès, un groupe de soignants a souhaité témoigner, par l'intermédiaire de cet article, pour faire partager aux lecteurs autant leur vécu initial, leur situation actuelle que leurs incertitudes quant à leur avenir.

Les faits

Une explosion très contextualisée

L'hôpital psychiatrique, comme tant d'autres à la même époque, fut construit, à l'écart de la ville, en 1858. Ce n'est qu'en 1924 que l'usine chimique viendra s'implanter à proximité. Suivront ensuite les premières habitations destinées aux ouvriers. Plus tard, dans les années 60, les quartiers de Bagatelle, Empalot, le Mirail, etc.... verront le jour. Avant l'explosion, nul n'ignorait le danger que représentait l'usine toute proche mais l'onde de choc fut tellement violente que, comme on sait, toute la ville en a subi le souffle. *Cela ne pouvait que venir de l'usine*, la crainte des gaz toxiques s'installa immédiatement dans l'esprit de chacun. Mais les rares nouvelles qui parvenaient faisaient état d'autres points d'impact sur Toulouse... N'oublions pas que nous n'étions qu'à 10 jours des attentats de New York et de Washington. Le doute accompagnait l'horreur à Marchant.

Cette contextualisation est indispensable pour mieux comprendre quelles ont pu être les premières réactions des personnes présentes à Marchant ce vendredi 21 septembre lorsqu'à 10h18 l'hôpital fut touché par l'explosion... L'absence de communication avec l'extérieur (les réseaux téléphoniques n'étaient, pour la plupart, plus opérationnels) n'a fait que contribuer à l'incertitude.

Faire corps

C'est donc dans cette lourde ambiance que les différentes actions vont se mettre en place dans une sorte de spontanéité opérante qui a permis d'éviter que les quelques réactions de panique (peu nombreuses mais présentes dans un premier temps) ne se propagent. Tous les témoins coïncident dans le constat de trois éléments qui les étonnent et les interrogent encore aujourd'hui : le silence, le calme et l'impression de *faire corps*. Malgré la vision de l'hôpital en ruines et des blessés, les malades et leurs soignants restent dans la même *conformité*. Il s'établit alors une sorte de

contrat moral tacite : aidez-nous à vous aider. Ainsi de l'explosion au moment de l'évacuation, chacun a observé un comportement adapté permettant que *tout le monde s'occupe de tout le monde*.

Rapidement, les médecins présents sur le site se concentrent sur le S.A.U. de l'hôpital qui devient un poste médical avancé. Là, ils retrouvent les gestes des premiers secours et de petite chirurgie qu'ils n'ont plus pratiqués depuis des années. Ils vont alors s'occuper autant des blessés locaux que de ceux de l'usine et du lycée tout proches qui vont également affluer. Malheureusement le matériel vient rapidement à manquer.

Dans le même temps d'autres soignants regroupent les patients non blessés à l'extérieur des bâtiments, pour la plupart très endommagés, pour les mettre à l'abri des risques d'effondrement. Le climat est tendu mais le temps est clément. La matinée est particulièrement ensoleillée, ce qui rend l'attente moins pénible tout en colorant l'ambiance d'un voile d'étrangeté. L'entraide et le soutien moral s'organisent spontanément. On passe rapidement du statut de victime à celui de *soignant*. Ainsi, certains patients participent en découpant des draps pour des pansements de fortune ou s'occupent à d'autres tâches utiles. Il faut souligner que ce sentiment de cohésion et de solidarité a été renforcé par l'arrivée de soignants, non présents sur le site au moment de l'explosion, et qui, de leur propre initiative, ont regagné Marchant pour prêter main forte à leurs collègues. Finalement, toutes ces mobilisations spontanées, où chacun se découvrait des nouvelles compétences, semblait obéir au principe selon lequel les attitudes personnelles se lisent mieux à travers un drame.

L'implosion de la contrainte

On aurait pu imaginer que cette consigne d'urgence de *tout le monde dehors !* ait pu entraîner toute une série de fugues de malades. On pense particulièrement aux patients hospitalisés sous contrainte qui constituent à Marchant 30% des admissions, ce qui fait trois fois plus que la moyenne nationale. En fait, on n'a eu à déplorer que 2 fugues de patients en HDT récemment admis.

Egalement, on aurait pu anticiper la réaction des malades instables sur le plan comportemental, voire agités et en chambre d'isolement au moment de la déflagration. Il n'en fut rien. Même une patiente réputée dangereuse s'est montrée particulièrement active confectionnant une grande salade de fruits, distribuant de la nourriture et réconfortant tout le monde.

Cette situation *néo-pinélienne expérimentale* où l'explosion a libéré les aliénés des murs de l'asile a montré que l'institution pouvait rester soignante et contenante juste en préservant la relation soignante. Conscients de cela les infirmiers se sont aventurés dans les gravats pour récupérer les *objets fétiches* (peluches, radios, parfums...) dans le but de préserver une continuité symbolique si nécessaire à l'équilibre des malades qui soudainement se trouvaient privés de leur cadre de vie habituel. La perte de l'objet (Hôpital) pouvait s'avérer très déstabilisante, tout particulièrement pour les patients les plus régressés (ceux des pavillons Levy par exemple). A l'instar des vitres, portes et plafonds de leur *maison*, c'est leur vie qui a volé en éclats.

La séparation

Ce sont effectivement les patients les plus dépendants de l'institution et souvent parti-

culièrement attachés à leurs soignants qui ont le plus souffert du transfert qui, par ailleurs, n'a pu se mettre en place que de longues heures après l'explosion.

A l'exception des 25 enfants du service de pédopsychiatrie qui ont été rapidement évacués, vers un des CMP, à l'aide des véhicules de secteur et du personnel, les autres patients n'ont commencé à quitter l'Hôpital qu'à partir de 18h. Le dernier étant évacué à 23h. Dans la mesure du possible les transferts ont été personnalisés. Ainsi certaines familles ont accepté d'accueillir leurs malades non encore complètement stabilisés. Le principal souci a été celui de la *traçabilité* car, rapidement, on s'est rendu compte que les lieux d'accueil étaient complètement dispersés et que dès le lendemain il faudrait se rendre auprès des patients. Cette continuité immédiate dans le suivi s'avérait indispensable pour éviter d'aggraver le sentiment d'abandon qui, pour certains malades, accompagnait celui de l'inquiétude d'avoir vu certains de leurs soignants blessés.

La situation actuelle

La dispersion

Les patients sont aujourd'hui dispersés. Certains se trouvent dans les départements limitrophes, jusqu'à 150/200 km de Toulouse et sur 39 sites. Le personnel soignant fait en moyenne 1h30 de route pour assurer les prises en charge particulièrement complexes. Elles privilégient le travail autour de la séparation, tout en abordant les différents aspects du post-traumatisme. Les patients demandent en premier des nouvelles des blessés pour ne s'inquiéter qu'ensuite de leur propre devenir. Les équipes soignantes sont également dispersées. Les transmissions se font par téléphone. Pendant les premières semaines, la cellule de crise mise en place à Marchant a servi autant de relais que de lieu de réconfort. Certains ont pu y rester des heures durant. *Ce besoin d'être ensemble*, cette abolition du temps ont fait qu'ils étaient nombreux à avoir du mal à quitter les lieux...

Continuer à faire face

A ces difficultés dues à l'éloignement et à la saturation des lits disponibles, s'ajoute celle de l'accueil de nouveaux malades. Il faut rappeler que déjà pour le seul S.A.U. de l'Hôpital Marchant, la file active est de 450 malades par mois en *temps normal*. Il est tout à fait prévisible, qu'à court/moyen terme, elle ne va qu'augmenter avec la détresse de la population. En effet la situation tient un peu du paradoxe puisque le personnel soignant en psychiatrie est régulièrement sollicité pour soutenir la population alors qu'il a lui-même

été sinistré et traumatisé. L'histoire du *débriefeur débrieffé*...

Par ailleurs l'Hôpital accueille en moyenne 800 hospitalisations sous contrainte par an. Ce chiffre, particulièrement élevé, rend compte des difficultés ne serait-ce qu'administratives que représente, à l'heure actuelle, l'organisation de ce type de prise en charge.

A présent, les urgences sont assurées dans les locaux du C.H.U. et par la force des choses les patients doivent être transférés dans des établissements hors du département. Certaines familles refusent, dans ces conditions, les hospitalisations initialement prévues avec tous les risques que cela comporte.

Cette situation fait dire à certains que *la bonne solution dans l'urgence s'avère la pire au bout de 15 jours*.

L'avenir

Si un drame dit toujours quelque chose du destin, le devenir de la psychiatrie publique toulousaine reste pour le moins énigmatique. Pourtant les solutions semblent exister en dehors d'une hypothétique réouverture de Marchant : les experts parlent d'un délai de deux ans pour remettre en état l'hôpital.

Parmi les différentes possibilités qui permettraient de sortir d'un provisoire qui ne satisfait personne, celle de l'installation à l'Hôpital Larrey semble faire l'objet d'un consensus assez large. Ces locaux, appartenant au C.H.U. de Toulouse, étaient déjà en cours d'aménagement avant le 21 Septembre. Une accélération de la mise aux normes de sécurité de cet établissement, d'une capacité de 200 lits, pourrait permettre de reloger la plupart des patients dans les meilleures conditions.

La situation décrite au moment de la rédaction de l'article ne sera certainement pas la même au moment de sa publication. Ce qui vient d'être dit aura alors valeur de récit d'un parcours où les sinistrés sont devenus progressivement acteurs d'un processus à tout jamais actif de transformation personnelle, professionnelle et institutionnelle. ■

Propos recueillis par Jordi Molto, psychiatre, auprès de

Walter Albardier, Interne en Psychiatrie,
Marion Barreau, Assistante Généraliste,
Betty Danos, Infirmière,
Catherine Faruch, Psychiatre Chef de service,
Valérie Mazaleyra, Infirmière,
Patricia Parry-Pousse, Psychiatre,
Elisabeth Peze, Psychiatre,
Yves Rebeyrat, Psychiatre,
Gérard Rossinelli, Psychiatre Chef de service,
Stéphanie Vilo, Infirmière

LA FONDATION POUR LA RECHERCHE MEDICALE LANCE UN PROGRAMME DE 3 MILLIONS DE FRANCS POUR LA RECHERCHE EN PSYCHIATRIE

La Fondation pour la recherche médicale (FRM) vient de lancer un programme d'aide à la recherche en psychiatrie doté de 457.350 euros (3 millions de francs).

Face à l'insuffisance de la recherche en psychiatrie, le programme « Action dynamique en psychiatrie » constitue « une véritable action d'incitation à la recherche unique en France », pour la fondation qui insiste cependant sur le fait qu'elle ne peut se substituer à l'Etat et qu'il faut une véritable politique pour soutenir la recherche dans ce domaine.

Elle rappelle que le Plan santé mentale, présenté par Bernard Kouchner en novembre dernier, contient un volet sur le développement de la recherche épidémiologique, fondamentale et clinique, qui serait soutenu principalement par la Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et l'INSERM.

Après son premier appel d'offres en février 2001, la FRM a reçu 38 dossiers, dont 20 ont été retenus pour bénéficier de son financement.

Huit d'entre eux concernent la schizophrénie, 7 les troubles maniaco-dépressifs, 4 le stress, et d'autres thématiques encore. Parmi ces projets, l'un mené dans le laboratoire de l'Unité 513 de l'INSERM dans le cadre d'une thèse portera sur des essais de modélisation chez l'animal de la dépression. ■

LIVRES

Les délires de persécution

G. Ballet

L'Harmattan

Excellente initiative que cette réédition d'un « classique » de la littérature psychiatrique française, consistant en cinq leçons données au début du siècle. Gilbert Ballet (1853-1916) a, en effet, exercé ses talents lors d'un moment-clé de l'histoire de la psychiatrie : celui où elle commence à se dégager de l'aliénisme en jetant des ponts avec la neurologie et la psychologie naissante. Son parcours reflète cette nouvelle configuration à partir de laquelle la psychiatrie s'est trouvée au carrefour de la médecine « organique » et des sciences dites primaires. D'abord élève de Charcot à la Salpêtrière, G. Ballet fut ensuite médecin-chef à l'hôpital Sainte-Anne et participera à la fondation en 1906 d'une revue promise à un bel avenir, *l'Encéphale*, dont le but originel était de « rompre l'isolement où s'est laissée momentanément isoler la pathologie mentale ». Auteur du *Traité de pathologie mentale* qui signa sans doute le certificat de décès de l'aliénisme « à la française », G. Ballet a toujours prôné un retour à une clinique dégagée de préoccupations doctrinales. C'est à un véritable « discours de la méthode psychiatrique » auquel nous assistons dans sa première leçon : la psychiatrie est une « science des faits » qui a pour but « d'étudier les maladies mentales, d'apprendre à les reconnaître et à les guérir ». Primauté est donnée aux symptômes, à leur regroupement en syndromes avant de discuter de leur éventuelle étiopathogénie.

G. Ballet distingue dès lors cinq grands types de troubles mentaux :

- 1/ la « perversion des sentiments avec une vive souffrance intérieure »,
- 2/ les troubles psycho-sensoriels : illusion et hallucinations,
- 3/ l'affaiblissement de l'aptitude à interpréter les sensations, à associer les idées et à conserver les souvenirs,
- 4/ « l'exagération ou perturbation de ces mêmes opérations »,
- 5/ la « perversion de la tendance à déterminer et à vouloir ».

Fort de cette « épistémologie », G. Ballet s'attache à décrire, avec un sens clinique extrêmement fin, les différentes formes de délires de persécution que l'on peut rencontrer dans la pathologie mentale. Il isole ainsi, en premier lieu, le « délire de persécution à évolution systématique » qu'il distingue des délires dits des « dégénérés » en tant qu'il n'y a pas d'influence de l'hérédité, que l'intelligence y est conservée, que l'apparition en est plus tardive, que les hallucinations y sont fréquentes et que le délire y est systématisé. Le suivi évolutif de ces patients lui permet de décrire quatre grandes périodes : l'incubation avec inquiétude et interprétations délirantes, la persécution avec hallucinations auditives et cénesthésiques, la mégalomanie, enfin la démence.

Alors que ces « persécutés » sont « agressifs et révoltés », les « persécutés autoaccusateurs » sont, quant à eux, « humbles et résignés ». Cette forme particulière de persécution, Ballet la fonde à partir de l'observation de cas de lypémanie (concept formulé par Esquirol) qui sont, dit-il, des « victimes coupables » alors que les « persécutés ordinaires sont des victimes innocentes ». Il illustre son propos par un cas devenu célèbre de « délire systématisé secondaire à une obsession à tendance impulsive » : un exhibitionniste poussé irrésistiblement à montrer ses organes

génitaux aux jeunes filles du bois de Boulogne, obsédé par ses idées et préoccupations morbides, honteux de ses agissements, est devenu persuadé que sa femme et ses collègues chuchotaient près de lui, faisant allusion à un crime qu'il aurait commis, que les passants dans la rue le regardaient de façon inquisitoriale : « c'est à cause de mon passé, dit-il, de mes habitudes qu'on me tourmente ainsi », jusqu'à être convaincu que tout le monde l'accuse d'être l'assassin de « la petite Nea » (fait divers qui, en son temps, avait défrayé la chronique).

Enfin, la dernière classe de délires de persécution isolée par G. Ballet désigne « les persécutés familiaux » présentant des idées de filiation ou de maternité illustres et dont il observe la fréquente association à des « stigmates physiques et psychiques de dégénérescence ».

Ainsi, si ces leçons ne sont pas encore totalement délivrées des concepts hérités de Morel et Magnan (la notion de dégénérescence est certes encore présente mais dans une moindre mesure), il n'en reste pas moins que par le *primum movens* accordé à l'observation des symptômes et à leur classification, elles marquent un tournant essentiel dans la manière d'aborder la pathologie mentale.

Pedro Valente

John Forbes Nash.
Un cerveau d'exception

Sylvia Nasar

Calmann-Lévy

La biographie de John Forbes Nash, prix Nobel d'économie en 1994, écrite par Sylvia Nasar, pose une question essentielle : le génie et la schizophrénie peuvent-ils coexister chez la même personne, ou, au contraire, sont-ils incompatibles ? La vie de John Forbes Nash est, sur ce point, riche d'enseignements puisqu'il s'agit d'un génie en mathématiques, qui développa à l'âge de 30 ans des premiers symptômes de schizophrénie et en souffrit tout au long de sa vie.

Ce grand jeune homme aux allures de dandy avait déjà un comportement particulier à la faculté de Princeton : asocial, replié sur lui-même, il faisait figure d'excentrique parmi ses camarades, mais il était déjà extraordinairement visionnaire pour tout ce qui concernait les chiffres et le hasard. Il fut à l'origine de la fameuse théorie des jeux qui dénote un esprit aigu et superbement logique. Peu à peu, cependant, son intelligence abstraite et rigoureuse se perd dans une autre logique, celle du délire.

A partir de 1959, John Forbes Nash alterne des périodes d'activité délirante et des périodes de dépression liées à la prise de conscience douloureuse de ses troubles et de son incapacité à penser. Ses démonstrations de mathématiques deviennent erronées et décalées.

On note dans ses délires de persécution une participation thymique qui a pu faire penser à une maladie bipolaire, mais les éléments de discordance et de dissociation majeurs remettent en cause cette hypothèse. Nash est hospitalisé plusieurs fois à la demande de sa femme Alicia. Celui-ci est traité par insulinothérapie puis par un des premiers neuroleptiques (la Thorazine), qui lui accordèrent des moments de rémission au cours desquels il produisit des articles scientifiques d'un niveau stupéfiant. C'est ce qui a pu remettre en cause le diagnostic de schizophrénie : en effet, comment Nash pouvait-il avoir un tel niveau après tant d'années de psychose ? Le génie mathématique, conscience exacerbée et presque surnaturelle des choses,

pourrait-il avoir quelques similitudes avec la logique onirique du schizophrène ?

De 1970 à 1990, Nash est surnommé « le fantôme de Fine Hall » (université de Princeton) : silencieux, amaigri, celui-ci parcourt nuits et jours les couloirs de la faculté. Le matin, les étudiants découvrent intrigués des messages énigmatiques sur les tableaux noirs, des exercices de numéroteur incompréhensibles, comme si Nash faisait une tentative consciente, laborieuse désespérée pour donner du sens à son chaos. A partir de 1990, on voit s'amender progressivement les symptômes de la maladie. Comment expliquer cette rémission ? Nash était-il réellement schizophrène ou souffrait-il d'une maladie maniaco-dépressive moins déficitaire et de meilleur pronostic ?

Plusieurs faits font aujourd'hui plutôt penser que le diagnostic initial de schizophrénie était exact :

- il existe dans la littérature des cas de patients ayant été atteints d'une forme grave de schizophrénie et qui présentèrent en fin de vie une guérison spectaculaire,
- le plus jeune fils de Nash souffrit lui aussi de schizophrénie paranoïde,
- la gravité du retrait de Nash de la société, son incapacité à travailler, et la description de sa maladie comme un état onirique persistant appuyé sur des croyances bizarres sont plus en faveur de la schizophrénie.

Plusieurs facteurs favorisants peuvent expliquer cette rémission : l'apparition tardive des premiers symptômes, le QI de départ de Nash, un niveau social élevé. On peut aussi supposer que les calculs, même absurdes, de Nash au cours de ses périodes délirantes lui ont permis de conserver ses aptitudes et d'empêcher sa détérioration intellectuelle. Nash parle merveilleusement de sa guérison : « j'ai finalement émergé d'un monde de pensées irrationnelles, sans traitements ». Il décrit ce processus comme une conscience de plus en plus grande de la stérilité de ses fantasmes et comme une capacité croissante à rejeter ses pensées hallucinatoires, mettant en avant sa volonté de sortir de son monde absurde et stérile.

En 1994, Nash reçoit le prix Nobel d'économie qui récompense sa fameuse théorie des jeux. Cette consécration mondiale mit un terme à de nombreuses années de souffrance et de méconnaissance. En 1996, devant un public de psychiatres le considérant comme un symbole d'espoir, Nash dit : « retrouver la rationalité après avoir été irrationnel, retrouver une vie normale, c'est une grande chose... Mais ce n'est peut-être pas une si grande chose que cela. Imaginons un artiste. Il est de nouveau rationnel, mais il ne peut plus peindre. Est-il vraiment guéri ? A-t-il réellement retrouvé le salut ? J'ai le sentiment que je ne pourrais être un bon exemple de guérison que si j'arrive à faire du bon travail ».

Cette biographie de John Forbes Nash est remarquable à plusieurs titres. En retraçant la vie de ce mathématicien de génie, Sylvia Nasar nous permet d'avoir une vision plus humaine, et non pas seulement médicale, de la schizophrénie. Par le témoignage que Nash a pu faire à posteriori de sa maladie, nous prenons conscience de la terrible souffrance qu'elle provoque chez celui qui en est atteint, et ce d'autant plus que la conscience du malade n'est pas toujours mise à l'écart. D'autre part, elle pose la question du lien possible entre le génie, l'appréhension du monde, presque surréelle et le délire du schizophrène, chaos de la pensée indescriptible, mais aptitude à aller au delà du réel.

Nathanael Ibos Augé

Juger la vie

Les choix médicaux en matière de procréation

Sous la direction de Marcela Iacub et

Pierre Jouannet

La Découverte

Ce livre réunit les comptes rendus d'un séminaire pluridisciplinaire, associant médecins et chercheurs en sciences sociales, qui s'est tenu à la faculté de médecine Cochin-Port-Royal d'octobre 2000 à avril 2001.

En traitant de l'eugénisme (Morange et François Rousset), il apparaît que s'il est utile de connaître l'histoire des politiques eugéniques de la première moitié du XX^e siècle, il est important de comprendre comment les pratiques actuelles s'inspirent éventuellement de ces idées du passé. Cette histoire est souvent instrumentalisée par ceux qui s'opposent aux biotechnologies de la procréation. Le 17 novembre 2000, la Cour de cassation française a pris une décision selon laquelle un enfant pouvait demander réparation d'un préjudice résultant d'un handicap prévisible avant sa naissance, dans la mesure où la mère n'avait pas été informée du risque de ce handicap du fait d'une erreur médicale, ce qui l'avait donc empêchée d'exercer son choix d'interrompre la grossesse. Cet arrêt, devenu l'« affaire Perruche », a connu un grand retentissement dans les médias, dans le corps médical et chez les juristes. La décision de la Cour de cassation et les commentaires qui ont suivi sont analysés par Marcela Iacub et par Claude Sureau.

L'affaire Perruche est en effet exemplaire, car elle engage les critères permettant d'élaborer des jugements sur la vie à venir : elle distingue les critères formels ou procéduraux, qui déterminent « qui » doit choisir dans une situation donnée, et les critères substantifs, qui déterminent « ce que » l'on doit (ou l'on peut choisir) selon les références à des normes. Dans d'autres pays, comme les Etats-Unis, où plusieurs procès en *wrongful birth* (naissance préjudiciable) et en *wrongful life* (vie préjudiciable) ont eu lieu, la controverse est aussi vive. Bonnie Steinbock présente les arguments conduisant à décider qu'un enfant pourra exister ou non en fonction du préjudice potentiel qu'il pourrait subir mais aussi de toute autre considération, dépendant notamment de la mère. Elle conclut, clairement, en faveur du bien-être de l'enfant dont il faut tenir compte quand des choix « procréatifs » sont possibles.

Les modalités de l'exercice des responsabilités médicales sont complexes, comme le montrent Simone Bateman, Marc Grassin et Frédéric Pochard. L'analyse des quelques situations concrètes décrites par Pierre Jouannet souligne combien l'exercice de ces responsabilités ne peut être traité uniquement en termes juridiques.

Josué Feingold explique à quel point la définition de normes en génétique est relative, surtout quand on sait qu'un gène peut être délétère dans certaines situations alors qu'il a une action bénéfique dans d'autres. Florence Bellivier et Laurence Brunet démontrent comment le législateur a, en réalité, délégué pour partie au pouvoir médical la charge de dégager des critères de jugement de la vie, mais elles se sont aussi interrogées sur les possibilités réelles pour l'équipe médicale de jouer un tel rôle. Georges David décrypte, enfin, les raisons pour lesquelles le rejet total du clonage quand il avait pour but la procréation n'a plus été aussi ferme quand des perspectives thérapeutiques sont apparues.

LIVRES

Nous ne sommes pas seuls au monde

Tobie Nathan

Les Empêcheurs de penser en rond

Le titre de l'ouvrage convient parfaitement à l'intention de Tobie Nathan qui est ici de témoigner de recherches cliniques et ethno-psychiatriques aptes à montrer à tout chercheur ou thérapeute l'erreur de demeurer enfermé dans les bornes de son champ. L'approche ethno-psychiatrique, en effet, permet de considérer qu'en raison même de la perméabilité des cultures - et du nomadisme des concepts et objets thérapeutiques -, un patient d'une culture donnée peut éventuellement bénéficier de la consultation de thérapeutes aussi divers que sont les guérisseurs, sorciers, voyants de toutes cultures... et psychiatres. Elle tient compte, en effet, du fait que la pensée est transmissible et que les émotions et sentiments ne le sont pas ; elle s'intéresse aux Objets que manient les thérapeutes de partout où ils se trouvent ; elle ne veut les considérer que comme des objets commodes sans prétendre détenir aucune vérité sur la nature de l'être, de la psyché ou de l'Inconscient. Il s'agit là, on le voit, d'un positionnement radicalement différent de celui du psychanalyste, et par extension, de tout chercheur ou clinicien qui se laisserait prendre aux mirages d'une « universalité abstraite ».

Cette définition de l'ethno-psychiatrie amène Nathan à s'impliquer lui-même, dans son témoignage personnel : la situation de l'exilé qu'il a été, sa filiation, son être de « Juif du Caire », quelques souvenirs marquants de son enfance, sa manière de faire que lui ont enseignée ses patients migrants, son combat face à ses détracteurs (Cf. *Psychothérapie et politique*), la relation de son expérience au centre Georges-Devereux (Paris VIII) qui précise pour le lecteur sa façon de travailler avec les migrants, les travailleurs sociaux, les familles et les « médiateurs » (traducteurs et bons connaisseurs de la culture de référence) et l'extension de son expérience à une réflexion qui le situerait à la fois dans la filiation et la complémentarité de Devereux.

Parcourt donc, tout le livre, une très intéressante ouverture vers un autre fonctionnement que celui qui est le nôtre en Occident. Dans cette perspective, le patient n'est plus assujéti au dialogue inter-individuel. Affronté à son groupe d'appartenance, sa tradition, sa culture, il peut donc devenir en cours de traitement un partenaire et, en définitive, « l'expert » de la solution thérapeutique proposée. La préface d'Isabelle Stengers est remarquable. La relire en post-face permet au lecteur de saisir avec une meilleure acuité l'offre d'ouverture, de partage et de réflexion pertinente que constitue l'ouvrage de Tobie Nathan.

Benoît Dalle

Figures et Traitement du traumatisme

Ouvrage collectif sous la direction de François Marty

Dunod

La diversité et la nouveauté des situations cliniques évoquées dans cet ouvrage mettent en évidence la nécessité de repenser les théories et les modes de traitement du traumatisme. D'où la proposition d'une clinique du traumatisme et de son traitement à partir de l'expérience de psychanalystes, cliniciens et thérapeutes. Aubert Godard revient sur la notion de trauma originaire et ses nécessaires élaborations dans la petite enfance. F. Marty, F. Houssier et E. Caule insistent sur l'effrac-

tion traumatique que constitue le passage à l'adolescence. C. Damiani et F. Sironi font le point sur les psychothérapies post-traumatiques des victimes (tortures, catastrophes...). Enfin, S. Tomkiewicz, R. Scelles, S. Korff-Sausse et A. Aubert mettent en lumière les rapports existant entre traumatisme, résilience et créativité.

Au miroir des rêves

Nicole Fabre

Desclée de Brouwer

Nicole Fabre débute son livre en expliquant combien elle est restée marquée par la période de son enfance faite de héros glorieux vivants dans des contrées lointaines, ainsi que le rôle prépondérant qu'a joué sa rencontre avec Robert Desoille. C'est ainsi qu'elle s'est sensibilisée, tout particulièrement, à l'écoute des productions imaginaires, livrées par ses patients au sein de la cure analytique. Il s'agit de rêves éveillés qui viennent féconder la cure, en tant que matériel singulier et signifiant. L'auteur y voit un espace temps, où le sujet, par le biais de la symbolisation, accède à un monde imaginaire, fait en partie des souvenirs infantiles conscients ou oubliés permettant l'éclosion et l'épanouissement du Moi réel.

Il semblerait que c'est au *miroir des rêves* que le Moi se révèle. Miroir qui renvoie le sujet à un rapport de dualité, fruit d'une symétrie (plus ou moins imparfaite) entre le Moi rêvé, idéalisé et le Moi réel. C'est par une lecture philosophique et psychanalytique des séances de cure et d'extraits d'œuvres littéraires, que l'auteur apporte un éclairage nouveau de certains concepts phares de la psychanalyse tels que la régression, le transfert, la sublimation.

A. Vernet

Sur Walter Benjamin

Theodor W. Adorno

Folio Essais n°395

Gallimard

Cet ouvrage à travers de multiples approches dresse un portrait intimiste de Walter Benjamin par un de ceux qui l'ont le plus accompagné tout au long de son existence, le portant financièrement du début de ses premiers écrits jusqu'à la veille de son suicide, notamment en lui passant commande d'articles et de textes pour les différentes publications de l'institut de Frankfort. Walter Benjamin, écrit Adorno, « n'était pas le talent qui se construit calmement, mais le génie qui se trouve en nageant à contre-courant avec l'énergie du désespoir ».

ANNONCES EN BREF

11 janvier 2002. Paris. Journée organisée par la WAIMH sur le thème : *Ces mouvements agressifs que nous font vivre les bébés et qui nous culpabilisent tant.* Inscriptions : Secrétariat de la WAIMH, Pr Bernard Golse, Groupe Hospitalier Saint Vincent de Paul, 74-82 avenue Denfert Rochereau, 75674 Paris Cedex 14.

12 janvier 2002. Paris. Colloque organisé par l'Association Fédérative Française des Organismes de Psychothérapie sur le thème : *La psychothérapie : un métier au-delà des méthodes.* Renseignements : Association Fédérative Française des Organismes de Psychothérapie, 38 rue de Turenne, 75003 Paris. Tél./Fax : 01 42 72 51 79. E-mail : affop@affop.org. www.affop.org. E-mail colloque : affop@free.fr.

18 janvier 2002. Paris. 9^{ème} colloque de l'ASM 13 sur le thème : *Adolescentes, adolescents. Les parents aujourd'hui.* Renseignements : Colette Thevenin, ASM 1 ERP, 11 rue Albert Bayet, 75013 Paris. Tél. : 01 40 77 44 00. Fax : 01 45 83 28 77. E-mail : asm13bra@club-internet.fr.

19 janvier 2002. Paris. Entretiens de l'Association Psychanalytique de France sur le thème : *Résistances.* Inscriptions : APF, 24 place Dauphine, 75001 Paris. Tél. : 01 40 46 03 30.

24 et 25 janvier 2002. Paris. Colloque organisé par le Département Mission Enfants Martyrs de la Ligue Française pour la Santé Mentale sur le thème : « *L'Amour trahi...* » *Violences familiales, conjugales, sexuelles : se séparer ou pardonner ?* Renseignements : LFSM, 11 rue Tronchet, 75008 Paris. Tél. : 01 42 66 20 70.

26 et 27 janvier 2002. Paris. Cinquième Colloque de la Société de Thérapie Familiale Psychanalytique d'Ile-de-France sur le thème : *L'intime et le privé dans la famille.* Renseignements : Société de Thérapie Familiale Psychanalytique d'Ile-de-France, 7 rue Ernest Cresson, 75014 Paris. Tél. : 01 45 40 08 10. Fax : 01 46 61 68 12.

7 mars 2002. Boulogne sur Mer. 13^{ème} Journée annuelle du Centre Hospitalier de Boulogne sur Mer sur le thème : *Psychiatrie, éthique et droits de l'homme.* Informations : Dr B. Naili Douaouda. Tél. : 03 21 99 30 36. Fax : 03 21 99 30 58.

14 mars 2002. Paris La Défense. A l'occasion des 10 ans d'existence de l'Entreprise d'Insertion par l'Economique pour personnes handicapées par une maladie mentale. Colloque sur le thème : *Travail et maladies psychologiques. Du monde du soin au monde des entreprises. Notion de réconciliation.* Renseignements : SOTRES, 28 bd du Couchant, 92000 Nanterre. Tél. : 01 41 20 99 44. Fax : 01 41 20 99 40. E-mail : sotres.nanterre@wanadoo.fr.

15 et 16 mars 2002. Paris. XX^{èmes} Journées d'Etude du Groupe de Recherche sur l'Autisme et le Polyhandicap sur le thème : *Autisme, Polyhandicap. Modalités de prise en charge.* Renseignements : GRAP, 44 quai de la Loire, 75019 Paris. Tél. : 01 42 02 19 19.

16 mars 2002. Tourcoing. 3^{ème} Colloque de l'Association Lilloise pour l'Etude de la Psychanalyse et de son Histoire sur le thème : *Effroi, peur, angoisse. Clinique des violences contemporaines.* Renseignements : Franz Kaltenebeck. Tél. : 03 20 31 98 51 ou 01 45 44 12 51. Fax : 01 45 48 23 34. E-mail : franz.kaltenebeck@liberty.surf.fr ou Emmanuel Fleury. Tél. : 03 20 92 58 42. Fax : 03 20 92 44 86. E-mail : efleury@nordnet.fr. Vous pouvez obtenir des informations sur les activités d'ALEPH en vous inscrivant sur la liste distribution : alef1-suscribe@egroups.com.

21 mars 2002. Paris. Journée organisée conjointement par l'ADEP, le CTNERHI et la Mission Handicap de l'AP-HP sur le thème : *Expérience subjective du handicap somatique.* Renseignements : Régine Martinez, CTNERHI, 236 bis rue de Tolbiac, 75013 Paris. Tél. : 01 45 65 59 40. E-mail : edition.ctn@wanadoo.fr.

6 et 7 mai 2002. Damas. VII^{ème} Colloque International de Psychosomatique sur le thème : *Psychosomatique : nouvelles perspectives.* Renseignements et inscriptions : CIPS, 56 avenue Mozart, 75016 Paris. Tél. : 01 42 30 99 41. Fax : 01 45 20 28 75. http://cips.free.fr. E-mail : c.i.p.s@free.fr.

30 mai 2002. Avignon. Journée de formation organisée par Atlanta sur le thème : *Soins palliatifs « du mythe à la réalité ».* Renseignements : Atlanta, 27 bd Gambetta, 92130 Issy-les-Moulineaux. Tél. : 01 46 38 77 37. Fax : 01 46 38 77 31. E-mail : infos@atlantasante.com. Web : www.atlantasante.com.

6 et 7 juin 2002. Lille. 14^{èmes} Rencontres annuelles d'Etudes et de Formation et de Perfectionnement du GERART sur le thème : *Hébergements thérapeutiques... et soins psychiatriques.* Renseignements et inscriptions : Patrick Halmos, GERART, Centre Jean Wier, 5 rue Michelet, 92150 Suresnes. Tél. : 01 41 44 27 10. Fax : 01 41 44 28 58.

12 au 14 juin 2002. Lisbonne. 24th European Conference on Psychosomatic Research. Congress Secretariat : Memotour, Travessa da Memoria, 51B, 1300-402 Lisboa, Portugal. Tél. : +351 21 364 4097. Fax : +351 21 364 3525. E-mail : memotour@mail.telepac.pt. Internet : www.memotour.em.pt.

12 au 22 juin 2002. Paris. Troisième Congrès Européen Sciences de l'Homme et Sociétés sur le thème : *Aux limites de l'humain.* Programme complet et inscriptions : Cultures en mouvement, 14 avenue du 24 août, 06600 Antibes. Tél. : 04 92 90 44 10. Fax : 04 92 90 44 11. E-mail : cultures.en.mouvement@wanadoo.fr.

LE JOURNAL DE NERVURE

S'abonner pour recevoir la formule complète :

REVUE + JOURNAL + FORMATION MÉDICALE CONTINUE

45€* (300 F) pour un an • 75€* (500 F) pour 2 ans (9 numéros par an)

*supplément étranger et DOM//Tom • 30€ (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