

# LE JOURNAL DE NERVURE

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

Supplément à NERVURE  
 Journal de Psychiatrie  
 n° 2 - Tome XV - Mars 2002

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

## Les débuts de la psychologie de l'enfant vue à travers les monographies : l'œuvre de Bernard Pérez (1836-1903) (1ère partie) Serge Nicolas\*

### LIVRES

#### Ca de Kant, ças de Sade Erotologie analytique III

Jean Allouch

Cahiers de l'Unébévée

L'histoire de l'article de Lacan « Kant avec Sade » se présente comme une véritable aventure avec des conflits d'éditeurs, des heurts avec Klossovski, Paulhan... Mais le propos de Jean Allouch va au-delà d'une contribution, en soi déjà tout à fait intéressante, à l'histoire des milieux dits intellectuels. Il compare mot pour mot la version parue dans *Critique*, reprise dans les *Écrits*, et celle que Lacan avait d'abord donnée au Cercle du livre précieux pour les *Œuvres complètes de Sade* : un travail d'enquête d'une grande minutie et passionnant, qui éclaire les subtilités d'une pensée autour du fantasme et de la Raison. En plus, ce petit livre très dense est un bel objet, ce qui ne gêne rien.

M. Jaeger

#### La santé, clé du développement économique Europe de l'Est et Tiers Mondes

Denis-Clair Lambert

L'Harmattan

Ce livre est le produit d'une constatation : aucun pays pauvre ne s'est arraché au sous-développement sans que la population ne rejoigne des normes sanitaires proches de celles de l'Occident ; mais il est également le produit d'une conviction : l'amélioration de la santé est une clé essentielle du développement économique. Pour éclairer les choix stratégiques de la santé et leur rôle dans la promotion du développement économique, sont proposées deux lignes directrices : d'abord, un développement harmonieux suppose une amélioration de la santé, ensuite les progrès sanitaires sont fragiles ; ils ne sont acquis que si le développement économique est durable. Le rôle de la santé dans cette construction d'un développement harmonieux est développé dans six chapitres : l'identification des interactions entre santé et développement ; les dysfonctionnements de l'économie de la santé ; la crise des systèmes de santé des pays riches ; la diversité des systèmes de santé de l'Europe orientale et des nations du tiers monde ; la spécificité de leurs besoins sanitaires ; enfin la mesure des dividendes sanitaires de la croissance économique.

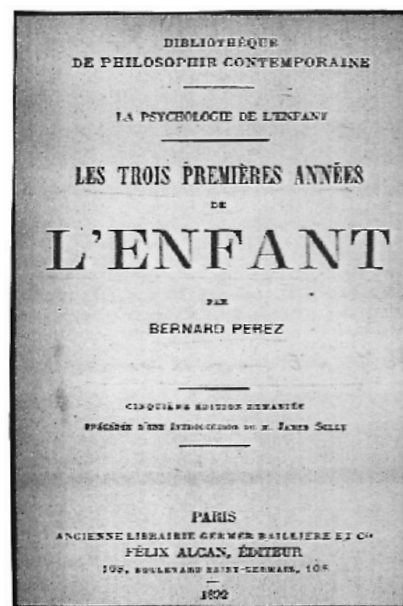
L'histoire d'une discipline débute toujours avec l'œuvre de pionniers. Il en est ainsi de la psychologie de l'enfant où les histoires signalent des noms souvent très connus dont l'œuvre déborde largement ce cadre (Rousseau, Darwin, Taine, Preyer, etc.). Sans même parler des travaux en langue anglaise qui ne parlent habituellement pas des psychologues français du XIX<sup>e</sup> siècle, les études historiques actuelles en langue française, parmi les plus sérieuses, sur la psychologie de l'enfant ne mentionnent que rarement le nom de Bernard Pérez (voir Debesse, 1970 ; Hurtig et Rondal, 1986 ; mais aussi Chateau, 1979). Déjà, dans son chapitre historique, un des premiers du genre, Claparède (1911) ne mentionnait qu'en passant le nom de Pérez qui fut pourtant une figure importante à son époque car il a inauguré, avec Taine, Darwin et Preyer, la naissance d'une nouvelle discipline. Pourquoi a-t-on retenu, par exemple, le nom de l'Allemand Preyer alors que celui de Pérez a été oublié très rapidement ? Les raisons sont multiples, cependant elles ne sont pas à chercher au niveau du manque d'intérêt des travaux de Pérez mais bien plutôt à cause d'une orientation scientifique encore mal définie de l'auteur, alliée à une absence de reconnaissance dans les milieux scientifiques traditionnels.

#### LA PSYCHOLOGIE DE L'ENFANT DANS LE DERNIER TIERS DU XIX<sup>e</sup> SIÈCLE

Dans l'étude historique sur la psychologie de l'enfant de Claparède, écrite en 1911, Rousseau apparaît comme un révolutionnaire en pédagogie et la publication de l'*Émile*, en 1762, comme le signal incontestable annonçant une psychologie de l'enfant et de l'adolescent. Son double mérite a été d'affirmer, d'une part, l'originalité de la vie psychique de l'enfant par rapport à celle de l'adulte, et, de l'autre, de distinguer nettement plusieurs étapes dans le développement physique, intellectuel et moral (voir Debesse, 1970). Entre la publication de l'*Émile* et la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, époque à laquelle la psychologie de l'enfant va se constituer, les travaux sur ce thème ne vont pas cesser, les études historiques les plus récentes en attestent. Cependant, peu de noms aujourd'hui connus des historiens de la psychologie émergent. La fin du XIX<sup>e</sup> siècle semble avoir été dominée par la publication, en 1882, de l'ouvrage de W. Preyer, intitulé *Die Seele des Kindes* (L'âme de l'enfant), que la plupart des historiens s'accordent à considérer comme le premier grand livre de la psychologie moderne de l'enfant.

Cependant, comme pour l'*Émile* de Rous-

seau, ce ne fut pas le premier ouvrage écrit sur le thème de l'enfance mais ce fut l'un des plus retentissants. Présenté dans ses grandes lignes par Preyer, lors d'une réunion scientifique à Berlin le 3 janvier 1880, l'ouvrage parut en 1882. Le double mérite du physiologiste allemand Preyer fut d'établir l'étude de l'enfant sur des bases scientifiques et de poser les problèmes de genèse que ses successeurs examineront à leur tour pendant plusieurs décennies. Sa méthode s'inspire directement de celle des sciences naturelles dont il était un des représentants les plus connus. Il observe son fils chaque jour, le



matin, le midi et le soir et consigne avec précision le résultat de ses constatations. Son livre retient encore l'attention par la richesse, la fermeté et la finesse de ses observations. Tout le champ mental est exploré, mais les recherches de Preyer portent surtout sur les activités sensorielles, l'imitation et les premières formes d'expression. Il étudie successivement le développement des sens, les premières sensations et émotions organiques, le développement de la volonté ou des mouvements volontaires, les progrès de l'intelligence indépendamment du langage, l'acquisition du langage, et enfin le développement du sentiment du moi. Il se référera essentiellement à ses devanciers allemands et ignorera superbement les travaux des autres auteurs étrangers, en particulier français. L'ouvrage de Preyer n'est pas celui d'un pionnier : c'est un maillon important d'une longue chaîne. Il a paru à un moment particulièrement favorable où l'opinion elle-même était sensibilisée à l'étude de l'enfance. De plus, Preyer

a certainement bénéficié de son aura dans les milieux scientifiques de l'époque. Il occupe une place charnière dans l'ère des observations biographiques mais ses prédécesseurs ont été nombreux.

Ceux que l'on cite volontiers à la même période sont Taine et Darwin. Taine publie en 1876, dans le premier numéro de la *Revue philosophique* de Th. Ribot, une importante « Note sur l'acquisition du langage chez les enfants et dans l'espèce humaine ». Elle est fondée sur ses observations prises au jour le jour auprès de sa fille quelques années auparavant et interrompues par la guerre de 1870. La « Note » de Taine, traduite en anglais l'année suivante, entraîna la publication, en 1877 également, du journal d'observations que le naturaliste Ch. Darwin avait tenu sur l'un de ses enfants, alors tout jeune, en 1840 : « *A biographical sketch of an infant* » (esquisse biographique d'un bébé). Si les observations de Darwin furent publiées en 1877, il est à noter qu'il s'était déjà servi de son journal pour alimenter son grand ouvrage *L'expression des émotions chez l'homme et chez les animaux* (Darwin, 1872). Si les points de vue génétique et comparatif se trouvent associés, les travaux de Taine et Darwin n'ont pas l'ampleur de celui de Preyer dont l'ouvrage eut un succès immédiat. Il fut traduit en français par Henry de Varigny et publié en 1887. Mais celui qui le fit connaître à la maison d'édition Alcan fut Bernard Pérez, auteur bien connu en France et à l'étranger à cette époque dans le domaine de la psychologie de l'enfant. Il analyse d'ailleurs l'ouvrage de Preyer pour la *Revue philosophique* de Ribot (Pérez, 1887) et terminera sur ces mots « *il restera l'un des meilleurs recueils d'observations sur le premier âge* ». Pourtant, Pérez avait publié un ouvrage de nature analogue quelques années auparavant (Pérez, 1878) qui avait été reçu très favorablement par les critiques et qui en était à sa seconde édition en 1882.

#### BERNARD PÉREZ (1836-1903) : ESQUISSE D'UNE PSYCHOLOGIE INFANTILE

Bernard Pérez (1836-1903) était un écrivain pédagogique français. Il est né à Tarbes en 1836 et s'établit ensuite à Paris comme

\* Université Paris 5 - René Descartes et EPHE. Institut de psychologie expérimentale, UMR CNRS 8581, 71 avenue Edouard-Vaillant, 92774 Boulogne-Billancourt Cedex France. Cet article a été publié dans le numéro de septembre-octobre 2000 du Bulletin de Psychologie consacré à l'histoire de la psychologie de l'enfant.

## LIVRES

**La folie érotique**

Benjamin Ball

Note éditoriale de J. Chazaud  
*L'Harmattan*

Cette réédition concerne une des premières tentatives de *systématisation clinique de la pathologie sexuelle*. Elle est présentée de façon vivante, parfois « pittoresque », évitant (ce qui n'avait rien d'évident à l'époque) les jugements moraux a priori. Cette étude reste, de surcroît, ouverte : elle signale ainsi les nouveaux travaux de Binet sur le fétichisme qui n'est pas directement abordé dans cet essai. A sa lecture, nous pouvons constater que rien n'est nouveau sous le soleil. Pas même les horreurs nécrophiliques et cannibaliques et, surtout, les viols, assassinats et dépeçages d'enfants... Même si Ball en parle avec beaucoup de mesure, il ne fait que mieux évoquer en nos mémoires certaines « affaires » trop récentes. Ball fait honneur à la psychiatrie (il y fallait encore plus de courage que de nos jours), en déclarant malades mentaux les auteurs de ces forfaits qui ne peuvent qu'entraîner (et on peut le comprendre !) la haine des familles de victimes et la vindicte populaire.

**Le psychologue surpris**

Théodore Reik

*Denôël*

Né en Bohême en 1888, Théodore Reik fait des études de psychologie et littérature à Vienne. Après une première rencontre avec Freud en 1910 il s'établit comme psychanalyste et devient secrétaire de la Société psychanalytique de Vienne. Dans la préface introductive E. Roudinesco souligne la place particulière de ce disciple viennois du deuxième cercle, connu en France à cause du procès pour exercice illégal de la médecine dont il fut victime en 1925 et qui conduisit Freud à rédiger « *La question de l'analyse profane* ». Traduit de l'allemand par Denise Berger, le texte de Reik commence ainsi : « *L'ouvrage que voici tente, pour la première fois je crois, de décrire les démarches psychologiques du chercheur qui veut saisir le psychique-inconscient d'autrui. Tout en suivant le processus psychique de la connaissance, à partir de l'intérieur, nous tracerons également la voie qui mène du fait de deviner les processus inconscients à la compréhension de ces processus* ».

S. Tribolet

**Naissance du psychanalyste**

Léon Chertok et Raymond de Saussure

*Les Empêcheurs de penser en rond*

Raymond de Saussure et Léon Chertok proposent de retracer l'histoire de la naissance de la psychanalyse. La collaboration de ces deux auteurs, tous deux psychiatres et psychanalystes, permet de comprendre comment des notions essentielles, telles que l'inconscient et le transfert ont pu voir le jour. Quel lien peut-il exister entre le magnétisme animal du XVIII<sup>ème</sup> siècle et la psychanalyse ? La nature de la relation entre magnétiseur et magnétisé, hypnotiseur et hypnotisé est-elle si différente de celle qui se joue entre l'analyste et l'analysé ? C'est à travers des données historiques et notamment psycho-biographiques, en retraçant le parcours assez atypique de Freud qui délaissa l'anatomie cérébrale pour se consacrer à la psychologie, que cet ouvrage permet d'apporter des réponses sur l'origine de la psychanalyse.

M. Kohl

## BIOGRAPHIE (suite)

professeur libre. Il se fit surtout connaître par une série d'ouvrages sur l'instruction et l'éducation envisagées au double point de vue scientifique et psychologique. A l'époque où paraît l'ouvrage de Preyer, en 1882, Pérez n'est pas un inconnu puisqu'il a publié chez l'éditeur Germer Baillière *Les trois premières années de l'enfant* (Pérez, 1878) dont le titre deviendra *La psychologie de l'enfant* (les trois premières années) dans l'édition remaniée de 1882 mais aussi, chez le même éditeur, *L'éducation dès le berceau*, essai de pédagogie expérimentale (Pérez, 1880), qui fut une application à la pédagogie de l'ouvrage précédent, ainsi qu'un livre sur *Tierrri Tiedemann (1787) et la science de l'enfant* accompagnée d'une observation de psychologie animale *Mes deux chats* (Pérez, 1881). Partisan de la doctrine évolutionniste, comme l'était son ami Th. Ribot pour qui il travailla à la *Revue philosophique*, il prit pour point de départ les conditions physiques du développement intellectuel et moral qu'il suivit depuis le berceau jusqu'à l'âge mûr. Les travaux de Pérez se distinguent des travaux de ses devanciers par la méthode de comparaison qu'il y a appliquée et par l'étude systématique des grandes fonctions dans leur aspect développemental. Il a eu, le premier, l'idée de porter son étude sur un grand nombre de sujets, sans pour cela manquer d'être l'observateur exact et sagace de chacun d'eux, et il a su mettre à profit pour son interprétation les données si variées de la biologie, de l'anthropologie et de la sociologie, sans en abuser plus que de la théorie. Bain, Wundt, Spencer et Ribot ont été surtout consultés pour les questions de psychologie générale ; Necker de Saussure, Guizot, Marion et Compayré dans celles de pédagogie théorique ou pratique.

Pourquoi Pérez s'est-il intéressé à la psychologie de l'enfant ? Il ne faut pas oublier qu'il est un pédagogue. Or il y a longtemps que l'on répétait qu'il fallait donner pour base à l'éducation une psychologie de l'enfant. Avant Pérez, cette psychologie de l'enfant se bornait à jeter un coup d'œil rapide sur les qualités et les défauts de l'enfance, afin de prendre parti dans l'éternel débat de la perversité ou de la droiture originelle de nos inclinations. Les observations minutieuses étaient rares. Quand elles étaient pratiquées elles consistaient en journaux où étaient consignées, au jour le jour, les observations réalisées par les parents. La parution de son premier ouvrage de 1878 *Les trois premières années de l'enfant* a été saluée par les critiques de son temps (voir Compayré, 1878 ; Pollock, 1878 Sully, 1885). James Sully (1885) a écrit ainsi « *C'est une riche mine de faits, et l'une des plus complètes, sinon la plus complète monographie de ce genre* ». On a souligné que le sujet était novateur dans la façon de le traiter, il fut le premier à systématiser un ordre d'observations. L'auteur a profité des esquisses de Taine et de Darwin, mais il ajoute à leurs recherches un riche fonds de réflexions propres, et la part des expériences personnelles est considérable dans son travail. En outre ce n'est pas exclusivement chez les enfants que l'auteur a cherché la matière de ses observations, il a comparé les capacités des enfants à celles des animaux. Il y a, par exemple, toute une famille de chats très chers et très familiers à l'auteur qui reparaissent sans cesse dans son livre et y jouent un grand rôle (voir Pérez, 1881). En disciple de Ribot et de Spencer, il va s'appuyer sur la physiologie et la théorie de l'évolution. Attaché à la doctrine évolutionniste, il va même jusqu'à qualifier Spencer de l'Aristote de nos jours. Cette orientation évolutionniste marquée sera gommée dans la seconde édition de son ouvrage (1882). Darwin

avait rapproché les facultés de l'homme de celles des animaux, Pérez va essayer de retrouver chez l'enfant les équivalents de toutes les facultés de l'âge mûr. Pour lui, la différence est quantitative et non qualitative.

Pour le psychologue de l'époque, l'intérêt de ce travail est qu'il instruisait sur le fonctionnement des facultés en montrant comment elles se forment, dans la mesure où l'observation, bien entendu, permet de le comprendre. Il adopta la distribution habituelle de l'esprit en facultés, telles que mémoire, association, comparaison, imagination, jugement, etc. même si cette façon de procéder lui paraissait critiquable : « *Quant aux divisions de mon livre, dit-il, si elles paraissent rappeler un peu trop fidèlement les cadres classiques, ce n'est là qu'une question de forme, sur laquelle le lecteur sérieux ne saurait s'arrêter. Il eût été sans contredit plus intéressant et plus conforme à la réalité de mettre en évidence, dans leur multiple unité, les trois formes de la vie psychologique (sensibilité, volonté, intelligence) se développant, progressant et se combinant dans une éclosion graduelle et synthétique. J'ai dû à regret adopter un plan morcelé (...)* ». Après quelques chapitres consacrés à la sensibilité proprement dite (plaisir et peine) et à la motricité sous toutes ses formes, l'auteur traite des facultés intellectuelles et nous introduit d'emblée dans l'étude de la conscience et de l'attention.

Pérez (1878) commence donc son ouvrage par l'étude soignée de la nature des premières émotions sensibles. De toutes les impressions agréables et désagréables, celles qui se manifestent le plus tôt et qui ont le moins besoin d'éducation sont les sensations gustatives et tactiles. « *Ses premières amours sont celles d'un gastronome. C'est à travers les satisfactions de son appétit qu'il se met à connaître et à aimer successivement le sein de sa nourrice ou son propre biberon, et ensuite les mains, le visage, la voix, les yeux, le rire, les caresses, la personne toute entière de sa nourrice* ». C'est une question de savoir si l'enfant débute dans la vie par une impression de plaisir ou par une impression de peine. Pérez a observé chez les plus jeunes enfants des impressions tactiles désagréables qui ont pour résultat de les faire grimacer, crier, agiter les bras, remuer le corps, porter automatiquement les mains au visage. Mais, en revanche, il prétend n'avoir pas trouvé trace de plaisir tactile chez les enfants âgés de moins de deux mois. Quand on veut étudier de près la nature de l'enfant, il ne faut pas se contenter d'observer, il faut encore expérimenter, c'est-à-dire mettre l'enfant dans des situations nouvelles. C'est en variant ingénieusement les circonstances, en multipliant les cas, que Pérez suit et caractérise les divers états de la sensibilité enfantine : la crainte, le plus souvent causée par l'apparition d'un objet nouveau, et qui ne se distingue pas encore nettement de l'étonnement et de la surprise ; la jalousie, qu'il a observée dès l'âge de sept mois ; la colère, plus précoce encore ; la curiosité, qui fait que, vers le huitième mois, un enfant s'intéresse déjà à des objets qui n'ont aucun rapport avec la faim ou la gourmandise ; enfin la sympathie et l'antipathie, qui chez l'enfant ont pour objet non seulement les personnes humaines et les animaux mais aussi les choses inanimées.

Après les observations sur la sensibilité viennent, dans le livre de Pérez, les recherches sur la motricité instinctive et sur la motricité volontaire où il utilise librement les observations faites par Darwin et les siennes réalisées sur deux chatons. Il compare leur progrès avec ceux, plus conscients, d'un enfant qui apprend à marcher. Pour la première série de ces phénomènes, les mouvements automatiques et réflexes, l'auteur manque de

données précises, ce qu'il avoue lui-même : « *Le sujet est neuf, et je le signale aux observateurs sérieux* ». Quant au chapitre consacré à ce que l'auteur appelle la motricité volontaire, Pérez nous entraîne sur la question du libre-arbitre chez l'enfant, pour la résoudre par la négative. La position de Pérez est que la « *volonté est toujours déterminée par un sentiment, qu'il soit ou non clairement aperçu* ». La conclusion pratique est que la volonté doit être éduquée par les émotions, bien que cette éducation puisse difficilement commencer tôt. Le développement de la conscience de soi, de l'attention et de la mémoire en général sont alors abordés en montrant que tout ceci existe chez l'enfant.

Les chapitres consacrés à la mémoire, à l'association des idées et à l'imagination sont suggestifs. « *La mémoire est une faculté prompte, énergique et tenace, au début même de la vie (...)* On retrouve dans les jeunes enfants les mêmes espèces d'associations que dans l'adulte (...) L'imagination représentative s'exerce dès les premiers temps de la vie : il en est de même de l'imagination créatrice, sous forme de manie destructive ». Pour appuyer ses dires, Pérez a rassemblé un riche répertoire de faits. De ces observations il ressort que, malgré leur aptitude remarquable à se rappeler ce qu'ils ont vu, ce qu'ils ont entendu, ils sont dans l'impuissance à localiser exactement dans le temps et dans l'espace les souvenirs qui leur sont restés. Le tableau s'est gravé dans leur esprit, mais le cadre s'est effacé : ce qui tendrait à prouver que l'enfant a plus d'imagination, de puissance représentative que de mémoire proprement dite. La mémoire suppose en effet une appréciation exacte de la durée, dont l'enfant est incapable, parce que cette appréciation exige une coordination de souvenirs. Quant à l'association, dans une analyse ingénieuse, Pérez montre que l'enfant établit ses associations selon tous les rapports classiques de continuité, de ressemblance et de causalité même si, souvent, les associations fortuites, accidentelles et superficielles dominent pour produire une imagination désordonnée.

L'abstraction implique la perception de la ressemblance, la perception de la différence étant l'élément ultime de la conscience elle-même. Il attribue aux enfants cette puissance d'abstraire et de généraliser. Sans doute, il avoue que les abstractions de l'enfant ne ressemblent guère à celles d'un mathématicien. Le texte se poursuit sur quelques faits de langage et de raisonnement pour se terminer avec des rudiments de sens moral chez les bébés.

En fin de compte, il s'agit d'un livre plaisant à lire mais l'œuvre est plus celle d'un littérateur et d'un pédagogue que d'un psychologue tel que l'on peut l'entendre aujourd'hui. La méthode est à la fois descriptive et analytique. Le livre contient des petits faits, décrits ou mis en action sous forme d'anecdotes, qui ont le mérite de ranger l'auteur parmi les tous premiers psychologues français issus de l'école de Ribot. Pérez publiera par la suite (Pérez, 1886) un autre ouvrage où il analysera la psychologie de l'enfant entre l'âge de trois et sept ans avant de développer, ultérieurement, une véritable psycho-pédagogie infantile (Pérez, 1888, 1892, 1896). Dans l'ouvrage de 1886 le plan adopté est distribué de manière analogue au précédent, y sont étudiés : la mémoire et l'association, l'imagination, l'attention, l'abstraction et la généralisation, les inférences (jugement et raisonnement), les sentiments, la volonté. Cet ouvrage va nous intéresser plus particulièrement car il va nous permettre d'établir un parallèle entre la méthode adoptée par Pérez et celle qui va se développer au cours de la dernière décennie du XIX<sup>ème</sup> siècle : la méthode expérimentale stricte. ■

# Kierkegaard sur le divan

Entretien avec David Brezis (auteur de Kierkegaard et le féminin et Kierkegaard et les figures de la paternité aux éditions du Cerf) par Serge Tribolet

Serge Tribolet - Vous venez de publier, aux éditions du Cerf, Kierkegaard et le féminin. Dans cette vaste entreprise de recherche sur Kierkegaard, le personnage et son œuvre, vous ne choisissez pas la forme biographique, pourquoi ?

David Brezis - Comme vous le remarquez justement, mon travail ne relève pas de l'enquête biographique, telle qu'elle est couramment pratiquée. Si je m'intéresse aux faits marquants de la vie de Kierkegaard (rupture des fiançailles, débat avec l'hégélianisme, assaut contre la chrétienté...), je ne cherche pas à les ressaisir dans ce qui serait leur réalité objective mais à fournir d'eux une interprétation « immanente », à savoir exclusivement fondée sur leur inscription textuelle à l'intérieur de l'œuvre. Par là, je renonce à la linéarité du temps biographique mais, en revanche, je me donne les moyens de retrouver les structures essentiellement « plurielles » qui commandent en secret l'existence de Kierkegaard. Je peux analyser dans toute leur complexité les jeux de miroirs en lesquels se réfléchissent les figures majeures de son univers et en premier lieu, les figures parentales, et parallèlement, mettre à jour le vaste système de correspondances qui unissent, chez lui, le conceptuel et le vécu. Ainsi n'ai-je d'accès à la biographie qu'à travers l'œuvre, mais en même temps je n'interroge l'œuvre - et notamment ce qui paraît en elle spéculation purement abstraite - qu'à partir du fil biographique.

ST- Dans Kierkegaard et les figures de la paternité vous montrez l'analogie et l'opposition entre les figures du père : la défaillance de la paternité humaine au regard de la paternité idéale de Dieu. Est-ce décisif dans l'œuvre de Kierkegaard ?

DB- Au centre de mon premier ouvrage se situe, en effet, l'évènement traumatique que Kierkegaard évoque sous le nom de *Tremblement de terre*, l'effrayante découverte qu'il fait dans son jeune âge de la faute secrète du père. Mais une fois encore, intervient ici un déplacement décisif par rapport aux présup-

posés de l'investigation biographique traditionnelle. Si le *Tremblement de terre* s'offre bien comme le lieu central de mon analyse, je n'y cherche pas à proprement parler la clé du secret paternel. Alors qu'il désigne pour le commentaire traditionnel un évènement unique, affectant le rapport à la figure singulière du père, il ne se réduit pas pour moi à un fait unique ou singulier. Il ne s'y réduit pas, d'abord parce qu'il se répète avec les diverses figures (le père « terrestre », Dieu, Hegel, l'évêque Mynster...) qui incarnent pour Kierkegaard l'instance paternelle. Mais ce n'est pas tout. En même temps qu'il permet d'identifier ces figures, il permet aussi de les différencier en opposant à chaque fois la défaillance de l'une à l'idéalité de l'autre. Ainsi marque-t-il dans une simultanéité contradictoire les deux moments dans lesquels se constitue la figure plurielle du père : le moment où elle se dédouble en une figure idéale et une figure défaillante et le moment où ces figures viennent révéler leur secrète identité.

ST- Entre sa relation avec Régine et le rapport avec sa mère, les deux femmes au centre de la vie de Kierkegaard n'en font-elles qu'une ?

DB- Pour aborder la problématique maternelle, on dispose d'une voie apparemment simple. Elle consiste à tenter de retrouver la trace de la mère derrière le personnage de Régine. Cette voie est praticable mais, en même temps, elle présente une difficulté, qui tient à la possibilité (illustrée tout au long du premier ouvrage) de reconstruire l'essentiel de la biographie de Kierkegaard à partir de son seul rapport au père. Tout se passe en effet comme si, à travers le drame de la rupture, il ne faisait que rejouer avec Régine son propre drame filial, que ce soit en prenant vis-à-vis d'elle le rôle paternel ou en assignant ce rôle à la jeune fille. Mais du même coup, force est de s'interroger sur la place du féminin à l'intérieur du texte kierkegaardien. N'y serait-il pas l'objet d'un refoulement plus ou moins complet, la figure de Régine n'étant au fond qu'une projection de Kierkegaard ou du père au sein d'une constellation totalement dominée par la logique spéculaire du rapport père-fils ? Ou, pour le dire autrement, comment, face à puissante exégèse développée autour de la figure paternelle, sauvegarder une interprétation qui marque chez Kierkegaard la place irréductiblement singulière du féminin ? Telle est la question qui me guide dans le second ouvrage, où la figure maternelle émerge peu à peu au prix d'un minutieux travail de reconstitution, mené sur un échec de scènes diversement superposables.

ST- Bien que discret, le vocabulaire psychanalytique apparaît dans vos deux ouvrages. Est-il incontournable dans un travail d'interprétation de l'œuvre de Kierkegaard ?

DB- Par de nombreux aspects, mon étude s'apparente, effectivement, à une enquête de type psychanalytique, ce qui explique l'emprunt que je fais de certains concepts freudiens. Il me faut, néanmoins, souligner un point de divergence crucial. Mon travail de décryptage ne portant pas sur la personne de Kierkegaard mais prioritairement sur son œuvre, il n'y est guère question de l'évolution dynamique de sa psyché, avec les mécanismes de transfert, censure... qu'elle pourrait mettre en jeu. L'outil dont j'use constamment, c'est le recoupement de textes, en tant qu'il laisse apparaître de stricts rapports d'analogie et d'opposition entre plu-

sieurs faits ou figures biographiques, En guise d'exemple, je citerai le Tremblement de terre et la rupture des fiançailles. En rompant, Kierkegaard soumet-il Régine à la douloureuse épreuve de son propre rapport au père ? Rompt-il au contraire pour lui épargner une telle épreuve ? Ces deux schèmes étant également corroborés par les textes, on voit se tisser, entre les drames du *Tremblement de terre* et de la rupture, un remarquable réseau de correspondances au sein duquel ils se laissent, comme les figures paternelles, à la fois opposer et superposer. Un autre exemple éclairant concerne les deux évènements qui dominent la biographie intellectuelle de Kierkegaard : sa double polémique avec Hegel et avec l'Eglise établie. Dans la mesure où ces deux combats sont secrètement induits par le *Tremblement de terre*, ils ne cessent d'en refléter la singulière ambivalence, d'être à la fois menés au nom de la figure paternelle et contre sa coupable défaillance.

ST- Kierkegaard représente-t-il un « cas » pour la psychanalyse ?

DB- Tout en étant atypique puisque associé à une œuvre écrite, le « cas Kierkegaard » me semble en effet exemplaire. Non seulement il s'accorde avec certaines hypothèses clés de la psychanalyse, mais il leur apporte comme un supplément de rigueur en permettant de les vérifier par une méthode quasi structurale d'analyse textuelle. Particulièrement impressionnante me paraît à cet égard la description de la figure plurielle du père, réfractée en ses divers représentants plus ou moins valorisés. Aussi fine que profonde, cette mise en perspective me fait penser à l'analyse, menée à terme, d'une molécule complexe ou d'un segment du génome humain...

ST- La pseudonymie utilisée par Kierkegaard a-t-elle valeur de symptôme ? Quel est son sens ?

DB- Que sa productivité ne soit pas proprement la sienne mais relève d'un pouvoir supérieur c'est, de l'aveu même de Kierkegaard, ce qu'indique son recours à la pseudonymie. S'il s'exprimait en son nom propre, il laisserait les hommes lui attribuer la paternité de son œuvre. Malentendu qu'il prétend au contraire par le message indirect. S'effaçant devant celui qui est réellement le père de ses écrits, il détourne vers lui la reconnaissance qu'il refuse de s'approprier indûment. De là le sens fondamental de la pseudonymie, comme désir d'effacement devant l'instance paternelle, désir éminemment symptomatique dès lors qu'il apparaît de manière récurrente à travers tous les drames existentiels rencontrés par Kierkegaard.

ST- Toute la vie de Kierkegaard, n'est-elle qu'une « schize » entre l'image paternelle et celle de Dieu, Socrate etc... ; l'image de la femme divisée entre la mère, Régine ? L'unité est-elle étrangère à la vie de Kierkegaard ?

DB- La « schize » est, comme vous le dites, partout présente chez Kierkegaard. Elle ne marque pas seulement sa représentation des êtres qui lui sont proches. Au dedans de lui comme dans son rapport au monde, ne cessent de se faire jour tensions, polémiques, affrontements irréductibles. Mais là se trouve, précisément, l'extrême modernité, voire la postmodernité de sa réflexion. Pour lui, l'existence est essentiellement écart, suspens, différence, qui ne s'effacent que dans l'idéalité fallacieuse du discours spéculatif ou dans l'idéalité vraie mais inaccessible de la mort. Il n'est donc pas question d'ignorer cette « conflictualité généralisée ». Il s'agit plutôt de l'articuler rigoureusement, en montrant comment elle s'enracine dans des lieux privilégiés de son itinéraire biographique et c'est ce que j'ai tenté à travers les deux volets de mon étude. ■

## LIVRES

### Le positivisme est un culte des morts : Auguste Comte

Raquel Capurro  
Epel

Deux évènements ont marqué la vie d'Auguste Comte : sa rencontre avec la folie et la mort de Clotilde de Vaux, son unique et chaste amour, qui ne dura qu'un an. Ces deux évènements eurent des rapports parfaitement explicites avec sa doctrine. Enfin dégagé de l'emprise d'Esquirol à l'asile de Charenton, Comte mise sur la science positive comme voie de résolution objective de la folie, mais aussi des questions de société. L'expérience de l'amour puis le deuil de Clotilde bouleversa ces certitudes. Il instaura un culte des morts. Le positivisme comtien devint religion, et le discours de Comte l'envers de ce qu'il avait été. Est-il fou à nouveau A. Comte ? Faut-il laisser tomber tout ce qu'il écrivit alors et ne garder que sa « première carrière » ? Les disciples se divisèrent. Littré sera la tête la plus visible de ceux qui, sur ce point précis, quittèrent le maître. D'autres, médecins surtout, vont suivre le grand prêtre, instaurant un nouveau sacerdoce. Une pastorale est née. Ce sont les morts qui gouvernent notre destinée, enseignait Comte. Si on l'oublie, on devient malade. Cette monographie clinique, historique, sociale et théorique privilégie la *Correspondance* d'A. Comte. « Elle seule permet de suivre les multiples cheminements de sa pensée, de saisir les grands tournants et les moments cruciaux de sa carrière ».

### Différences dans la civilisation

Sous la direction d'Armand Touati\*  
*Cultures en mouvement*  
Diffusé par Desclée de Brouwer

La globalisation des économies, les innovations technologiques, les migrations, concourent à la rencontre et à l'interaction entre cultures qui s'accroissent en provoquant des évolutions contrastées. Choc entre sociétés de niveaux de vie radicalement différents ou mise en cause des fondements même de tout processus civilisateur ? Ces questions ne renvoient pas uniquement aux différences culturelles, aux modes de vie et aux normes particulières auxquels des sujets et des groupes devraient « s'adapter ». Elles impliquent l'analyse des processus de la relation à l'autre, de l'altérité constitutive que tout sujet doit reconnaître et aménager dans sa propre construction.

Comment réinventer des formes du lien social qui prennent en compte les différences sans les réduire ? Eduquer, soigner, « intégrer », c'est être à l'écoute de spécificités et faciliter leur mise en commun.

Quelles limites le « vivre ensemble » peut-il opposer aux différences ? Le droit à l'indifférence n'est-il pas le préalable à une écoute des différences ? Le « malaise dans la civilisation » prend-il aujourd'hui la forme restrictive et omniprésente du « rejet de l'étranger » ? Ces questions permettent d'approfondir des recherches en sciences de l'Homme qui clarifient le rôle de l'altérité et son respect dans les processus d'humanisation, la mise en commun des appartenances culturelles et l'évolution des pratiques professionnelles qui les accompagnent.

\*avec les contributions de Alain Touraine, Monique Schneider, Maurice Godelier, Roger Dadoun, Michel Giraud, Thierry Goguel d'Allondans, Jean-François Gomez, Jean-Pierre Klein, Martine Lani-Bayle, Christian Leray, Nancy Midol, Robert Misrahi, Marie-Rose Moro, Renaud Sainsaulieu, Isabelle Taboada-Léonetti, Thierry Terret, Catherine Wieder.

### Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française

Le premier point à signaler est la composition du bureau : le Président sera le Professeur P. Moron, le Vice-Président, le Professeur S. Douki, le Secrétaire Général le Docteur J.P. Chabannes et le Trésorier le Docteur M. De Boucaud.

La session du Congrès sera cette année reçue par l'équipe du Docteur Weibel à Mulhouse du 17 au 19 juin 2002.

Les deux rapports seront axés sur les thèmes suivants :

- Rapport de Psychiatrie : *Dysfonctionnements cognitifs préfrontaux et schizophrénies*, P. Brazo, S. Dollfus (Caen) et leur équipe.

- Rapport de Thérapeutique : *Le système de soins psychiatriques français : réalités et perspectives*, D. Leguay (Les Ponts de Cé) et son équipe.

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

Pour tous renseignements complémentaires, veuillez contacter le Docteur Joël Burgonse : CHS de la Savoie, BP 1126, 73011 Chambéry Cedex. Tél. 04 79 60 30 36. Fax. 04 79 60 31 88.

## LIVRES

**Manuel de thérapies psychosomatiques**

Ouvrage collectif sous la direction de Sami-Ali\*  
Dunod

Cet ouvrage propose un panorama de pratiques cliniques et fournit une illustration de l'école psychosomatique développée par Sami-Ali. La place de la psychosomatique y est explorée selon différents champs d'action thérapeutique : médecine, psychiatrie, thérapies médiatrices (relaxation, danse, expression picturale) et dans la prise en charge de pathologies lourdes (cancer, autisme, anorexie).

La diversité des contributions constitue un véritable manuel de psychosomatique appliquée.

\*avec les contributions de M. Bensoussan, S. Bertolus, A. Bertran de Balandra, S. Cady, A. Danan, S. Doche-Schwab, B. Eidelman-Rehahla, A. Fourreau, J.-M. Gauthier, A. Mendes Pedro, M. Moreau, S. Rotbard, D. Soubigou.

**La prison en changement**

Sous la direction de Claude Veil et Dominique Lhuillier\*

Erès

Bras séculier du pouvoir judiciaire mais de plus en plus investie de missions dont la complexité va croissant, l'institution carcérale est soumise à une double injonction : persévérer dans son essence et devenir autre. Dès son origine, elle a été l'objet de critiques et de propositions de réformes. Loin de viser un diagnostic ordonné autour de l'alternative : changement ou permanence, les travaux rassemblés ici visent plutôt l'exploration de relations dialectiques et complémentaires entre les dynamiques opposées. Elaborés à la suite d'observations sur le terrain, ils rendent compte aussi des effets de la profonde réforme des systèmes de soins en prison et en analysent le sens. Ils ont fait l'objet d'un séminaire de deux ans à l'École des hautes études en sciences sociales.

\*avec la participation de : Antoinette Chauvenet, Philippe Combesse, Christian Demonchy, Claude Faugeron, Martine Herzog-Evans, Marcel Jaeger, Madeleine Monceau, Olivier Obrecht, Pierre Tournier.

**La prévention spécialisées Outils, méthodes, pratiques de terrain**

Pascal Le Rest

Préface de Daniel Lecompte

L'Harmattan

1972-2002 : la perspective du trentième anniversaire des textes constitutifs de la Prévention Spécialisée a donné l'idée de réunir quelques travaux réalisés au sein des services de la Sauvegarde de l'Enfance d'Eure-et-Loir. Si l'identification des différents opérateurs du processus de transformation sociale et de leur mission est relativement facile, la mission de la Prévention Spécialisée comme mode d'intervention social global, transversal à plusieurs problématiques des quartiers, empêche qu'on la situe sur un segment d'activité bien défini : de par sa culture originelle, ses textes fondateurs, sa pratique ancienne, les équipes de Prévention Spécialisée travaillent sur la cohésion sociale et l'insertion dans presque tous leurs aspects, aux moyens d'activités multiples et polymorphes qui parasitent son image. La nébuleuse d'objectifs et d'actions qui découlent de cette réalité fait de la Prévention Spécialisée un objet complexe et mouvant, en équilibre instable, sensible aux moindres perturbations dans la diversité des champs dans lesquels elle intervient.

# Un entretien avec Jean-Luc Roelandt

Jean-Luc Roelandt est psychiatre et a, récemment, été chargé par le Ministère de la Santé d'une mission sur les questions de santé mentale. Il est co-rédacteur du rapport *De la psychiatrie vers la santé mentale* rédigé avec Eric Piel. Il est également co-auteur d'un livre : *Manuel de Psychiatrie citoyenne, l'avenir d'une désillusion* (Éditions In Press, à paraître). *Nervure* a suscité un entretien avec Jean-Luc Roelandt, en cherchant à situer les réflexions qu'il propose - ou qu'il provoque ? - dans une approche plus large, rendant peut-être plus perceptibles aux lecteurs les sous-basements théoriques, idéologiques et philosophiques de ses propositions.

*Question : Vous promouvez avec quelques autres l'idée de psychiatrie citoyenne. Que signifie pour vous cette association entre les questions de santé mentale et l'idée de citoyenneté ? En quoi la santé mentale peut-elle être affaire de citoyenneté ?*

J.L. Roelandt : La psychiatrie a été séculairement un instrument de privation de pouvoir pour les usagers. Il s'agit aujourd'hui de rompre avec cette histoire, et cela suppose de lutter contre toute forme de relégation, et de « redonner » le pouvoir aux usagers ou en tous cas de créer les conditions pour qu'ils l'exercent. L'expression psychiatrie citoyenne n'est pas un programme ni un concept : tout cela serait bien angélique en regard de l'histoire de la folie et de la longue histoire entre subjectivité et politique. Non, cette expression est plutôt un exorcisme : lutter contre la relégation, l'enfermement et l'oppression des personnes en difficultés psychiques n'est pas simple. Par exemple c'est presque naturellement que notre Société pense que pour les maladies somatiques on ne peut forcer personne à se soigner, mais en matière, de maladie psychique, c'est plutôt le contraire : soigner de « force » semble aller de soi si c'est « nécessaire » !

*Question : Alors pourquoi « exorcisme » ?*

J.L. Roelandt : Nous sommes confrontés à la question redoutable de la limite de la citoyenneté : le moment où il paraît comme évident (ce genre d'évidence qu'on n'interroge pas) qu'ici la citoyenneté n'est plus tout à fait de mise. L'aliéné est déresponsabilisé depuis deux cents ans ; cette déresponsabilisation a pris aujourd'hui des formes subtiles et parfois déniées, mais elle reste très prégnante. Affirmer la psychiatrie citoyenne, c'est affirmer l'inaliénable des droits de l'Homme et du Citoyen. On pourrait d'ailleurs aussi parler de *gériatrie citoyenne*, et étendre cet exorcisme aux personnes confrontées à un handicap profond, aux SDF, voire aux terroristes : je pense que le terrorisme est à la politique ce que la folie est à la psychiatrie ! Et on voit aujourd'hui combien est fragile l'idée de droit dès lors qu'on est confronté à des actes ou à des personnes où on ne se reconnaît plus et qu'il est tentant de déshumaniser, selon un geste que l'humanité s'est si souvent fait à elle-même. Affirmer la psychiatrie citoyenne est une position anthropologique dans un contexte où, à nouveau, la frontière entre l'humain et l'inhumain tend à se rétrécir.

*Question : Est-ce qu'on pourrait dire que la psychiatrie citoyenne cherche alors à reposer la question du rapport entre subjectivité et politique, à repolitiser la subjectivité que la psychiatrie a toujours tendance à psychologiser ?*

J.L. Roelandt : Oui, c'est un des effets de cette référence à la citoyenneté articulée à la psychiatrie : repenser la subjectivité au-delà de la référence à la Raison que la philosophie des Lumières et la Révolution française ont constituée. C'est aussi cela cet exorcisme : franchir cette limite que la Raison avait jetée hors d'elle-même, et la réinscrire dans la citoyenneté.

*Question : Alors, en tant que psychiatre, quelle représentation avez-vous, et quelle pratique, du rapport entre les questions de la subjectivité et les questions politiques ?*

J.L. Roelandt : C'est une question complexe. Je crois qu'il faut distinguer entre ce qui relève des pratiques et ce qui relève des représentations. La référence à la psychiatrie citoyenne se marque concrètement par une manière différente de soigner. Tout est fait ici pour permettre aux patients de comprendre les traitements qui leur sont proposés, et favoriser une position active des usagers. Cette position n'est pas seulement une position technique qui reposerait, par exemple, sur la seule idée qu'une participation active du patient au traitement est un facteur thérapeutique renforçateur. Ce n'est pas non plus seulement une position éthique attentive un peu abstraitement au respect de la personne. Non : la participation active des patients-citoyens est construite sur l'idée que les questions de santé mentale sont des questions de santé publique, et que les questions de santé publique sont des questions politiques, y compris au cœur de la subjectivité.

*Question : Que diriez-vous alors du rapport entre subjectivité et politique ?*

J.L. Roelandt : C'est le deuxième aspect de la question. Comme l'ont sans doute aussi constaté dans leur pratique les lecteurs de *Nervure*, je suis frappé de constater combien dans ma pratique clinique, la référence au politique et à la politique est rare chez les patients. Je ne connais que très rarement les opinions politiques des patients. On parle aussi peu de politique que d'argent, et dans les entretiens thérapeutiques, la référence au politique est quasi absente. C'est peut-être un reflux que la psychiatrie, même citoyenne, ne lève pas. Le politique rencontre la psychiatrie le plus souvent dans sa lutte contre le symptôme. Mais la psychiatrie citoyenne rencontre le politique pour une autre raison, qui peut parfois même être contradictoire avec cette première : la psychiatrie citoyenne lutte contre l'arbitraire, le totalitarisme, le pouvoir, l'impérialisme comme dit Lucien Bonnafé, y compris lorsque la lutte contre le symptôme conduit à des pratiques arbitraires et oppressives. Le lien au politique est donc plus complexe et peut parfois être conflictuel. En tous cas, c'est un lien d'engagement qui passe souvent par un travail de sensibilisation et d'alliance avec les politiques qui se reconnaissent dans ces valeurs. Mais la psychiatrie citoyenne n'est pas une pratique qui politise directement la relation aux usagers. Ce n'est pas une position de principe, d'ailleurs, c'est plutôt un constat. C'est peut-être surtout dû au fait que, dans notre Culture, les questions de subjectivité ne sont pas perçues ni représentées en termes politiques, ou très rarement. C'est bizarre mais c'est un fait.

De toute façon, le rapport entre psychiatrie et politique est complexe. Aujourd'hui, la psychiatrie a généralement intégré l'environnement et est devenue « socio-politique ». Les références de l'OMS (Organisation Mon-

diale de la Santé) pour définir la santé, évoquent non seulement l'idée d'un bien être physique, mais aussi d'un bien être social. Cela a des effets concrets très importants, c'est ce qui fait passer de la psychiatrie à la santé mentale la psychiatrie avait une approche « privée » des questions subjectives, bien conforme d'ailleurs à l'idéologie dont a besoin le capitalisme qui cherche à individualiser la subjectivité. Aborder ces questions en termes de santé mentale, c'est réarticuler tous ces enjeux dans une dimension « publique » : c'est ce qui conduit par exemple certains professionnels à se sensibiliser plus fortement aux méfaits du capitalisme sur la santé mentale, à l'apparition d'une nouvelle clinique où, par exemple, les troubles du narcissisme prennent le pas sur d'autres symptômes (l'hystérie, disparue de la nosographie internationale...). La question de la dépression est aussi un exemple de cela, ainsi que la multiplication des problèmes liés à la solitude, aux conduites addictives qui en sont le signe, très certainement à relier à un contexte socio-économique qui a démantelé le tissu social traditionnel, la religion, la famille, le monde du travail structuré et structurant etc. Les questions de santé mentale sont le reflet et le symptôme des restructurations subjectives qui sont elles-mêmes l'écho des restructurations économiques et idéologiques.

*Question : Vous venez d'être chargé par le Ministère de la Santé d'une mission concernant la santé mentale. Quels sont, d'après vous, les enjeux politiques actuels sur ces questions ? Et quelles sont les résistances ?*

J.L. Roelandt : Il me semble que notre mission a réussi à faire passer certains messages, et a rencontré des difficultés sur d'autres qui suscitent des résistances.

Des avancées impensables il y a même dix ans semblent acquises : le rôle prépondérant des usagers, l'idée de *démocratie sanitaire*, la prise de conscience par les élus locaux et nationaux de leur rôle dans ces questions de santé publique. L'idée aussi de proximité des soins comme indice de cette démocratie sanitaire. Enfin, je crois qu'est admise comme centrale l'idée de partenariat à mobiliser pour les questions de santé mentale, reliant par exemple l'Éducation Nationale, le secteur social, les municipalités, les associations, et aussi de plus en plus le secteur culturel, et enfin le monde du travail qui reste encore difficile à sensibiliser.

Mais cela soulève aussi des résistances comme par exemple le statut anthropologique du fou et de la folie. La Justice, relayée par le Ministère de l'Intérieur, résiste sur ces questions qui, c'est vrai, ne sont pas simples. Mais l'article 122-1 du Code pénal, qui a modifié l'ancien article 64, répète cette idée qu'on ne peut pas punir quelqu'un de « malade » psychiatriquement et dont l'acte commis est en lien avec cette maladie. On pourrait pourtant concevoir la question du soin autrement, mais cela touche justement aux représentations très profondes de la citoyenneté, de la souveraineté subjective associée à l'idée de responsabilité, cette représentation où notre démocratie a remplacé le roi par le moi pour faire loi. Il y a un risque évident de rejeter hors de la citoyenneté en même temps qu'hors la loi commune ce qui paraît irresponsable, et les politiques résistent à toucher à cette question. Il faut que la philosophie nous aide dans ces questions, et les sciences humaines : comment répondre de ce dont personne ne peut répondre, comment décider de l'indécidable etc ? C'est pourtant avec cela que travaille la psychiatrie, et c'est cela qui nous travaille chacun subjectivement quotidiennement : ce dont on ne peut pas répondre, comment en répondre ? La folie du désir ? La folie de l'amour ?

Mais il y a aussi des résistances internes au

milieu professionnel : passer de la psychiatrie à la politique de santé mentale pose de gros problèmes d'identité pour beaucoup de psychiatres (cela soulève au passage la question de leur pouvoir), pour beaucoup d'infirmiers dont les difficultés identitaires sont parfois aiguës dans ce passage, pour beaucoup de psychologues qui sont manifestement embarrassés par cette frontière entre subjectivité, psychopathologie et politique où règne la confusion. De même pour les travailleurs sociaux.

*Question : Cela amène à cette question : y a-t-il ou non d'après vous un lien entre les pratiques professionnelles dans le champ de la santé mentale, la manière de se représenter la folie ou la « maladie », et les opinions politiques personnelles des praticiens ?*  
J.L. Roelandt : Dans le milieu professionnel, on a parfois schématisé cette question comme ceci : la psychodynamique serait de gauche, et la psychogénétique (au sens biologique) serait de droite ! Je ne suis pas sûr que cela soit si simple, ni dans la théorie ni dans la pratique, et qu'il y ait une théorie politiquement correcte... Il faudrait plutôt, me semble-t-il, discuter des attitudes et des positions concrètes des professionnels, et faire une première distinction entre une pratique humaniste et une pratique qui déshumanise. J'ai vu dans ma carrière des professionnels affirmés de « gauche » avoir des pratiques déshumanisantes et très intégrées dans des comportements institutionnels parfois d'un sadisme à peine masqué, et inversement des professionnels dont je connaissais l'appartenance politique plutôt à droite être très humains avec les usagers respectés et écoutés. Il faudrait des outils plus subtils pour évaluer cette question du rapport entre la pratique thérapeutique d'un professionnel et son appartenance politique. Cela supposerait sans doute d'aborder la question plus générale de l'articulation des traits de personnalité, des enjeux inconscients, et l'orientation politique

et la qualité de celle-ci. A l'évidence ce rapport n'est pas mécanique mais passe par une dialectique qui peut être assez surprenante... Mais à vrai dire, n'en est-il pas de même des hommes politiques : le goût du pouvoir n'est pas l'apanage des hommes de droite, par exemple, chacun le sait bien.

*Question : Vous êtes également directeur du Centre Collaborateur de l'OMS France pour la santé mentale, et vous menez actuellement une étude épidémiologique internationale sur les représentations de la folie et de la santé mentale. En quoi le contexte de la mondialisation vous semble-t-il déterminer ou orienter les questions de santé mentale, aussi bien sur le plan psychopathologique (nouveaux symptômes ?) que thérapeutique (rôle des industries pharmaceutiques, désétatisation de la santé publique etc.) ?*

J.L. Roelandt : Les études épidémiologiques internationales sont très importantes pour mieux comprendre les questions de santé mentale et adapter les réponses les plus appropriées. Je crois qu'aujourd'hui il faut souligner ce fait : l'augmentation des richesses ne diminue pas les troubles mentaux, et il est assez clair que l'émergence de ces troubles n'est pas simplement proportionnelle aux taux de richesse ou de pauvreté, mais est plutôt corrélée à des phénomènes d'adaptation, de mutation et de changement et à la manière dont ceux-ci s'opèrent. Par exemple, les troubles anxieux à Tananarive sont liés en partie à la recherche quotidienne de nourriture en situation de paupérisation. En Europe, ces mêmes troubles peuvent être liés aux tensions de productivité, au développement de la flexibilité, en dehors même de toute situation objective de pauvreté ou de précarité. Ou de même, le lien entre les situations de précarité socio-économique et des symptômes psychiatriques n'est pas mécanique, même si évidemment il vaut subjectivement, sans doute, mieux être riche et en bonne santé que pauvre et malade !

On peut même dire que les questions de santé mentale sont le reflet des contradictions de notre système culturel et économique, et des situations paradoxales et parfois de doubles contraintes auxquelles nous sommes subjectivement soumis, dans un contexte où les conduites individuelles n'ont plus les boussoles qu'étaient les grandes idéologies : par exemple, on nous dit : *ne fumez pas*, et on produit du tabac, *ne buvez pas*, et on produit de l'alcool, *n'ayez pas de troubles psychiques*, et on produit psychostimulants... La question du malaise dans la civilisation s'aiguise dans le contexte de la mondialisation où ces contradictions s'exacerbent. Nous sommes déboussolés. Que penser par exemple du fait que l'explosion du nombre de psy, dans les pays développés, l'hyper consommation de médicaments psychotropes, les multiples prises en charge disponibles aujourd'hui, tout cela n'a pratiquement eu aucun effet sur le nombre de suicides depuis vingt ans ? Je crois que le rôle de l'OMS pour les questions de Santé mentale, dans le contexte de la mondialisation, peut être très important pour ne pas abandonner ces questions à la seule logique d'adaptation. La France peut y apporter son expérience spécifique et, par sa volonté politique, y avoir une influence décisive. La France, comme d'autres pays européens, a en particulier marqué toute une partie du monde par la période coloniale qui, en matière de psychiatrie, a laissé des traces encore très visibles aujourd'hui dans les pratiques, dans la formation des professionnels et dans les représentations. Et si quelque chose change en France, ce changement peut avoir un effet et un écho accélérateur, dans ces pays dont certains pourraient sortir de pratiques parfois terribles sans s'enliser dans les lourdeurs et les impasses institutionnelles que nous avons connues et dont nous sortons avec peine. Il y a aussi à défendre des conceptions sociales de la politique de santé mentale, dans ce qui peut ressembler à une course de vitesse avec les réponses strictement techniques, bio ou psychothérapeutiques centrées sur le symptôme. Je crois que c'est ce qui se passe : ce qui était à la marge des pratiques il y a vingt ou trente ans vient au centre, et cela s'accélère quand les forces professionnelles progressistes arrivent à être relayées par les politiques. C'est un peu une répétition dans l'histoire de la psychiatrie : après tout, la loi de 1838 avait mis un peu plus de 40 ans pour aboutir après la Révolution française; on aura mis le même temps pour traduire dans le champ de la santé mentale certains des débats qui avaient traversé notre milieu depuis 1968... Il faudrait que les professionnels de la santé mentale, alliés avec tous ceux qui se sentent concernés par ces questions, définissent plus clairement ces enjeux dans le contexte de la mondialisation. Des questions anthropologiques et philosophiques fondamentales sont impliquées par la politique de santé mentale : par exemple, il y a à réfléchir sur la place prise aujourd'hui par la « psy », qui tend à remplacer le religieux lorsqu'il croise les enjeux subjectifs et les enjeux collectifs. Cela concerne aussi la psychanalyse et ses résistances. Là aussi, la *psychiatrie citoyenne*, ou l'idée de politique citoyenne de santé mentale, peut être une référence pour une laïcité moderne dans un contexte où l'on voit bien comment la mondialisation réactive, dans une ultime résistance peut-être, le religieux plus ou moins fanatisé d'un côté et un individualisme réduit à sa capacité purement consommatrice de l'autre. Cela suppose de situer clairement nos pratiques comme autre chose qu'un nouvel opium visant à adapter la subjectivité aux lois qui dominent le monde actuel. Pour parodier ce que Marx disait de la philosophie, on pourrait dire ceci : pendant longtemps la psychiatrie n'a fait qu'interpréter, là où une politique de la santé mentale pourrait transformer... ■

G.M.

## LIVRES

**Responsabilité du vivant : quelle place pour la personne ?**

Sous la direction de Ghislaine Biodjekian et Dominique Weber  
*L'Harmattan*

Cet ouvrage reprend les différentes interventions des journées d'étude de l'Association de Psychologie Clinique en Milieu Médical, organisées autour de cette réflexion, du 26 au 28 septembre 1997. A partir de leur expérience de psychologues cliniciennes attentives à la souffrance des malades qu'elles rencontrent à l'hôpital général, Ghislaine Biodjekian, Hôpitaux Pierre Wertheimer et Louis Pradel à Lyon, et Dominique Weber, Hôpitaux Debrousse et Hôtel-Dieu à Lyon, se demandent s'il faut mettre en accusation une médecine jugée inhumaine ou s'interroger à partir des différentes pratiques qui engagent la responsabilité pour la vie, au-delà de son aspect organique, dans une appréhension globale de la personne et du sujet. Praticiens et chercheurs impliqués dans les champs de compétence historique, scientifique, juridique et psychanalytique, qu'il s'agisse de Ghislaine Biodjekian, Laurence Brunet, Monique Castillo, Jean-Claude Eslin, Pierre Fédida, Patrick Guyomard, Catherine Lévy, Olivier Mongin, François Rousset, Myriam Revault d'Allonnes, Monique Schneider, Claude Spielmann, Bernard Weber ou de Dominique Weber tentent de répondre à cette question.

**Du délire au désir  
Les dix propriétés de la clinique  
psychanalytique**

Jean-Richard Freymann et Michel Patris  
*Arcanes / Erès*

Ecrit à deux mains, cet ouvrage est remarquable d'homogénéité. Partant d'une question importante posée dès son avant-propos « Quelle est la place du désir dans le délire ? », il interroge les notions fondamentales de la psychanalyse à partir des dix propriétés qu'il considère comme le *primum movens* de toute clinique psychanalytique :  
1/ La clinique psychanalytique n'est pas la clinique médicale, mais le psychanalyste n'est-il pas le seul médecin hippocratique ?  
2/ La clinique psychanalytique se spécifie par le transfert, mais toute relation thérapeutique n'est-elle pas transférentielle ?  
3/ La clinique psychanalytique repose sur la conviction à l'inconscient, mais l'analyse est-elle une croyance ?  
4/ La clinique psychanalytique s'appuie sur la différenciation entre le Moi et le Sujet mais ne renforce-t-elle pas le Moi en analyse ?  
5/ La clinique psychanalytique s'occupe du symptôme, mais le symptôme n'est pas la plainte.  
6/ Dans la clinique psychanalytique, le psychanalyste doit être neutre, mais c'est le désir de l'analyste qui assure la cure.  
7/ Les psychoses sont une contre-indication à la cure psychanalytique « typique » mais il faut écouter le psychotique.  
8/ Ecouter c'est s'introduire dans le discours de l'autre.  
9/ Le syntome (dans son acception lacanienne) n'est pas le symptôme.  
10/ La fin de la cure analytique, c'est aimer la séparation.  
Dix commandements ? Assurément non. Plutôt dix pistes, dix champs de réflexion à partir desquels J.R. Freymann et M. Patris s'autorisent à revisiter les grandes classifications des maladies mentales, des névroses hystérique ou obsessionnelle en passant par la schizophrénie, les paranoïas ou les perversions, le tout agrémenté de « fictions cliniques » à la fois enrichissantes et drôles.

P. Valente

**26<sup>ème</sup> Festival International Ciné-Vidéo-Psy de Lorquin**

**F**idèle à sa tradition annuelle, le Festival International Ciné-Vidéo-Psy de Lorquin présentera sa 26<sup>ème</sup> édition du 11 au 13 juin 2002.

Il illustrera cette année encore toute l'évolution du champ de la santé mentale, de la santé publique et de la psychiatrie en mettant en relief la nécessité des collaborations interdisciplinaires.

La santé en France s'articule autour de trois volets : la santé physique, la santé mentale et la santé sociale. Le Festival de Lorquin est un lieu où, au travers des films s'articulent les liens structurant autour de ces trois champs.

Infirmiers, psychologues, psychiatres, éducateurs, psychomotriciens, orthophonistes, travailleurs sociaux, enseignants, étudiants en formation, lycéens, sont au rendez-vous du Festival chaque année.

Nous avons pour le 25<sup>ème</sup> Festival avancé d'un grand pas vers le « grand public » pour qu'il comprenne mieux ce que les médias nous montrent et pour découvrir les documentaires, les reportages et les fictions que réalisent les professionnels de la santé mentale et nous affirmons cette volonté en nous rendant plus accessibles pour cette 26<sup>ème</sup> édition à tous ceux qui n'ont pas la chance d'avoir accès aux formations continues.

La violence, la maladie d'Alzheimer, la schizophrénie, le développement psychique du bébé, l'intégration scolaire, l'adoption, les procréations médicalement assistées, l'adolescence et ses troubles, les troubles des conduites alimentaires, la précarité, les nouveaux rôles des « psy », la psychanalyse, autant de thèmes d'actualité qui seront illustrés comme chaque année à Lorquin et qui permettront un débat après chaque film animé par un professionnel. La vidéothèque permettra à chacun de visionner ses choix spécifiques. Les lycéens de la France présenteront leurs clips vidéo réalisés dans le cadre d'un concours, s'associant ainsi à une perspective de santé publique.

Ce lieu de rencontre qu'a toujours été le Festival fêtera son 26<sup>ème</sup> anniversaire en privilégiant, comme chaque année, la dimension culturelle par la musique, le théâtre et les expositions.

Le président du jury de cette année sera Serge Tisseron, psychiatre et psychanalyste, autour de nombreux travaux sur nos relations à l'image, notamment de *Tintin chez le psychanalyste*.

Rendez-vous à Lorquin les 11, 12 et 13 juin prochain.

Dans l'attente de vous accueillir. Cordialement. ■

**Les membres du bureau**

Le Bureau de l'Association : Alain Bouvarel, Président ; Christian Voegelé, Vice-Président ; Gaston Jacobi, Trésorier ; Isabelle Feger, Trésorière-adjointe ; Marc Thiry, Secrétaire ; Geneviève Wolff, Secrétaire-adjointe ; Marjorie Ruf, Pascal Bodocco,  
Tél. : 03 87 23 14 12. Fax : 03 87 23 15 84.

## LIVRES

**Erving Goffman et les Institutions totales**

Sous la direction de  
Charles Amourous et Alain Blanc  
*L'Harmattan*

Dans cet ouvrage, sociologues du politique et des interactions, historien, psychiatre et sociologues des organisations proposent des voies de lecture de Goffman et des Institutions totales. Leurs contributions situent tout d'abord Goffman au sein de la sociologie américaine et les Institutions totales dans son œuvre. Elles couvrent, ensuite, les domaines du pouvoir, de la théorie du *self*, de la sociologie des organisations et des terrains institutionnels. Approches épistémologiques et enquêtes empiriques révèlent des principes de connaissances originaux (des approches du *self* aux prises en compte de données quasi-universelles dans des faits ordinaires du quotidien), une tentative méthodologique très proche des sciences naturelles. Les investigations de terrain mettent à l'épreuve le concept des Institutions totales et le débordent par l'émergence, au-delà de la contrainte sociale, de données organisationnelles système autoritaire, relations et arrangements, registre symbolique, contrats et marges de liberté, négociations et recombinaison, appropriation et changement...

Les historiens n'ont pas lu Goffman dès 1968 mais plus tard. Ils en retiennent, entre autres, l'enjeu des articulations de l'individuel et du collectif. « La révolution psychiatrique française » n'a guère lu *Asiles*, préoccupée qu'elle était par l'abolition du régime carcéral. Dans le même temps, les sociologues de l'hôpital psychiatrique découvraient chez Goffman plus une clé de lecture de notre social qu'une introduction à la vie des reclus qu'ils appréhendaient au plus près des vécus et de l'élaboration d'une vie sociale native.

\* avec les contributions de Charles Amourous, Jean Ayme, Howard S. Becker, Philippe Bernoux, Alain Blanc, Jean-Manuel De Queiroz, Olivier Faure, Mihai Dinu Gheorghiu, Isaac Joseph, Jean-Olivier Majastre, Louis Quééré, Corinne Rostaing, Jean Saglio, François Steudler Robert Weil.

**S'il te plaît, ne m'aide pas**

Sous la direction de Guy Hardy  
*Erès*

Comment peut-on aider une personne qui ne souhaite pas l'être ou, du moins, qui accède à des services sociaux sur la décision d'un tiers, le plus souvent d'un juge ? D'abord en acceptant la contradiction. Dans la lignée de l'école de Palo Alto, de Jacques Pluymaekers et de Guy Ausloos, Guy Hardy et son équipe présentent des pratiques d'intervention psychomédicosociale qui permettent de travailler ce *double bind*, de dépasser le paradoxe et, au bout du compte, d'apporter une aide efficace à des jeunes en difficulté. En, l'occurrence, l'exemple donné est celui d'un « centre d'aide à la réalisation de prestations éducatives » en Belgique, qui agit auprès d'enfants, d'adolescents et de leurs familles, à la demande des autorités judiciaires. On peut discuter des fondements théoriques. Les auteurs appellent eux-mêmes au débat. En tous cas, leurs pistes de réflexion, ainsi que leur déclinaison dans le travail relationnel méritent l'attention, car le problème posé est au centre des préoccupations professionnelles dans le champ de l'aide sociale à l'enfance et de la protection judiciaire de la jeunesse. Mais la question est tout aussi délicate en psychiatrie infanto-juvénile comme pour les adultes relevant d'une obligation de soins.

M. Jaeger

## La relation fraternelle comme outil thérapeutique

Dans notre société, la structure familiale évolue vers une certaine instabilité avec de multiples recompositions, la relation fraternelle devient le seul lien stable de la vie quotidienne et intime. Comme le note A. Languevin<sup>(1)</sup> : « devant le recul du conjugal, c'est à partir du parental, du filial, du fraternel que l'idée de famille se refocalise ». Néanmoins, quand on s'intéresse à la fratrie et aux relations fraternelles, on est frappé par le peu d'abondance des écrits à ce sujet, leur diversité et l'hétérogénéité des modèles utilisés. Pourtant, la qualité de certains travaux théoriques et l'expérience clinique nous invitent à porter un œil attentif à la prise en compte des relations fraternelles dans notre pratique thérapeutique.

### Les relations fraternelles de la mythologie

Il suffit de lire la bible ou les écrits mythologiques pour se rendre compte du poids de la relation fraternelle dans notre culture, de son intensité potentielle et de son influence dans les destinées familiales et politiques. Ainsi, on peut rappeler la relation d'Abel et Caïn, aboutissant au premier meurtre de la bible ; mais aussi celle de Joseph et de ses frères, fils de Jacob, où la rivalité fraternelle prend racine dans le sentiment de préférence parentale à l'égard de Joseph et se transforme petit à petit en culpabilité puis en demande de pardon. Les mythes grecs sont riches en histoires de fratries comportant des éléments de rivalités comme entre Polynice et Étéocle, mais aussi de loyauté fraternelle poussée au tragique, comme Antigone qui brise l'interdit en mémoire de son frère.

A ce propos, il est intéressant de noter que le mythe fondateur de la théorie psychanalytique concerne le seul enfant unique, avec Thésée, de la mythologie grecque, Œdipe.

### La relation fraternelle comme base de l'échange et de l'organisation sociale

Les études anthropologiques démontrent l'importance de la relation fraternelle dans la construction et la survivance de sociétés traditionnelles.

Freud décrit dans *Totem et tabou*<sup>(2)</sup> la relation fraternelle comme lien constitutif de la société primitive. Ceci passe par la solidarité dans le meurtre du père et l'institution de l'interdit de l'inceste pour la préserver. La prohibition de l'inceste se retrouve dans de nombreuses sociétés afin de préserver la relation fraternelle. L'inceste fraternel est le plus fréquent selon les études anthropologiques, contrairement à ce que postule la théorie psychanalytique.

Comme le dit J. Pouillon, « pour le psychanalyste l'interdit fondamental, explicatif, porte sur la mère ; pour l'ethnologue sur la sœur ».

La prohibition de l'inceste frère-sœur s'explique et se justifie par des nécessités économiques qui imposent l'échange des femmes et ce selon des règles strictes. M. Maed<sup>(3)</sup> relate des propos des Arapeshs de Nouvelle Guinée, « nous ne couchons pas avec nos sœurs. Nous donnons nos sœurs à d'autres hommes et ces hommes nous donnent leurs sœurs ». L'échange de sœur donne lieu à un contre-échange économique ou autre.

Sous cet angle, on voit bien que la transgression de l'inceste entraînerait un phénomène d'entropie économique et une désa-

grégation de la société.

D'après les études anthropologiques, l'importance de la prohibition de l'inceste démontre l'existence d'une peur ancestrale universelle inhérente aux rapports frères-sœurs ou assimilés. Par opposition, on peut constater la minimisation de ces rapports dans notre société occidentale, notamment par le biais de la psychanalyse et l'occultation de l'inceste fraternel au profit de l'inceste mère-fils, celui d'Œdipe, fils unique, et en cela exception de la mythologie.

Ainsi, dans les sociétés civilisées l'accent est plus mis sur la rivalité fraternelle et la nécessité de la combattre, l'harmonie dans les relations fraternelles étant jugée de bonne augure pour l'intégration sociale ; tandis que dans certaines sociétés primitives on favorise la distanciation, moins redoutée qu'une bonne entente teintée d'érotisme.

Ces éléments des sociétés primitives se retrouvent dans des sociétés plus traditionnelles que la nôtre, et moins marquées par la culture psychanalytique. Tobie Nathan<sup>(4)</sup>, dans son travail en ethnopsychiatrie, dit à propos de la culture africaine que la sœur est souvent considérée comme monnaie d'échange : « je donne une femme (ma sœur) et je reçois une femme (mon épouse), et en prime un beau-frère (pour m'accompagner à la chasse, m'aider à construire ma maison, ou simplement pour me quereller). Ma sœur est aussi très souvent la porte de mon Moi : qui la pénètre me souille, son corps est ma famille. S'il lui arrive de faire véritablement alliance avec l'intrus, un corps étranger ferait irruption dans mon organisme et ma sœur deviendrait la plus dangereuse des sorcières. C'est pourquoi dans nombre de sociétés africaines la sœur est systématiquement incriminée pour expliquer les désordres psychiques de son frère ».

Cet exemple donne à penser combien la réflexion sur la relation fraternelle peut nous être utile, à nous professionnels et aux patients.

Ces valeurs des sociétés traditionnelles persistent dans les familles migrantes et on peut constater à l'instar de l'étude conduite par P. Duree<sup>(5)</sup> l'importance des grands frères dans certaines cités urbaines.

Dans certaines familles, où les parents sont défaillants pour une raison ou pour une autre, les enfants semblent s'organiser et la relation fraternelle prendre le dessus sur la relation de filiation. Les grands frères occupent une place cruciale, que renforce le comportement des pouvoirs publics. Mais cette position est difficile, face à un père disqualifié socialement, ils doivent obtenir l'obéissance des plus jeunes sans avoir eux-mêmes à obéir aux adultes. Et il est fort probable que l'affaiblissement des figures parentales entraîne un relâchement du lien fraternel avec une interdépendance entre les liens de verticalité (lien de filiation) et d'horizontalité (lien fraternel) du système familial.

### Etude concernant la fratrie d'enfants suivis en psychiatrie

Plusieurs études psychologiques mettent en exergue l'importance de la relation fraternelle pour le développement individuel. Par exemple, des études portent sur la différenciation à l'intérieur de la fratrie. Mais l'angle d'analyse qui nous semble le plus intéressant porte sur l'étude des fratries de patients hospitalisés en psychiatrie.

M.P. Lecourt<sup>(6)</sup> a ainsi réalisé une étude au centre A. Binet portant sur les fratries d'enfants pris en charge en hôpital de jour. Elle

conclue que les frères et sœurs des enfants hospitalisés sont globalement perturbés. Dans certains cas les troubles sont mineurs mais le plus souvent ils sont importants. Elle évoque différentes situations et différentes hypothèses, dont deux me semblent importantes à retenir :

- la pathologie de l'enfant hospitalisé peut être pathogène pour le reste de la fratrie et on peut trouver un aspect réactionnel aux troubles constatés,

- il n'est pas rare que, bien que l'ensemble de la fratrie soit perturbée, un seul enfant soit soigné, comme s'il était le délégué des troubles familiaux.

Ceci met en évidence l'intérêt de l'examen systématique de la fratrie des patients, notamment pendant l'enfance.

### La relation fraternelle en psychanalyse

La psychanalyse, quand elle parle de la relation fraternelle, met essentiellement l'accent sur l'aspect de rivalité avec une analyse triadique, c'est-à-dire la rivalité en relation avec le désir d'amour maternel.

Lacan<sup>(7)</sup> a donné une analyse différente de la rivalité fraternelle avec le complexe de l'intrusion. Il constitue, d'après lui, un des trois stades majeurs de la constitution de la personnalité. Se situant après le complexe de sevrage et avant le complexe d'Œdipe, il le définit comme l'expérience que réalise le sujet quand il se connaît des frères.

La jalousie serait secondaire à l'identification mentale au frère qui permet de fixer un des pôles du masochisme, primaire. Ainsi, dans l'expérience de la jalousie le moi se constitue en même temps que l'autrui.

Ce texte est l'un des rares de la littérature psychanalytique permettant une théorisation de la relation fraternelle. Plus récemment quelques auteurs<sup>(8)</sup> se sont intéressés à ce vide théorique. D'après eux, ce manque peut être lié au mythe fondateur oedipien, et à la propre histoire fraternelle de Freud.

### La relation fraternelle en thérapie familiale

Curieusement, les écrits systémiques sur la fratrie ne sont pas beaucoup plus nombreux que les écrits psychanalytiques ; même si dans la pratique le travail avec le sous-système fraternel et la réflexion qui portent sur l'interaction entre sous-système parental et fraternel ne sont pas rares.

On peut citer le travail de J.P. Almodovar<sup>(9)</sup>, définissant la famille comme une association de trois micro-systèmes possédant chacun des propriétés structurales et fonctionnelles originales :

- couple conjugal,
- couple parental,
- groupe fraternel.

Le couple parental et le groupe fraternel constituent chacun des micro-systèmes assurant pour l'enfant une fonction de contention psychique.

Le groupe fraternel a des fonctions psychiques particulières comme un lieu d'élaborations psychiques autonome avec création d'un discours fraternel différencié à l'intérieur du fonctionnement familial.

Dans les situations de crise familiale on peut mettre en évidence les fonctions psychiques potentielles du groupe fraternel et leur interrelation avec le couple conjugal. La non disponibilité du couple parental (par exemple par conflit conjugal) renforce les liens fraternels qui deviennent plus soutenant par le biais de la loyauté fraternelle.

SP Bank et MD Kahn<sup>(10)</sup> font la même réflexion en postulant que la loyauté fraternelle est inversement proportionnelle à la disponibilité parentale. E. Romano et P. Chaltiel<sup>(11)</sup>

ont également décrit cette interaction en mettant en évidence une rétroaction de l'espace fraternel sur l'espace conjugal en le stabilisant. R. Neuberger<sup>(12)</sup> décrit une autre interaction entre les sous-systèmes parentaux et fraternels avec une volonté de la part du système parental de gérer les relations fraternelles dans le but d'éviter la fusion ou le fratricide. D'après lui, c'est ce type d'interaction qui est en jeu dans les situations de conflit conjugal avec instigation d'un enfant. L'intrusion du couple parental dans la relation fraternelle a toujours pour effet un conflit fraternel.

Avec ce type de schéma la thérapie fraternelle se justifie afin de soulager les parents de cette mission qu'ils se donnent.

Un autre angle d'analyse concerne la relation entre le patient désigné et le reste de la fratrie. SP Bank et MD Kahn<sup>(9)</sup>, à nouveau, se sont intéressés à la situation du frère sain par rapport au frère perturbé. Il apparaît que le frère sain sait prendre une subidentité spécifique et satisfaisante comme frère d'un enfant perturbé. Les perturbations et le comportement du frère perturbé, même s'ils sont inconfortables donnent satisfaction au Moi parce qu'ils obligent l'enfant normal à être compétent et même supérieur aux yeux de ses parents. Les parents auraient un rôle déterminant dans les assignations de ces identités opposées. L'enfant sain se sent obligé de modifier son comportement, il apprend à renoncer et inhiber les parties vitales et agressives de lui-même pour protéger le frère vulnérable. Il doit maîtriser l'expression de ses sentiments de rivalité. L'inhibition de la colère implique la création d'autres modes d'expression qui peuvent être la plaisanterie, l'humour, mais aussi des comportements déviants. Etre agressif vis-à-vis du frère perturbé revient à défier les parents et à se montrer déloyal.

En outre, la place du patient désigné devient indispensable au fonctionnement du système familial et fraternel. Quand la symptomatologie s'estompe il peut apparaître une panique dans le système fraternel devant cette place vide qui va devoir être occupée. Chacun des membres de la fratrie peut se demander si ce sera à lui de remplir cette fonction. Dans ce genre de situation, il peut arriver

qu'un frère, angoissé à l'idée de devoir prendre cette place, tâche d'entraver la guérison de l'enfant perturbé.

Ce mécanisme montre bien l'importance de prendre en compte la fratrie d'un patient et la dynamique du sous-système fraternel.

### **Aperçu clinique de la relation fraternelle comme outil thérapeutique**

Cette revue de la littérature ne se veut pas exhaustive, mais base d'une réflexion. Je souhaite, à présent, la mettre en lien avec l'analyse de trois vignettes cliniques. Point de vue forcément partiel mais qui permet de mettre en évidence l'intérêt de la prise en compte de la fratrie dans les prises en charge psychiatriques. Chaque situation clinique a permis d'identifier une modalité d'interaction fraternelle prédominante.

Dans le premier, cas il s'agissait d'une relation d'indifférenciation visant à la construction d'un sentiment d'appartenance familiale. Il s'agit d'une fratrie de 5 adultes dont les 4 derniers sont venus consulter en demandant une thérapie de fratrie. Cette demande est apparue à la suite du décès de leur père, qui a provoqué un rapprochement pour différentes raisons :

- le ressenti partagé d'un soulagement lors de ce décès, qui est devenu une source d'inquiétude ;

- un sentiment de trahison de la part de la fille aînée qui s'est comportée, d'après eux, comme héritière unique du père.

Ils se sont présentés en évoquant les mêmes souffrances : une difficulté à avoir une vie de couple, un émoi affectif et une incapacité à pouvoir exprimer leurs émotions.

Le discours fraternel était monolithique avec un sentiment de non soutien parental et de préférence parentale à l'égard de l'aînée exclue. La deuxième situation illustre une relation « frère sain - frère perturbé » comprenant une fonction de soutien forte et une inhibition des sentiments d'agressivité.

Elle concerne une fratrie de deux, ayant une relation de proximité, de soutien et de loyauté importante à relier à un sentiment de non dis-

ponibilité parentale. Les troubles de l'aîné ont commencé à son adolescence avec des passages à l'acte autoagressifs et des addictions. La modalité relationnelle « frère sain - frère perturbé » s'est mise en place et s'est poursuivie jusqu'à l'âge adulte malgré l'apparition d'une maladie grave chez le « frère sain ». Leur proximité et leur loyauté ont rendu possible un soutien médiatisé par une prise en charge psychiatrique lors d'un épisode de décompensation de l'aîné. La prise en charge commune a permis un assouplissement des fonctions et la découverte d'autres modalités relationnelles.

La troisième situation décrivait une relation fraternelle quasi parentale favorisée par une différence d'âge importante et entretenue avec une certaine rigidité.

Il s'agit de deux membres d'une fratrie de 5 qui ont été pris en charge à la suite de la décompensation de l'un d'entre eux. Les deux frères ont 16 ans d'écart et ont établi une relation quasi parentale. Leur relation de soutien passe par une relecture de leur histoire familiale et, surtout, de la relation avec leurs parents. Cette prise en charge a mis en évidence un déplacement de symptôme qui a permis de rééquilibrer et d'assouplir leur relation initialement asymétrique et rigide.

Ces trois vignettes cliniques ont permis d'identifier la relation fraternelle comme support d'appartenance familiale et fonction de soutien. Elles ont aussi fait preuve de l'intérêt de cette relation dans la prise en charge psychiatrique.

### **La relation fraternelle comme support du sentiment d'appartenance familiale**

Le besoin d'appartenance familiale fait référence à l'organisation sociale primitive. Ainsi que le décrit Freud dans *Totem et tabou*<sup>(1)</sup>, l'organisation la plus primitive consiste en une association d'hommes jouissant de droits égaux et soumis aux limitations du système totemique. Elle fût secondaire au meurtre du père ; « les frères une fois réunis sont devenus entrepreneurs et ont pu réaliser ce que chacun d'eux, pris individuellement, aurait été incapable de faire. (...) Par l'acte de l'absorption du père ils réalisaient leur identification avec lui, s'approprièrent chacun une partie de sa force ». « Le système totemique était comme un contrat conclu avec le père, contrat par lequel celui-ci promettait tout ce que l'imagination infantile pouvait attendre de lui, protection, soins, faveurs, contre l'engagement, pris envers lui, de respecter sa vie, c'est-à-dire de ne pas renouveler sur lui l'acte qui avait coûté la vie au père réel ». Le totem peut être représenté par le mythe familial. Ainsi que le définit R. Neuberger<sup>(13)</sup>, le mythe est « l'élément organisateur, totem, signifiant familial ». Il s'agit d'un ensemble de croyances sur les qualités supposées du groupe. De ces croyances découlent des règles de comportement concernant les membres du groupe. Tant le type de relation qu'ils doivent établir entre eux que le type de relation qu'il est attendu que chacun d'eux établisse avec le monde extérieur. Le mythe familial est ce qu'il y a de plus intime dans la famille, ce qui assure une identité familiale et qui permet à un sujet de se repérer dans sa propre identité soit en s'identifiant soit en s'opposant.

L'appartenance indique, elle, la relation d'un élément à un ensemble qui le contient et auquel il appartient. Le groupe donne à l'individu une identité groupale comblant ce que Freud appelait le « narcissisme des petites différences ».

Le sentiment d'appartenance passe par la création du mythe familial. A mon sens, l'existence d'un discours autonome et différencié du groupe fraternel permet la constitution d'un

## LIVRES

### **Des savants face à l'occulte 1870-1940**

Sous la direction de Bernadette Bansaude-Vincent et Christine Blondel\*  
*La Découverte*

Tables tournantes et parlantes, somnambules et médiums, fantômes et ectoplasmes ont captivé l'attention d'une fraction non négligeable de la communauté scientifique française au tournant du XX<sup>e</sup> siècle. Ces phénomènes pouvaient-ils s'expliquer par la physique, la biologie, ou bien relevaient-ils de la psychopathologie ? De nombreux savants tentèrent de les soumettre à la méthode expérimentale : Pierre et Marie Curie participèrent aux séances d'une médium, Camille Flammarion enquêta sur la télépathie, tandis que le prix Nobel de physiologie Charles Richet proclamait sa croyance aux fantômes et fondait la « métapsychique ». Après cette période d'engouement pour les phénomènes occultes, dans les années 30, en dépit d'une radiesthésie aux ambitions scientifiques, toute forme d'occulte a été bannie du champ scientifique et renvoyé vers les « parasciences ». Ce livre présente neuf récits d'épisodes de cette période. Au-delà, les historiens des sciences et de la culture qui ont contribué à cet ensemble, éclairent ce mouvement d'ouverture puis de fermeture de la communauté scientifique française, dont les effets se font encore sentir.

\*avec les contributions de Bernadette Bansaude-Vincent, Christine Blondel, Jacqueline Carroy, Patrizia D'Andrea, Nicole Edelman, Patrick Fuentès, Pierre Lagrange, Pascal Le Mail, Bertrand Méheust, Michel Piessens.

### **Les psychothérapies psychanalytiques en institution**

#### **Approche psychologique et clinique**

Sous la direction de Valérie Boucherat-Hue\*  
Préface de Daniel Widlöcher  
Postface de Jean Cournut  
*Dunod*

Cet ouvrage propose une réflexion engagée sur le statut des psychothérapies psychanalytiques, à partir d'une illustration de la clinique psychanalytique en psychiatrie adulte.

Une première partie analyse le statut des psychothérapies psychanalytiques à l'hôpital, à travers leurs enjeux historiques, politiques et socio-économiques. Une seconde partie met en avant le nécessaire ajustement théorico-clinique des dispositifs psychothérapeutiques en institution, qui se présentent comme autant d'aménagements du cadre et dans le cadre psychanalytique. Enfin, une dernière partie est réservée aux illustrations cliniques, qui témoignent de la dynamique des processus psychothérapeutiques envisagés au cas par cas. Les auteurs de ce livre souhaitent témoigner non seulement que les psychothérapies strictement psychanalytiques sont possibles à l'hôpital, mais aussi que le cadre plurifocal de la prise en charge institutionnelle en permet la mise en place et le déroulement dans bien des situations cliniques délicates, qui nécessitent une stratégie de soin concertée au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

\*avec la participation de P. Bailly-Salim, M. Blévis, B. Claudel, M. Déchaud-Ferbus, H. Ivancovsky, A. Jeanneau, J. Lacassin, G. Lecoin, P. Letarte, M.-L. Roux, M. Schweich.

## **L'Observatoire des schizophrénies\***

La tradition psychiatrique française a longtemps privilégié *l'art de l'observation*. Or, il nous a semblé ne plus rencontrer dans la littérature récente d'histoires de cas : les diagnostics opérationnels nous en auraient-ils détournés à notre insu ?

Peut-être regrettez-vous comme nous cet état de fait ? L'Observatoire des schizophrénies\* souhaite vous associer à son projet de soutenir un retour à l'observation clinique.

Au cours de notre carrière, chacun d'entre nous a été marqué par un ou plusieurs malades atteints de schizophrénie : un patient qui nous a appris quelque chose de sa maladie ou même à modifier notre pratique, un autre dont l'évolution a été surprenante ou la prise en charge non conventionnelle etc. De telles histoires de cas sont riches d'enseignement. Pourquoi ne pas les écrire et les faire connaître ?

C'est l'ambition que se donne l'Observatoire des schizophrénies, en lançant un appel à rédaction à tous les psychiatres français.

- Appel à rédaction d'histoires de cas de schizophrénies
- Auprès de tous les psychiatres français
- Texte de 6 à 8 pages dactylographiées environ
- Délai de réception: 17 juin 2002

Adressé au Dr Jacqueline Augendre : Editions de l'Interligne, 140 rue Jules-Guesde, 92593 Levallois-Perret Cedex.

E-mail: jaugendre@edition-interligne.com

Le jury, désigné par l'Observatoire des schizophrénies, sélectionnera les 12 meilleurs textes et décernera parmi eux, le **Prix Clinique de l'Observation**.

Les 12 meilleurs textes seront publiés dans un numéro exceptionnel des *Carnets de l'Observatoire* consacré à l'art de l'observation et distribué à l'ensemble de la profession.

Le Comité scientifique de l'Observatoire des schizophrénies : Pr Jean-Michel Azorin, Marseille ; Dr Michel Botbol, Sceaux ; Dr Alain Bottero, Paris ; Dr Roy Didi, Dijon ; Dr Michel Faruch, Toulouse ; Dr Denis Leguay, Angers ; Dr Pierre-Michel Llorca, Clermont-Ferrand ; Pr Jean-Pierre Olié, Paris ; Dr Jean-Charles Pascal, Suresnes ; Dr Gilles Vidon, Saint-Maurice. ■

P.C.

\* L'Observatoire des schizophrénies est un groupe de réflexion composé de psychiatres de pratiques diverses, soutenu par l'Institut Lilly. Il se donne pour mission d'encourager des études et de promouvoir des recherches innovantes dans le domaine des schizophrénies.

## LIVRES

**Construction de la psychologie scientifique. Karl Lashley et la controverse sur l'esprit et le cerveau**

Nadine M. Weidman

Traduction de la 1<sup>ère</sup> édition anglaise par Françoise Parot  
DeBœck Université

Ce livre construit une image de Karl Lashley et, à la fin, la déconstruit. Il prend tout d'abord le parti de présenter les travaux scientifiques de ce neurophysiologiste américain comme un exemple même de « neutralité », en montrant les sources et les stratégies utilisées par Lashley pour donner une image purement scientifique : son opposition à la théorisation comme aux applications, sa confiance dans les seuls « faits » du fonctionnement du cerveau, son adhésion sans réserve au déterminisme héréditaire du comportement. L'auteur montre que Lashley a, en réalité, utilisé cet héréditarisme pour appuyer sa revendication de pureté et de neutralité. Le désintéressement de Lashley constituait, en fait, une position politique et, en se fondant sur l'analyse de sa correspondance privée, il est mis en évidence que ses convictions politiques et ses idées sociales particulières étaient cohérentes avec ses travaux scientifiques.

**La médecine traditionnelle japonaise****Œuvres classiques du Bouddhisme japonais**

Volume III

Traduites, présentées et annotées par Asuka Ryôko avec la collaboration de Christophe Cauvin, Sophie Houdart et Elisabeth Gautier  
L'Harmattan

On trouvera, dans cet ouvrage, deux textes : « *Yôjôkun* » écrit par un médecin confucianiste de l'époque d'Edo, Kaibara Ekken (1630-1714) et « *Chiyomigusa* » écrit à la même époque par un moine bouddhique anonyme qui appartenait à l'école bouddhiste Nichiren. *Yôjôkun*, qui était un best-seller à l'époque d'Edo, continue à l'être aussi de nos jours. Il est regardé comme la Bible dans le domaine de la médecine traditionnelle japonaise. Kaibara Ekken dévoile l'art de vivre longtemps sans maladie et met l'accent sur la prévention. Il explique les précautions à prendre à l'égard de la nourriture, des exercices, de la paix du cœur, du travail, etc. et aborde les différents aspects de la médecine traditionnelle : l'acupuncture, les massages, le Kyû et la pharmacopée traditionnelle.

Au Japon, le nombre d'hôpitaux qui utilisent simultanément la médecine moderne et la médecine traditionnelle est en constante augmentation.

Dans l'autre livre intitulé *Chiyomigusa*, un moine bouddhiste initie à l'art de soigner le malade afin de le conduire à la Terre Pure.

**Cerveau et psychologie**

Olivier Houdé, Bernard Mazoyer et Nathalie Tzourio-Mazoyer

Presses Universitaires de France

Cet ouvrage tout en couleur présente et analyse les nouvelles images du cerveau obtenues au cours des processus de pensée. L'IRM cérébrale fonctionnelle permet de voir le cerveau en action qu'il s'agisse de l'attention et la mémoire, la production et la compréhension du langage, le raisonnement logique ou la logique.

mythe familial particulier à la fratrie. Ce mythe concerne l'histoire des parents et leur relation avec chacun des enfants. L'autonomie et la différenciation des discours du groupe fraternel dépendent de la disponibilité parentale. Elles sont d'autant plus importantes que les parents sont indisponibles, notamment à cause de conflits conjugaux.

Le mythe créé dépend, également, des relations des parents avec leurs enfants. La présence d'une préférence parentale manifeste entraîne une difficulté de communication à l'intérieur de la fratrie. Dans les cas cliniques cités, en dehors de la fratrie de deux, le groupe fraternel s'est constitué en excluant l'enfant pour lequel s'est manifestée une préférence parentale. Dans ce cas, il semble même que le discours fraternel soit une tentative de réparation de cette inégalité vécue.

Pour chacun des trois cas cliniques on peut dénoter un besoin d'appartenance familiale fort qui passe par la relation fraternelle. Par ailleurs, leurs histoires sont similaires par deux aspects :

- le sentiment d'avoir eu des relations non soutenantes et distantes avec leurs parents. Tous les membres du groupe fraternel présents, hors le membre exclu considéré comme le préféré parental, en ont parlé. Du reste, dans les trois cas, cette non disponibilité est fortement liée à un conflit à l'intérieur du couple parental ;
- le fait qu'aucun des sujets n'ait de relation de couple stable, à l'exception du benjamin de la première fratrie. Ce besoin d'appartenance à leur famille d'origine passant par la relation fraternelle, eût-il été aussi important s'ils étaient arrivés à créer une « nouvelle famille » ? En somme, l'importance de la relation fraternelle est à relier tant à l'histoire infantile et à la disponibilité parentale, qu'à l'histoire présente et à l'existence de nouveaux liens familiaux stables et soutenants.

**Fonction de soutien**

Le soutien dans la relation fraternelle s'exprime différemment en fonction des modalités relationnelles existantes.

**La situation « frère sain / frère perturbé »**

Dans la situation « frère sain / frère perturbé », le soutien de la part du frère sain est d'emblée visible. En général la situation s'inscrit dans le cadre de l'histoire infantile avec désignation parentale. Le frère sain se doit de soutenir le frère perturbé par loyauté envers ses parents ; il apprend, à inhiber une partie de son agressivité et des sentiments de rivalité à l'égard du frère perturbé. Le risque de cette situation est d'aboutir à une rigidité des fonctions avec une impossibilité pour le frère sain d'exprimer une quelconque souffrance.

**La situation d'indifférenciation fraternelle**

Dans une situation d'indifférenciation entre les différents membres de la fratrie, il semble qu'il n'y ait pas de possibilité d'expression d'une souffrance individuelle devant les autres, si elle n'est pas reliée directement à leur histoire commune. C'est un fait dans le premier cas clinique rapporté, où il n'y a pas eu de désignation d'un enfant plus souffrant que les autres dans la fratrie. Il semble que leur solidarité passe par une non différenciation dans l'expression de la souffrance.

**Intérêt de la prise en compte des relations fraternelles dans la pratique psychiatrique****Prise en compte du sentiment d'appartenance familiale**

Dans les trois cas cliniques, le besoin d'appartenance familiale qui passe par la relation

fraternelle prend naissance dans un sentiment d'absence de soutien parental. A ce titre, il présente une fonction réparatrice. Le fait de recevoir la fratrie et de la prendre en compte est une manière de reconnaître ce lien et de renforcer sa fonction réparatrice.

Relire l'histoire familiale, à partir des différents points de vue des membres de la fratrie peut avoir aussi une fonction réparatrice.

**Prise en compte de la rivalité fraternelle**

Dans la situation « frère sain / frère perturbé », la rivalité, à défaut d'être l'aspect le plus visible de la relation, est cependant présente. Cette rivalité peut s'exprimer par l'apparition de symptômes chez le « frère sain ». Ce sentiment de rivalité est probablement atténué si la souffrance des différents membres de la fratrie est prise en compte par les thérapeutes.

Pour le frère perturbé, c'est la perception de la souffrance de l'autre, la constatation qu'il n'est pas le seul souffrant qui permet une atténuation de la rivalité.

Pour le frère sain, c'est la possibilité d'exprimer sa souffrance sans se sentir déloyal à l'égard de ses parents ni de son frère, celui-ci étant dans la position d'être soutenu par les thérapeutes.

Je pense que cette prise en compte permet d'atténuer les sentiments de rivalité et d'assouplir les fonctions de chacun.

**Prise en compte des fonctions de soutien**

Les fonctions de soutien à l'intérieur de la fratrie sont souvent spontanément mises en oeuvre. Cependant, je pense que la prise en compte de la fratrie permet dans certains cas de les renforcer.

En fonction du type de relation fraternelle les possibilités de soutien semblent plus ou moins mobilisables. Quand il y a un frère désigné comme « perturbé », la solidarité est facilement mobilisable et visible même si elle cache souvent des sentiments de rivalité qu'il faut savoir prendre en compte. Quand il n'y a pas de désignation, il semble que le fait qu'un des membres se montre souffrant soit vécu comme une déloyauté à l'égard des autres. Les fonctions de soutien dans ce type de situation me semblent plus difficilement mobilisables.

**Conclusion**

En guise de conclusion et à la lumière de ces trois histoires cliniques, on peut affirmer que les relations fraternelles peuvent constituer

un support thérapeutique. En premier lieu par leurs différentes fonctions potentielles, que sont : la création et survivance d'un mythe familial nourrissant l'existence d'un sentiment d'appartenance ; la relecture de l'histoire familiale sur la base de la subjectivité de chacun, afin d'en délivrer une approche plus globale ; les fonctions de solidarité et de soutien, notamment dans les moments de modification de la structure familiale. Et en second lieu, par le fait qu'elles constituent la relation familiale la plus longue et donc souvent la seule relation avec sa famille d'origine persistant à l'âge adulte. ■

Marie Liesse de Lanversin\*

\*Assistante spécialiste, service du Dr Destal, EPS de Ville Evrand.

**Bibliographie**

- (1) A. LANGEVIN, *Frères et sœurs, les négligés du roman familial*, dans le collectif « la fratrie méconnue » dirigée par B. Camdessus, Edition E. S. F., Paris, 1998, p.19 à 31.
- (2) S. FREUD, *Totem et tabou*, Petite Bibliothèque Payot, numéro 77, 1988.
- (3) M. MEAD, *Une éducation en Nouvelle Guinée*, Edition Payot, Paris, 1973.
- (4) T. NATHAN, *L'amour sorcier*, Autrement, 1990, 112, 116-124.
- (5) P. DURET, *Anthropologie de la fraternité dans les cités*, Edition PUF, Paris, 1996.
- (6) M.P. LECOURT, *L'enfant soigné en psychiatrie et sa fratrie*, Enquête sur la fratrie de quinze enfants traités dans un hôpital de jour du 13<sup>e</sup> arrondissement, *La psychiatrie de l'enfant*, 1971, 14, 1, 83-104.
- (7) J. LACAN, *Les complexes familiaux dans la formation de l'individu*, Edition Navarin, Paris, 1984.
- (8) D. MARCELLI, *Œdipe, fils unique*, Adolescence, 1993, 11, 2, 229-248.
- J.P. ALMODOVAR, *Les expériences fraternelles dans le développement de l'enfant*, Collectif dirigé par M. Soulé : « Frères, et sœurs », Edition ESF, Paris, 1981, 29-43.
- (9) J.P. ALMODOVAR, *Les expériences fraternelles, un champs conceptuel à investir*, Générations, 1996, 8, 14-20.
- (10) S.P. BANK et M.D. KAHN, *Sisterhood, brotherhood is powerfull : sibling system an family therapy*, Collection Family process, Rochester (NY), 1975, numéro 14.
- (11) E.ROMANO et P. CHALTIEL, *Les liens fraternelles dans la thérapie familiale*, Générations, 1997, 13, 44-50.
- (12) R. NEUBURGER, *Le mythe familial*, Edition E.S.F., Paris, 1995.
- (13) R. NEUBURGER, *L'irrationnel dans le couple et la famille*, Edition E.S.F., Paris, 1988.

**Loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé**

La loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé vient d'être adoptée. La Fédération d'Aide à la Santé Mentale Croix-Marine avait proposé un amendement qui a été retenu et adopté sous l'Article 93 :

« Afin de mettre en œuvre une démarche thérapeutique préalablement définie dans le cadre du secteur ou d'un établissement, une association, à visée de soin, de prévention, de réadaptation et de réhabilitation des patients, régie par les dispositions de la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 relative au contrat d'association, peut être constituée, regroupant notamment des patients, des personnels hospitaliers et des tiers, personnes physiques ou morales.

Le médecin responsable de la démarche de soins doit rester le garant de la bonne exécution de celle-ci au sein de l'association.

Une convention est signée entre l'établissement et l'association. Elle précise les modalités de mise à disposition par l'établissement d'équipements, de moyens matériels et financiers et les conditions de leur utilisation par l'association.

Elle indique les conditions dans lesquelles le personnel hospitalier peut contribuer au fonctionnement et aux activités de l'association.

L'association rend annuellement compte par écrit à l'établissement de sa gestion et de l'utilisation des moyens mis à sa disposition ».

La Fédération d'Aide à la Santé Mentale Croix-Marine se félicite de l'adoption de ce texte qui va permettre aux acteurs de la santé mentale de promouvoir et de développer des initiatives associatives en partenariat avec les établissements publics. Cette dynamique favorisera la participation, en tant que sujet, des patients adhérents, aux actions de soins et d'insertion.

B.L.

## Je ne suis pas malade ! Je n'ai pas besoin d'aide !

### Etiologie et traitement de la faiblesse de « l'insight » dans les troubles psychotiques\*

L'objectif principal de cette conférence a été essentiellement d'amener le praticien à réfléchir sur l'étiologie de ce symptôme, au sens anatomo-pathologique ou psychologique, sur ses conséquences dans la prise en charge globale de l'état psychotique et enfin sur la meilleure façon d'aider le patient.

...« Vous, Madame R, vous êtes parmi nous aujourd'hui, et selon vous, vous appartenez à l'équipe organisatrice de cette conférence qui a lieu ce soir. Mais voilà, au nom de cette équipe, je suis chargé de vous parler car celle-ci s'inquiète beaucoup pour vous. En effet, depuis plusieurs semaines vous vous présentez tous les matins au siège de la direction et chaque jour on vous explique que vous n'y travaillez pas.

Malgré ces affirmations vous continuez de venir. Tous pensent donc que vous n'allez pas bien et que vous auriez besoin d'être soignée, c'est pourquoi une ambulance vous attend afin de vous hospitaliser ».

Pour introduire cette conférence, X. Amador a utilisé cette mise en scène en s'adressant à une organisatrice pour amener les auditeurs à mieux comprendre ce que peut ressentir un patient psychotique face à l'annonce de sa maladie.

Comme cette personne à qui le conférencier s'est adressée, le patient ressent une grande angoisse et une certaine colère face à la remise en question de sa réalité intra-psychique et va mettre en place un mécanisme de défense contre cette angoisse : la négation des troubles. Il va alors refuser cette réalité qui n'est pas la sienne et par conséquent va refuser les soins. Pour lui tout est normal, habituel et le plus souvent il se sent bien. Pour quel motif accepterait-il donc de prendre des médicaments, surtout s'il constate qu'ils sont à l'origine de nombreux effets indésirables ? X. Amador rapproche la non-conscience des troubles du psychotique de l'anosognosie, terme qu'il emprunte à la sémiologie neuropsychologique. En comparant des patients atteints de glioblastome du lobe temporal gauche, ou bien certains hémiparétiques, il a constaté que l'anosognosie de ces patients ressemblait beaucoup au manque de conscience des troubles chez les schizophrènes.

L'anosognosie signifie « méconnaissance d'un trouble par le malade ». Babinski a consacré ce terme en 1914, mais le sens en deviendra plus restrictif par la suite et seuls les neurologues l'emploieront alors pour désigner certains symptômes observés au cours des accidents vasculaires cérébraux survénant dans les hémisphères mineurs.<sup>(1)</sup>

Sur le plan anatomo-pathologique, la lésion causale entraînant l'anosognosie de l'hémiparésie siège principalement dans la région rétro-lenticulaire de la capsule interne, au carrefour des voies optiques et des voies de la sensibilité profonde.

La caractéristique principale de ces hémiparésies est l'indifférence ou la négligence face à la paralysie bien que les patients conservent toutes leurs facultés intellectuelles.

Ils ne semblent pas avoir conscience de leur déficit et il existe souvent une réelle obstination à nier les symptômes. Il s'installe alors une résistance face à la réalité de la maladie avec un refus de la reconnaître.

Le malade réagit comme si son hémicorps paralysé ne lui appartenait plus, comme s'il était détaché de lui : c'est en sorte une forme de clivage.

#### Quelles sont les conséquences de la mauvaise conscience des troubles psychotiques chez les schizophrènes ?

Selon X. Amador, une étude réalisée en 1973 par l'Organisation Mondiale de la Santé, montre que 81% des patients auraient un déni total de leur maladie. Cette étude aurait été confirmée en 1986 par l'équipe de Wilson. Plus précisément, en étudiant 221 patients schizophrènes, X. Amador a constaté que 32,1% d'entre eux n'avaient aucune conscience de leur maladie, que 25,3% en avaient une certaine conscience et qu'enfin seulement 40% en avaient conscience.

La non-conscience de la maladie n'empêche pas le patient psychotique de reconnaître certains de ses symptômes. Ainsi, par exemple, la majorité des patients présentant des hallucinations pensent avoir un émetteur dans leur cerveau. Ils ont conscience de leurs symptômes, arrivent plus ou moins à les critiquer sans, pour autant, parvenir à les rattacher à une maladie. Ce manque « d'insight » pourrait être responsable d'une mauvaise prise en charge globale du patient, d'une qualité relationnelle médiocre voire mauvaise avec le psychiatre, d'un manque de confiance vis-à-vis de l'équipe et surtout d'une mauvaise observance du traitement.

#### Comment peut-on aider un patient psychotique qui n'a pas conscience de sa maladie ?

Pour X. Amador, il est important d'informer le patient et la famille de la maladie et d'instaurer rapidement une thérapie de type cognitif en privilégiant une écoute dite « réflexive ».

En effet, l'objectif du praticien n'est pas de faire prendre conscience au patient de la réalité de la situation mais de lui montrer qu'il

est sensible à ses préoccupations même si elles sont délirantes.

Le but est d'instaurer une relation de confiance avec le malade, de travailler cette relation afin qu'elle devienne solide, durable, et de permettre ainsi les soins. Le patient a besoin de se sentir compris et non jugé.

Par exemple, si un patient schizophrène, qui n'a pas travaillé depuis plusieurs années, fait part à son psychiatre de son désir de retrouver un emploi, il sera très déçu, et aura tendance à se mettre sur la défensive, s'il entend qu'il n'en est plus capable.

La relation de confiance ne pourra pas se développer, aura plutôt tendance à se dégrader et donc à remettre en cause la qualité des soins.

L'intérêt de l'écoute réflexive est de renvoyer au patient ses propres déclarations et espérances et de lui permettre ainsi de mieux faire confiance à son psychiatre. X. Amador évoque un de ses patients qui entendait des voix. Celles-ci lui faisaient très peur. Pour sympathiser avec lui et le mettre en confiance, il lui a expliqué que si cela lui était arrivé personnellement il aurait eu également très peur. L'objectif n'est pas de savoir si les propos du patient sont crédibles ou pas mais de lui montrer que l'on est sensible à ses préoccupations.

En conclusion, X. Amador souligne le fait qu'on ne peut attendre d'un patient qu'il se comporte en tant que tel et propose donc au thérapeute de se concentrer d'abord sur les paroles du patient psychotique avec lesquelles il est d'accord, ensuite d'essayer de trouver « un terrain d'entente » pour permettre l'instauration d'une relation de bonne qualité et enfin de prendre en considération les plaintes du psychotique et lui montrer qu'on les entend et qu'on s'en préoccupe même si on ne peut pas toujours y répondre directement. ■

S. Fanchon\*\*

(1) A. Porot, Manuel alphabétique de psychiatrie, PUF, 2001.

\*Cinquième Rencontre « Schizophrénie Sans Frontières » organisée le 17 décembre 2001 par le Pr Julien Guelfi, Hôpital Sainte-Anne, CMME, en partenariat avec le laboratoire Janssen-Cilag.

\*\*Assistante CPOA, CH Sainte-Anne, Paris.

## LIVRES

### Les héritiers de Leibniz

Jacques Croizer

L'Harmattan

Ce n'est pas sans raison que nos contemporains continuent à lire Leibniz. Certains, comme I. Prigogine, y trouvent les prémices de l'idée de *déterminisme instable*. D'autres, comme Deleuze, dans *Le pli*, voient dans le leibnizianisme une philosophie de l'événement. Parmi les idées auxquelles Leibniz croyait, se trouve celle de *forme substantielle*, qu'il entendait sauver au seuil des temps modernes. Qui, parmi nos contemporains, est capable d'expliquer pourquoi un être vivant, au cours de son passage par les différents stades de l'embryon, se plie à des contraintes non pas physiques mais *géométriques* ?

### Le manuel Merck de gériatrie

2ème édition

Editions d'Après

Après la parution du *Manuel Merck de diagnostic et thérapeutique* il y a un peu plus d'un an, la seconde édition en langue française du *Manuel Merck Gériatrie* est proposée pour répondre de façon spécifique aux besoins des patients âgés. L'espérance de vie augmentant d'un trimestre par an, actuellement, un patient sur 3 a plus de 65 ans et requiert des soins particuliers. Cet ouvrage, qui a fait appel à plus de 150 spécialistes reconnus, privilégie une approche interdisciplinaire qui souligne les changements significatifs de ces dernières années en soins gériatriques.

### Le crime était presque sexuel et autres essais de casuistique juridique,

Marcela Iacub

EPEL

Dans le contexte actuel de forte judiciarisation des questions politiques, on a pu entendre que le droit devait, entre autres, choses, empêcher que nous ne devenions fous, nous donner « des repères », comme si nos Etats étaient devenus de grandes crèches pastorales gardées. Cet ouvrage conteste ces discours liberticides, non pour prôner que le droit peut tout, qu'on serait en mesure de tout recommencer, comme si l'on vivait la fête d'une aube perpétuelle, il tente, au contraire, à l'aide de l'outil juridique, d'ouvrir pleinement au vertige d'une liberté finie. Ou, pour reprendre le mot de Foucault de « saisir les points où le changement est possible et souhaitable pour déterminer la forme précise à donner à ce changement ».

### Hôpital et médiation

Sous la direction de Michèle

Guillaume-Hofnung

L'Harmattan

Le sujet « Hôpital et Médiation » peut être abordé d'un triple point de vue : celui des juristes, celui des médecins et, naturellement, celui des utilisateurs, ce qui le situe en pleine interdisciplinarité. Il s'agit d'améliorer la condition des malades, promouvoir le droit aux soins, à la connaissance de son dossier et à l'information sur sa maladie. En effet, il est tout à fait vrai que le système de soins a beau être de plus en plus performant, il engendre néanmoins une grande insatisfaction, notamment par un déficit de prise en compte de la parole des usagers. La médiation devrait pouvoir apporter un début de solution à ces problèmes.

## VI<sup>e</sup> CONGRES INTERNATIONAL SUR L'OBSERVATION DES NOURISSONS

Selon la méthode d'Esther Bick

« NOUVELLES DÉCOUVERTES ET APPLICATIONS »

Centenaire de la naissance d'Esther Bick  
Cracovie - Przemysl, du 28 août au 1er septembre 2002

« Apprivoiser, c'est créer des liens »

Antoine de Saint-Exupéry

Esthera Lifsha Wander, connue sous le nom d'Esther Bick, est née le 4 juillet 1902 à Przemysl. Quel lieu aurait mieux convenu que la Pologne, sa première patrie, pour célébrer le centenaire de sa naissance ?

Les idées d'Esther Bick nous enseignent le respect du à chaque être humain et nous apprennent à approfondir nos capacités à éprouver et à comprendre. Elles sont profondément enracinées dans les valeurs humaines. C'est pourquoi nous proposons le lien comme thème principal du Congrès Esther Bick 2002.

Nous vous invitons en Pologne, pays en pleine mutation sociale et économique, à Cracovie, centre important de la culture européenne, et à Przemysl, ville de l'enfance d'Esther Bick, où une session historique aura lieu. Une exposition sur Esther Bick est prévue à cette occasion.

Bienvenue en Pologne en août 2002 !

Andrzej Gardziel

Comité d'organisation : Dr Ewa Bielanska, Dr Andrzej Gardziel (président), Maria Gardziel, Małgorzata Gorzula, Irena Kolaczowska, Dr Maria Kujawa, Iwona Pieniazek, Małgorzata Strzalkowska, Dr Anna Szarkowska, Dr Katarzyna Wierzychowska.

Adresse : Towarzystwo Psychologii i Psychiatrii Malego Dziecka imienia Esther Bick, Association Esther Bick de Psychologie et de Psychiatrie du Jeune Enfant, Al. Pokojow 2a, 31-548 Cracovie, Pologne.

Tél/fax : (048) 12 411 02 56.

Inscription : Symposium Cracoviense, ul. Krupnicza 3, 31-123 Krakow. Tél. : (048) 12 422 76 00. Fax : (048) 12 421 38 57. E-mail : symposium@symposium.pl • www.symposium.pl

## LIVRES

**Le rire médecin**

Caroline Simonds et Bernie Warren  
Albin Michel

Le *rire médecin* est une compagnie de clowns qui intervient deux fois par semaine dans des services pédiatriques lourds offrant à chaque enfant un spectacle improvisé. Caroline Simonds, le Dr. Girafe, raconte ici une année d'intervention dans un service d'hématologie. Elle montre comment les clowns, en humanisant le traitement, aident les enfants à supporter la souffrance et à affronter les épreuves. Car s'il ne soigne pas en lui-même, le rire peut agir comme un catalyseur. Énergie, générosité et force intérieure sont des qualités indispensables pour créer de la légèreté et de la dérision dans un univers de souffrance et de mort. Et ces clowns-là n'en manquent pas même si les moments de rire sont ponctués de doutes et d'angoisses légitimes. Loin d'être artisanale, l'entreprise répond à un code de déontologie. Les trente comédiens qui la composent interviennent en duo, dans le respect des soins, mais aussi de la dignité de l'enfant et de sa famille. Le Dr. Girafe nous guide dans ce parcours parfois périlleux : il ne suffit pas d'un nez rouge pour amuser, surtout dans cet univers aseptisé de douleurs et d'incertitudes. Passée l'épreuve des réticences initiales, ces saltimbanques instaurent un climat de confiance avec l'enfant. Ils font partie intégrante du processus de soin (la blouse blanche l'atteste) ce qui ne les empêche pas de railler la hiérarchie, d'éclater le cadre rigide du soin technique pour ouvrir une fenêtre dans la bulle stérile. Limiter ces pantomimes endiablées et ces improvisations musicales débridées à de la simple distraction est une erreur, l'ouvrage nous en persuade. Chaque intervention aboutit à un petit miracle : canalisation de l'angoisse, reprise de la communication, gestion de la souffrance pour finalement permettre un clivage entre la maladie et l'enfant. Certains passages difficiles, chargés d'émotions, sont rendus supportables par la finesse et la virtuosité de l'auteur qui jamais ne verse dans la sensiblerie. Merci Dr. Girafe, pendant un instant, la peur, l'impuissance et la désolation ont laissé le champ libre à l'espoir, à l'humour et à la poésie. A la vie contre la mort.

Eric Hensgen

**La relaxation  
psychothérapique  
Méthodes et stratégies**

Charles Baillard  
L'Harmattan

Après une brève étude historique et la description des principales méthodes ou techniques de relaxation thérapeutique utilisées, l'auteur présente une méthode de relaxation psychothérapique qui, tout en étant issue du Training Autogène de Schultz, s'en différencie et se caractérise par l'importance donnée à l'imagerie mentale, au toucher et aux régressions. Certaines séquences peuvent même évoquer le rêve éveillé ou l'onirothérapie. La mise en jeu du corps et l'existence de temps régressifs favorisent l'émergence de manifestations émotionnelles aiguës bien connues des somatothérapeutes. Toutefois, les stratégies proposées en relaxation sont bien différentes. Le corps n'est interpellé qu'à travers les mots inducteurs, le toucher et le transfert. Il n'existe pas d'exercices dynamiques. L'accent est mis sur la nécessité d'analyser le matériel produit aux fins d'élaboration.

# Manifeste contra-sexuel

Beatriz Preciado  
Editions Balland

Imaginons ceci, au moins depuis Freud : tout texte s'écrit sur son contraire qu'il tient à l'écart et qu'il s'efforce d'effacer. Et toute l'histoire de la philosophie est cette histoire là : espérer en finir avec ce geste, d'abord en extrojectant le contraire de la Raison hors du monde (Platon), puis, à force d'échouer dans ce geste déréalisant, en réintrojectant la contradiction dans le mouvement même de la pensée (Hegel). Pour une grande part, la psychiatrie, et la psychanalyse, restent inscrites dans cet espoir.

Ce qui est vrai pour l'histoire de la philosophie l'est aussi sûrement et souvent pour l'histoire de chacun, balançant entre une position paranoïde objectant la contradiction en persécution, et une position *intranquille*, pourrait-on dire, subjectivant l'*en soi* en *pour soi* dans l'avènement de la conscience de soi...

Dans les deux cas, l'objet de la contradiction est « résolu » : effacé par extrojection ou introjection dans le concept. C'est à l'ambiguïté de cette résolution qu'est exposée toute pensée et peut-être toute pratique soucieuse d'articuler la subjectivité.

Or un autre geste serait-il possible, qui n'effacerait pas au moment où il montre, dont l'expression ne passerait pas par l'impression noir sur blanc qui se retranche d'elle-même ? Ce serait, on s'en doute, un geste inouï, à la fois philosophique, politique, éthique, subversif, révolutionnaire, sans doute littéraire et sûrement sexuel. Dans certains de ses aspects, la philosophie contemporaine est hantée par ce geste qu'elle tente de ne pas refouler comme elle l'a, si souvent, fait dans son histoire. Eh bien c'est peut-être un exemple de ce geste que donne à lire et à voir cet étrange livre de Béatriz Preciado *Manifeste contra-sexuel*.

Beatriz Preciado est philosophe de formation, d'origine espagnole et chercheur aux États-Unis. Ses références philosophiques sont, dans ce livre, essentiellement celles de la philosophie française contemporaine : Foucault, Deleuze, Derrida, La référence à Derrida joue un rôle pivot qu'on va essayer d'expliquer. Mais il faut aussi dire que B. Preciado est nourrie d'autres références, sociales, liées aux mouvements sexuels américains, en particulier le mouvement homosexuel mais aussi les mouvements abordant des modes différents de sexualité (*drag queens*, *queers*, etc.) Cette double référence fait de ce livre un étrange document, qui annonce peut-être ce que pourrait être le XXI<sup>ème</sup> siècle s'il n'est pas ravalé par l'obscurantisme. Ce serait aussi peut-être le moyen, pour certains lecteurs, de mieux comprendre l'enjeu et l'ampleur de la déconstruction à l'œuvre dans le travail de Jacques Derrida, en particulier pour ce qui concerne la sexualité et (donc) la psychanalyse. Ce *Manifeste contra-sexuel* peut ainsi être lu comme la traduction sexuelle de ce que Derrida traduit philosophiquement. En même temps que nourrie par la psychanalyse, l'œuvre de Derrida, depuis des textes de plus en plus incisifs, opère un retour sur la psychanalyse elle-même des « résistances » dont elle avait contribué à initier la lecture. Que dire de ce retournement ? Derrida déconstruit l'économie du « phallogocentrisme » et la manière dont Freud puis (surtout) Lacan constituent ce qu'on pourrait appeler l'*alibi du phallus*. L'*alibi* du phallus, c'est la manière dont ce concept, se constitue

dans son effet subjectif en se destituant : c'est la castration qui fait le phallus, le décide, le rend décisif et l'érige. Par la castration, le sujet se divise ; par sa division, il se différencie, et cette différence se marque corporellement par la différence sexuelle. Autrement dit, la castration greffe sur la différence anatomique une différence symbolique qui constitue l'Autre par soustraction et articule le désir en manque. La castration est alors l'alibi de l'Autre auquel le sujet sera dorénavant (dé)voûé, dans la permanence d'une répétition revenant sans cesse à (et de) cette place là, « vide ».

Dans des textes incisifs, (*La carte postale*, et plus récemment *Résistances de la psychanalyse et Etats d'âme de la psychanalyse*) Derrida déconstruit ce dispositif et appelle à un « *sans alibi* » que la psychanalyse résiste à dénuder, un sans alibi qui défétichiserait le phallus, et peut-être la psychanalyse elle-même et tout ce qu'elle soutient ou dont elle se soutient : la loi, le nom propre, la logique régulière et régulatrice du signifiant, la souveraineté, le réel « innommable », le silence etc.

## Différence sexuelle, différence grammaticale

C'est l'effet dans le sexuel (ou le réel, peut-être ?) de cette incision que Beatriz Preciado donne à lire. Croisant ce qu'elle appelle joliment les « *ciseaux de Derrida* » avec ceux parfois « réels » de machines linguistiques, sociales, médicales et techniques qui opèrent sur la sexualité, elle montre comment fonctionne aujourd'hui la production de la sexualité comme différenciation. S'intéressant par exemple à la manière dont intervient la chirurgie devant des nouveaux-nés intersexuels, dont le sexe est indécidable à la naissance, B. Preciado remarque que « *le travail d'assignation du sexe des nouveaux-nés intersexuels commence par un processus de sexuation/nomination : un organe reçoit le nom de clitoro-pénis, pénis-clitoris, micro-phallus ou micro-pénis non en fonction de la description des organes existants mais en fonction du sexe que l'on veut fabriquer. Le nom d'un organe a toujours valeur prescriptive* » (p. 100).

Il s'agit alors d'interroger cette prescription, et d'y lire l'exemple d'un principe général : une sorte de grammaire générative qui fixe le corps selon le genre, masculin ou féminin (le genre est une des premières règles grammaticales), et non l'inverse où on croirait que c'est le corps qui fixerait le genre. Ainsi, « *on est tous passés par cette table d'opération performative : c'est une fille ! C'est un garçon !* » (p.94). La différence sexuelle est l'effet de cette performativité. Or, c'est cette performativité que Derrida ne cesse de déconstruire, en rendant lisible ses effets à l'œuvre dans le droit, dans la loi, dans ce qui fait tenir le langage, le concept lui-même, et qu'il s'agit de déconstruire et « disséminer ».

C'est dans la conjonction de cette analyse de la médico-technologie du sexe comme greffe (d'organe sexuel) grammaticale, et de la déconstruction « grammaticale » derridienne, que B. Preciado rend alors lisible, de façon assez sidérante, les inversions (mais le phallogocentrisme dirait ici sans doute les *perversions*) permises par la rencontre chez l'humain entre le sexe et la technique. S'appuyant sur les mouvements de libération sexuelle et les auteurs qui en revendiquent les pratiques, elle fait des objets sexuels (godemichés, vibromasseurs, bondage, contrats masochistes etc) des indices de gestes « *contra-sexuels* » qui subvertissent non seulement la fétichisation

du pénis dans l'hétérosexualité, mais aussi la place symbolique donnée au phallus depuis la psychanalyse.

D'origine le plus souvent médicale, remplissant des fonctions prothétiques, orthopédiques ou parfois répressives sous couvert de « correction » antimasturbatoire par exemple ou de contrôle de la chasteté, ces objets prennent alors un statut sexuel et conceptuel détourné et nouveau : B. Preciado envisage ainsi de décrire « *l'analyse de la transformation de ces technologies de répression/reproduction en technologie de résistance underground* » (p.80). Alors « *il faut philosopher à coups de gode, plutôt qu'à coups de marteaux* » (cf Nietzsche), car « *le gode est l'impropre* » (p.66). Il est ce qui dissémine la loi du genre dont cherche à s'originer la différence sexuelle anatomisée : le gode atomise l'anatomie.

## Abolition de la propriété privée des moyens de reproduction

Philosopher à coups de gode, c'est comprendre cette loi de l'impropriété et de l'expropriation - c'est en fait une forme d'abolition de la propriété privée des moyens de production et de reproduction dans la sexualité, et alors « *le gode n'est pas un objet mais une opération de coupure* » (p. 66). En fait « *le gode précède le pénis* » (p. 67) et ainsi il « *fait figure d'exemple paradigmatique de ce que Derrida a défini comme le « dangereux supplément » dans l'analyse de l'opposition nature/culture chez Rousseau* ». Loin d'être la simple imitation du pénis, le gode en mimant le pénis, le mine : « *le gode dresse le pénis contre lui-même* » selon le principe de la mimesis qui dissémine tout original abîmé dans la différence sans origine assignable et doublant toujours déjà toute origine originellement dans son itérabilité (cf Derrida : *Mimesis-des-articulations*, Editions Galilée). Alors le gode fait passer de la sexualité « naturelle » à la sexualité technique, technologique, ce qui bouleverse la frontière du même et de l'autre et ouvre cet espace « *contra-sexuel* » que ce livre énonce, dans une grammatologie qui dénaturalise les genres et *contre-sexualise* le dispositif phallogocentrique et phallogocratique. Ce livre mériterait un colloque. Il tombera sans doute sous le coup d'un diagnostic psy sans discussion : « *perversion* », ou peut-être même : « *délire sexuel* » ! Les philosophes y liront peut-être, quant à eux, de la philosophie mal digérée... Ce serait aller vite en besogne, là où l'auteur construit une conception défétichisée de la sexualité, très peu « perverse » à strictement parler.

Le gode de Beatriz Preciado n'est pas fétichisé, ce n'est pas un fétiche qui suppléerait le phallus réduit au pénis manquant de la castration. Le gode n'est pas non plus (donc) un concept. Il est même plutôt une « *blague ontologique* » (sic). Et il n'est que la représentation d'une opération plus générale qui, elle, est une véritable opération de défétichisation, de détachement et de dissémination : le gode « *occupe une place stratégique entre le phallus et le pénis* » et « *va agir comme un filtre et dénouer la prétention du pénis à se faire passer pour phallus* » (p. 62). En fait le gode ne précède pas ni n'annule la castration, qui n'est pas déniée: le gode détourne plutôt la castration et la défétichise en la retournant depuis son envers dédoublé: c'est une opération qui décrit ce à quoi appelait récemment Jacques Derrida : *un au-delà de l'au-delà du principe de plaisir...* Ce n'est plus l'anatomie qui est le destin, comme l'affirmait Freud, car l'anatomie en elle-même est seconde depuis cette table d'opération grammaticale qui la nomme et la prénomme. Et du même coup, le *roc de la castration* qui était la traduction symbolique de ce destin se trouve à son tour questionné théoriquement, pratiquement et sexuellement, au profit d'une reconfiguration

technologisée et, en fait, grammatologisée du corps et de sa jouissance. Le gode ne dénie pas, il désidère.

### Un sujet sans alibi

Avant Freud, l'Homme restait muet devant Dieu-God dont il n'était que la copie difforme. Après Freud et Lacan, c'est Dieu qui est rendu muet, sous forme d'Autre barré et innommable mais ainsi subtilement restitué par un *sans rapport* qui l'absolutise et l'absout par un alibi inespéré : il est vain de prononcer le nom de l'Autre, insu. Or la scène de la sidération spéculaire s'est simplement déplacée avant et après la psychanalyse dans cette substitution du pénis au phallus, dans un dispositif maintenant finalement intact le phallus retotémisé. Le gode(e) de B. Preciado désidère cette scène, en constituant la possibilité d'une relation d'objet où l'objet ne sert pas de prétexte à fétichisation, (ce n'est pas un « objet », justement) mais est au contraire l'occasion de défétichisation du sujet lui-même désanatômisé : la jouissance est défétichisante et désidérante,

reconnue comme opération contrasexuelle de détournement de ce qui se faisait passer pour naturel, sous la forme de la présence anatomique pleine (le pénis) ou de l'absence symbolique vide (le phallus). Ce gode(e) ne restitue ni ne sauve aucun roi, aucune reine, aucune tête, aucun cap. Il n'assure plus aux lettres volées le retour à la place fétichisée d'un phallus rassuré et maintenu scellé : cet alibi réhabilité par un Dupin-analyste que le gode déshabilite et dissémine par cette opération grammatologique qui fictionnalise la lettre en la doublant d'elle-même : le gode, c'est la littérature. Et au fond, ce n'est pas seulement la prétention du pénis à se faire passer pour phallus que ce *Manifeste* dénoue. C'est bien pire : c'est la prétention du phallus à se faire passer pour le phallus, que le gode double, spectralise et décline d'une manière inouïe.

Cela produit un renversement qui devrait intéresser tous les professionnels du secteur sanitaire et social, et, au-delà, tous ceux qui savent qu'ils ne sont pas tout ni maître de tout, et qui ne savent pas quoi faire d'autre de ça que de s'en désespérer ou s'en résigner : « La

*prothèse destinée dans un premier temps à pallier nos handicaps physiques génère des comportements complexes et des systèmes de communication par rapport auxquels nous sommes handicapés sans la prothèse. Par exemple, la machine à écrire a été inventée à l'origine pour les personnes aveugles, de manière à ce qu'elles aient accès à une écriture mécanique ; elle s'est vue par la suite généralisée comme une prothèse d'écriture qui a radicalement modifié nos manières de communiquer. Le handicap avec une nouvelle activité qui demande à être suppléée technologiquement. Les nouvelles technologies de reproduction in vitro (et peut-être bientôt hors utérus) par exemple ont été développées pour compenser une « déficience » perçue par rapport à la dite « reproduction sexuelle normale ». Au même moment, ces technologies génèrent tout un ensemble de mode de reproduction sans relations hétéro-sexuelles, qui pourraient transformer les formes d'incorporation de ce que nous continuons d'appeler, faute de mieux, les hommes et les femmes ».* (p. 120/121). Inouï : cette dialectisation du handicap différenciant plutôt que manquant, fait du handicap la trace d'un « dangereux supplément » à venir. L'humain est un handicapé sexuel. Son destin, c'est précisément de n'être pas tout anatomique : le désir et la vérité chez l'humain ne peuvent se fonder ni sur une naturalité que la technique vient démentir, ni sur une technique dont la grammaire ne peut jamais s'autoriser seulement d'elle-même, même chirurgicalement... A la place du handicap et de ce qui paraissait manquer phallique vient une machine à écrire, sexuelle, contrasexuelle, littéraire, qui ne se contente plus de laisser en souffrance le dos sur lequel l'écriture jouerait sans jouir, de s'écrire -révolutionnairement ? - : sans alibi ...■

Patrice Desmons

## L'initiation d'un traitement à la méthadone possible en service hospitalier

L'initiation d'un traitement de méthadone (commercialisé par Recordati-Bouchara) est désormais possible en service hospitalier à la suite d'une circulaire décrivant le nouveau cadre d'utilisation de ce traitement de substitution à la toxicomanie aux opiacés\*. La Direction générale de la santé (DGS) et la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) ont signé le 30 janvier la circulaire aménageant le cadre d'utilisation de la méthadone.

L'autorisation de mise sur le marché de Méthadone AP-HP\* a été modifiée en ce sens, indique la circulaire. La primo-prescription de la méthadone était réservée depuis 1995 aux centres de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST), règle fixée au moment du passage en ville du médicament, conçu comme un relais.

Le produit en unidoses a été agréé aux collectivités en octobre 1999, afin de permettre la poursuite du traitement au cours d'une hospitalisation. La possibilité de primo-prescription en services hospitaliers est annoncée depuis plusieurs mois et figure dans le plan triennal 1999-2001. « Cette évolution a pour principal objectif de créer les conditions permettant de rendre la méthadone plus accessible, de toucher des personnes qui ne fréquentent pas les centres spécialisés de soins et ainsi de répondre aux besoins d'un plus grand nombre de patients usagers de drogue », indique la circulaire. « Il s'agit de diversifier les lieux et les situations dans lesquels peut être entrepris, dans le cadre d'un suivi médicospsycho-social adapté, un traitement de substitution ».

Selon les statistiques au 30 octobre 2001, environ 12 000 patients sont sous méthadone, alors qu'environ 80 000 personnes bénéficient de l'autre traitement de substitution, largement accessible en ville, Subutex\* (buprénorphine, Schering-Plough).

La primo-prescription en milieu hospitalier est possible dans trois cas de figure, indique la circulaire :

- lors d'une hospitalisation pour un suivi obstétrical, des soins psychiatriques, des pathologies somatiques graves de type infectieux, une traumatologie et des soins de suite,
- en milieu pénitentiaire, par des médecins des unités de consultation et de soins ambulatoires

(UCSA), des services médicospsychologiques régionaux (SMPR) et/ou de secteurs de psychiatrie,

- lors d'une consultation en ambulatoire à l'hôpital, pour répondre à des difficultés particulières d'accès à la méthadone, sans « vocation à se substituer au dispositif spécialisé ».

La circulaire précise que, dans tous les cas, les modalités concrètes de relais en ville, par un CSST ou un médecin libéral, après l'hospitalisation, la sortie de prison ou la consultation hospitalière, notamment quand le traitement est stabilisé, doivent être établies dès le départ.

La circulaire comprend en annexe le cadre actualisé d'utilisation de la méthadone.

Les conditions de prise en charge restent identiques :

- durée maximale de prescription, sur ordonnance sécurisée, limitée à 14 jours, avec délivrance fractionnée par périodes de 7 jours ;
- première analyse biologique confirmant la prise récente d'opiacés et la non prise de méthadone (pour éviter les doubles prises en charge) ;
- analyses urinaires périodiques de contrôle de la non prise d'opiacés ;
- suivi sur le plan médical, social et psychologique et accompagnement éducatif.

La posologie de départ, en une seule prise quotidienne, est habituellement de 20 à 30 mg, et la dose d'entretien se situe entre 60 et 100 mg. En cas de primo-prescription lors d'une hospitalisation, le traitement sera fourni par la pharmacie à usage intérieur et délivré quotidiennement en présence d'un infirmier.

En consultation externe, un pharmacien de ville, contacté par le médecin hospitalier, réalisera la dispensation.

En milieu pénitentiaire, la méthadone est fournie par l'hôpital de rattachement de l'unité de soins.

La circulaire précise que les services d'accueil et de traitement des urgences « ne constituent pas un contexte adapté à la primo-prescription de la méthadone ». ■

G.M.

\* Circulaire DGS/DHOS du 30 janvier 2002 relative à la prescription de la méthadone par les médecins exerçant en établissement de santé, dans le cadre de l'initiation d'un traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants majeurs aux opiacés.

### La phénoménologie de L'esprit I et II

G. W. Hegel

Traduit par G. Jarczyk et

P.-J. Labarrière

Folio Essais n° 396 et 397

Gallimard

Ancrée dans les travaux d'Alexandre Kojève et de Jean Hyppolite, la tradition hégélienne, en France, s'est principalement attachée à l'étude de la *Phénoménologie de l'Esprit*, tenue pour l'expression d'une pensée plus concrète, plus existentielle.

Cette première des grandes œuvres de Hegel a été ainsi lue et comprise comme un « roman de la culture » foisonnant et insuffisamment maîtrisé, non encore marqué par la systématique des œuvres de la maturité. Cette version respecte la consigne que se donne Hegel lorsqu'il entreprend, en 1831, d'éditer à nouveau cet ouvrage : *Logique derrière la conscience*. Les textes structurels disposés aux moments clés du développement (*Introduction à la Religion, Savoir absolu*) rendent compte d'une architecture conceptuelle qu'il convient de prendre en compte pour interpréter chacune des figures de la conscience. L'écriture de la *Phénoménologie de l'Esprit* se présente comme un acte logique, et cette dimension commande jusqu'à l'intelligence des termes les plus simples dont elle vient à faire usage. Avec cette édition, ce texte est pour la première fois disponible en format poche.

### Les jeunes et la santé en France

Hachette

Cet ouvrage, réalisé par l'Observatoire de l'enfance en France sous la direction scientifique de Gabriel Langouët et la MGEN, présente une étude pluridisciplinaire sur l'enfance. Si, globalement, les jeunes Français sont en bonne santé, un certain nombre de réalités demeurent préoccupantes : les causes de la mortalité juvénile, la fréquence des accidents et des suicides, la consommation d'alcool, de tabac et de drogues, l'augmentation de l'obésité et le nombre élevé d'IVG pratiquées sur des adolescentes.

Etat des lieux, données statistiques et apports des scientifiques se conjuguent pour montrer qu'il est nécessaire de développer une éducation à la santé privilégiant une prévention systématiquement renouvelée et s'inscrivant dans le cadre de la vie quotidienne des jeunes, tout en intensifiant des politiques de santé tournées vers les plus démunis, de façon à réduire davantage les inégalités.

### Instaurer la relation de service en action sociale et médico-sociale

Jean-René Loubat

Dunod

*Prestations de service, contractualisations, démarche-qualité, projet personnalisé*, redessinent les pratiques de l'action sociale et médico-sociale. La rénovation de la loi de 1975 engage à mener à bien une *mutation structurelle* qui suppose la mise en place de dispositifs mieux adaptés, l'instauration de réseaux de travail modulables, une meilleure lisibilité et traçabilité des pratiques. Ces bouleversements doivent tenir compte des valeurs humaines inhérentes d'actions à vocation sociale. Une nouvelle éthique se précise et s'affirme, en repositionnant la personne au cœur des préoccupations et au centre des dispositifs. C'est donc à la mise en œuvre d'une « culture de service » au sein des établissements que cet ouvrage invite en s'appuyant sur une méthodologie et des cas concrets, issus des expériences de terrain.

### LIVRES

#### Kant

#### Santé et critique

Bernard Vandewalle

L'Harmattan

Cet essai se propose de montrer comment Kant analyse la vie en l'homme et sa santé même d'un triple point de vue, physiologique, pragmatique, et transcendantal.

Kant s'est montré, en effet, tout au long de ses écrits, extrêmement attentif à la vie du corps, au mouvement de la force vitale en l'homme, dans ses états d'équilibre (la santé) ou de déséquilibre (la pathologie). Il a été attentif à la pensée médicale de son temps, soucieux de la physiologie dans toutes ses dimensions. Kant prête attention à la tradition vitaliste allemande, élaborant toute une conception de la force vitale, mais aussi à la théorie des épidémies ou encore aux extravagances des magnétiseurs, du mesmérisme ou de la phrénologie. Il s'est intéressé également aux maladies mentales, allant jusqu'à proposer une classification des troubles mentaux.

De même, sa caractérisation des tempéraments dans son *Anthropologie du point de vue pragmatique* est empruntée à la pathologie des humeurs, tout comme le schéma quadripartite du jugement et des catégories.

## LIVRES

**De l'épreuve à l'œuvre :  
Regard sur le développement des  
compétences des soignants en  
milieu hospitalier**Florence Giqueaux  
*L'Harmattan*

Ce livre, écrit par une « chercheuse-consultante », traite de la compétence professionnelle et propose un regard de psychosociologue sur la nature des compétences appliquées au soin et sur les facteurs susceptibles d'en favoriser l'apprentissage. La compétence y est envisagée dans une perspective beaucoup plus ouverte que celle d'une réponse sociale à une situation de travail : comme une « compétence à vivre » engageant le sujet au-delà du cognitif, dans l'imaginaire et l'inconscient. Ce livre renouvelle les approches traditionnelles de l'apprentissage en nous conduisant là où le sujet progresse grâce à l'élaboration de son expérience par-delà l'épreuve. Mais il parle avant tout de la pratique soignante et de l'univers hospitalier, à travers le prisme d'une écriture poétique nourrie d'une expérience singulière et intime.

**Plein emploi, l'improbable  
retour**Olivier Marchand  
*Folio actuel*  
*Gallimard*

Ce livre montre pourquoi le plein emploi de demain ne sera pas celui d'hier : l'individualisation des conditions de travail et de rémunération, la fragmentation du marché du travail, l'accroissement des statuts précaires nécessitent de revoir le droit du travail et d'inventer de nouveaux fondements collectifs de la sécurité des salariés. Enjeux sociaux et choix économiques ne doivent pas être dissociés, ce qui signifie nécessairement affrontement avec la seule logique financière.

C'est bien à un véritable choix de société que nous serons confrontés dans les années à venir, pouvant conduire soit à un plein emploi au rabais pérennisant la dégradation des normes d'emploi et des conditions de travail à l'œuvre depuis une vingtaine d'années, soit au contraire à un plein emploi de qualité signifiant à la fois sécurité économique et harmonisation entre vie professionnelle, vie familiale et engagements citoyens.

**Le besoin de savoir  
Théories et mythes magico-  
sexuels dans l'enfance**Sophie de Mijolla-Mellor  
*Dunod*

Sophie de Mijolla-Mellor retrace tout d'abord les principales hypothèses freudiennes sur les « théories sexuelles infantiles » à partir de la distinction (que Freud ne faisait pas) entre pulsion de « savoir » et pulsion de « chercher » et insiste sur la place, au moment de l'adolescence, d'une théorisation sur la mort, la violence, la quête du sens et le devenir individuel ou collectif. Elle propose sa vision du besoin de savoir qui naît avec le questionnement enfantin sur les énigmes de la vie et de la mort, avant la formation des théories sexuelles typiques, sous la forme de ce qu'elle nomme les « mythes magico-sexuels » qui se révèlent au travers de ces formules énigmatiques inventées ou apprises, mots magiques et scènes étranges, auxquelles l'enfant attribue le pouvoir d'exprimer les mystères qui lui échappent. Centré sur la dimension de l'imaginaire, cet ouvrage fait une part à la clinique de l'enfance et de l'adolescence, ces mythes enfantins qui, comme toute pensée mythique, précèdent les théories et les portent en eux.

## ANNONCES EN BREF

**12 et 22 mars 2002.** Agen. Journées d'Etudes organisées par la FNARS et l'Ecole Nationale d'Administration Pénitentiaire (ENAP) sur le thème : *Sanction pénale et accompagnement social*. Inscription : Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale, 76 rue de faubourg Saint-Denis, 75010 Paris. fnars.nationale@libertysurf.fr. Tél. : 01 48 01 82 00. Fax : 01 47 70 27 02. Mission formation tél. : 01 48 01 82 01.

**7 mars 2002.** Paris. Colloque Annuel de la Société Française de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe sur le thème : *Approche groupale et formation*. Renseignements et inscriptions : Secrétariat SFPPG, Sandrine Gorchon, 20 rue Larrey, 75005 Paris. Tél. et fax : 01 43 36 03 40.

**21 mars 2002.** Clermont-de-l'Oise. 11<sup>ème</sup> journée de l'Association Clermontoise de Recherche, d'Enseignement et de Formation en Psychiatrie et Psychologie sur le thème : *L'annonce*. Renseignements : Nord-Picardie, Dr Zoute, CHI, 2 rue des Finets, 60600 Clermont-de-l'Oise. Tél.: 03 44 77 50 05. Fax : 03 44 77 50 21. e-mail : acrefpp@chi-clermont.fr. Région parisienne : Dana Castro, CMP, 1 avenue Jeanne, 92600 Asnières. Tél.: 01 47 90 60 99. Fax : 01 47 93 29 03.

**22 mars 2002.** Paris. Séminaire de formation de la Fédération Nationale des Centres de Lutte contre le Sida sur le thème : *Désir, jouissance et interdit à l'adolescence : de la honte et du secret*. Renseignements et inscriptions : CISIH, Hôpital du Tondu, Groupe Hospitalier Pellegrin, Place Amélie Raba Léon, 33076 Bordeaux Cedex. Tél. : 05 56 79 56 06. Fax : 05 56 79 60 87. e-mail : cisi@chu-bordeaux.fr.

**22 mars 2002.** Première journée de Psychiatrie de Pontoise organisée par la Fédération de Psychiatrie de l'Hôpital René Dubos sur le thème : *Les tentatives de suicide et leur prévention*. Renseignements et inscriptions : Dr M. Taleb, Accueil psychiatrique, Hôpital René Dubos, 6 avenue de l'Isle de France, 95300 Pontoise. Tél. : 010 30 75 43 25 / 26. E-mail : taleb@ch-pontoise.fr.

**26 mars 2002.** Paris. Symposium sur le thème : *Santé et principe de précaution* organisé par l'Observatoire des missions publiques en Europe. Renseignements et inscriptions : Ormès Public, 17 place de la Résistance, 92445 Issy-les-Moulineaux cedex. Tél. : 01 46 48 46 82. Fax : 01 46 48 97 40. E-mail : c.charier@ormes-public.com.

**28 mars 2002.** Paris. Journée organisée par l'Association nationale des psychiatres présidents et vice-présidents de CME et l'Association des établissements gérant des secteurs de santé mentale sur le thème : *La réalité*

*de l'hospitalisation psychiatrique à travers 20 ans de rapports officiels*. Renseignements : Dr Charles Alezrah, Président ANPVCME, Charles. Alezrah@wanadoo.fr. CH Léon-Jean Grégory/Thuir : 04 68 84 66 40. Bernard Raynal, Président ADESM, b.raynal@ch-guillaumeregny.fr. CH Guillaume Régny/Rennes : 02 99 33 39 33.

**4 au 6 avril 2002.** Nouméa. 1<sup>er</sup> Colloque Santé Mentale de l'enfant et de l'adolescent dans le Pacifique sur le thème : *Violences face à l'autre*. Renseignements : Dr M.O. Pérouse de Montclos, UNC, Site de Nouville, BP 4477, 98847 Nouméa cedex. Tél.: 82 24 86. Fax : 25 48 29 ou 25 13 56.

**3 et 4 mai 2002.** Strasbourg. XXXV<sup>ème</sup> Congrès National de l'UNAFAM sur le thème : *de l'hôpital vers la cité, à la recherche des chaînons manquants*. Inscriptions : UNAFAM Bas-Rhin (Congrès), 34 route de la Fédération, 97100 Strasbourg. Tél. et fax. : 03 88 65 96 40.

**13 mai 2002.** Paris. Soirée Clinique du réveillé organisé par le Groupe International de Rêve éveillé en Psychanalyse sur le thème : *Clinique du rêve : les aventures oniriques d'un déni*, par le Dr Paul Fuks. Renseignements : GIREP, 80 rue de Vaugirard, 75006 Paris. Tél. et fax.: 01 42 22 75 14. E-mail : girep@girep.com. Site web : www.girep.com.

**14 au 16 mai 2002.** Paris. 8<sup>èmes</sup> Rencontres Nationales des CMP sur le thème : *Les compétences professionnelles*. Renseignements : ERAP formations, 19 rue Auguste Charbères, 75015 Paris. Tél. : 01 48 28 98 51. Fax : 01 42 50 43 20.

**16 mai 2002.** Paris. Journée sur le thème : *Enfant handicapé et intégration scolaire*. Renseignements : CTNERHI à l'attention de Régine Martinez, 236 bis rue de Tolbiac, 75013 Paris. Tél. : 01 45 65 59 40. Fax : 01 45 65 44 94. E-mail : edition.ctn@wanadoo.fr. Site internet : http://perso.club-internet.fr/ctnerhi/.

**25 et 26 mai 2002.** Marseille. Colloque des enfants d'Œdipe sur le thème : *Le lien fraternel en thérapie familiale psychanalytique*, organisé par la Société Française de Thérapie Familiale Psychanalytique. Inscriptions : Promosciences, Viviane Bernadac, Muriel Wagner, 48 rue du Lacydon, 13002 Marseille. Tél. : 04 91 14 30 30. Fax : 04 91 90 44 87. E-mail : info@promosciences.com. Web : http://www.promosciences.com.

**31 mai 2002.** Lyon. Réunion de la SIFA sur le thème : *Ivresses*. Précédée le 30 mai du 4<sup>ème</sup> colloque d'alcoologie L'Alcoologie et l'intervention en toxicomanie. Renseignements : secrétariat général de la Société Française d'Alcoologie, Pr François Paille, Hôpital Villemin, 47 rue de Nabécor, 54035 Nancy cedex. Tél. : 03 83 85 24 21. Fax : 03 83 85 24 14. sfa1@free.fr.

**1<sup>er</sup> juin 2002.** Fontevraud. 17<sup>ème</sup> Journée Psychiatrique du Val de Loire sur le thème : *Enfermements. Entre contrainte et liberté*. Renseignements et inscriptions : Secteur 7 - Césame, Ste Gemmes sur Loire, secrétariat du Dr Lhuillier, BP 89, 49137 Les Ponts de Ce cedex. Tél.: 02 41 80 79 93. Fax: 02 41 80 79 63. E-mail : secteur7@ch-sesame-angers.fr.

**7 juin 2002.** Paris. Journée sur le thème : *Actualité de la prescription des psychotropes chez l'enfant et l'adolescent*. Inscriptions : Mlle Cambuzat, Secrétariat du Service de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent, Hôpital Robert Debré, 48 bd Sérurier, 75019 Paris. Tél. : 01 40 03 22 92.

**7 et 8 juin 2002.** Lyon. Dans le cadre des rencontres Corps et Psychiatrie, 2<sup>ème</sup> Congrès National Jouer sur le thème : *Formes, fonctions et avatars du jeu dans le développement, la pathologie et la thérapeutique*. Inscriptions : SB Organisation, 36 rue Jacques Kellner, 75017 Paris. Tél.: 01 58 60 25 35. Fax : 01 58 60 25 40.

**9 au 12 juin 2002.** Barcelone. Sixième Congrès Mondial de l'Association Internationale des Urgences Psychiatriques. Secrétariat général : Gran Via de les Corts Catalanes, 555 Pral., 08011 Barcelona, Espagne. Tél. : 34 93 453 73 89. Fax : 34 93 323 08 12. E-mail : iaep2002@tile.es.

**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.

**6 au 10 août 2002.** Munich. 22<sup>ème</sup> Congrès International de Psychologie Individuelle d'Alfred Adler sur le thème : *Le sujet et la Société*. Renseignements et inscriptions : tél./fax : 00 49 36 21 296 91. E-mail : dgip-gotha@t-online.de.

**28 août 1<sup>er</sup> septembre 2002.** Cracovie. Przemysl. VI Congrès International sur l'Observation des nourissons sur le thème : *Selon la méthode d'Esther Bick. Nouvelles découvertes et applications. Centenaire de la naissance d'Esther Bick*. Inscriptions : Symposium Cracoviense, ul. Krupnicza 3, 31-123 Krakow. Tél. : (048) 12 422 76 00. Fax : (048) 12 421 38 57. E-mail : symposium@symposium.pl. www.symposium.pl.

**19 septembre 2002.** Douai. Sixièmes Rencontres de l'Unité de Soins et d'Information sur les Drogues du Centre Hospitalier de Douai sur le thème : *Addictions et Migrations*. Renseignements : secrétariat, 91 rue du Président Wagon, 59500 Douai. Tél. : 03 27 97 67 94. Fax : 03 27 98 01 71.

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