

# LE JOURNAL DE NERVURE

Directeur de la publication et de la rédaction : G. Massé  
 Rédacteur en chef : F. Caroli  
 Collaborateurs : Ch. Paradis, 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

Supplément à NERVURE  
 Journal de Psychiatrie  
 n° 5 - Tome XV - Juin 2002

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

Christian Bétron

## Raspail un et indivisible (1794-1878)

### LIVRES

#### Le génie du fœtus Vie prénatale et origine de l'homme

Jean-Marie Delassus  
 Dunod

Pour réfléchir l'homme il faut éviter tout parti pris. Ni le dualisme, ni le monisme ne peuvent apporter de réponse satisfaisante à la compréhension d'un être dont les dimensions physiques et biologiques se mêlent au spirituel. Jean-Marie Delassus remonte aux origines pour tenter une explication à cette énigme. Pour lui, le fœtus évolue dans un milieu vital complet et homogène qu'il ressent, enregistre et considère comme son monde à part entière. Il est doté, dit-il, d'une « *structure antinatale* » et pour devenir homme, il doit « *réussir sa naissance* ». Tout ce qui est à l'origine fœtale est suspendu mais gardé en mémoire et il ne pourra poursuivre son développement que s'il s'accomplit dans la ligne fœtale. Son programme génétique est parasité par les effets du souvenir d'une globalité originelle. Dans cette hypothèse la naissance paraît être un contre-sens, une « *échographie aboutie* » dans laquelle on serait tenté d'oublier l'essentiel, « *l'esprit du fœtus* », qui assure la continuité avec la vie originelle et va s'organiser de manière différée. A la naissance, l'esprit serait asphyxié, contrairement au corps qui s'adapte et se révolte à travers le cri intense du nouveau-né puis, il naîtrait à nouveau et viendrait structurer le corps avec une exigence de totalité. L'esprit de l'origine serait à l'origine de l'esprit dont les impossibilités entraîneraient le corps dans la maladie ou la mort. Ce sont là, résumées, les grandes lignes d'un essai superbement passionné et intéressant qui invite à sonder les confins du « *génie du fœtus* » et à mieux comprendre la naissance du psychisme.

Y. Contejean

#### Questions interdites

François Dagognet

*Les Empêcheurs de penser en rond*

Afin d'examiner comment les progrès de la biologie et de la médecine conduisent à prévoir d'autres manières de vivre, François Dagognet envisage les avancées du bio-pouvoir et de la nouvelle morale, prise au sens d'une science des mœurs et des comportements. Pour cela, il aborde des questions relativement récentes et qui sentent encore le soufre : l'avortement, la sexualité, la guerre à l'homophobie, l'euthanasie, ce qui suppose plusieurs perspectives qui s'enchevêtrent comme le droit, la politique ou même la théologie.

Raspail est une figure familière de notre imagerie politique. On se souvient généralement du médecin des pauvres et de l'infatigable propagandiste du camphre comme panacée universelle.

On se rappelle, aussi, qu'il fut de tous les combats en faveur de la république une et indivisible. Son nom si présent dans nos villes reste connu de tous. Mais cette célébrité reste vague et la mémoire collective bien incertaine si l'on prend la peine de restituer Raspail à son temps et à sa vie dans son écoulement. Sait-on qu'il n'était pas médecin et que les scientifiques hésitent depuis longtemps à le compter au nombre des leurs ? Son oeuvre présente « *un mélange étrange de faux et de vrai, d'absurde et de raisonnable, de prescience et d'ignorance* » écrivait déjà J. Thouret en 1887 dans la revue scientifique<sup>(1)</sup>. Encore aujourd'hui, si l'on estime que ses travaux scientifiques sont largement dépassés, on discute encore de savoir ce qui domine en lui du moderne ou de l'archaïque. Pourtant cette vie et l'oeuvre qu'elle aura portée, une oeuvre abondante et multiforme, semblent animées par une visée cohérente et systématique : Raspail ne sépare jamais ses activités de chercheur, de thérapeute et de politique. Qui-conque voudrait aborder d'un oeil neuf sa biographie et ses écrits, devra mesurer cette ambition affirmée d'unité et les liens établis soit par les circonstances, soit volontairement, entre cette activité d'observateur de l'homme et de la nature et l'activité proprement militante. Tant il est vrai qu'en ce qui concerne Raspail, et sans doute beaucoup plus que pour d'autres, l'oeuvre procède de la vie et la vie de l'oeuvre. Sans prétendre à l'exhaustivité, cet article abordera les orientations majeures de la vie et de la pensée de ce républicain apôtre du camphre.

#### ENTRE L'ÉTUDE ET LE COMBAT

Lorsqu'on feuillette les ouvrages de Raspail, on ne peut pas ne pas songer à d'autres savants du XIX<sup>ème</sup> siècle, certes très différents les uns des autres, mais qui possèdent avec lui la même ambition encyclopédique et analytique d'embrasser l'ensemble du savoir de leur époque et de faire oeuvre de pionnier chacun dans leur domaine de prédilection et qui finiront quelquefois, au risque d'être trahis, par être donnés en exemples à des générations entières d'élèves de l'école républicaine. L'oeuvre-monde de Raspail, toute pétrie par la volonté de bien écrire et de faire mouche, possède par ailleurs bien des ressemblances avec d'autres visionnaires, littéraires ou artistes ceux-là. Mais qui veut ressusciter Raspail doit rappeler une banalité parfois oubliée lorsqu'on évoque un homme passé à la postérité. Il n'a pas été tel que nous le connaissons dès le jour de sa naissance et sa vie aura été,

comme pour tous, une construction au jour le jour. Il est donc nécessaire de se déprendre d'une statue et de retrouver l'homme dans ses évolutions, ses détours, ses retours. Si l'on observe chez lui, et très tôt, de fortes cohérences structurantes, on remarque aussi de très nettes inflexions et un constant chassé-croisé entre activités savantes et activisme politique. Né en 1794 à Carpentras, au plus fort de la Révolution, Raspail illustre à sa manière le glissement idéologique d'une génération qui aura perdu très vite la foi familiale de son enfance et toute confiance dans la monarchie, fût-elle tempérée par la Charte, pour se jeter à corps perdu dans les combats en faveur de la libre pensée et du libéralisme



et aboutir à un républicanisme intransigeant qui confine au socialisme. Raspail présente aussi l'intérêt de toucher à un autre aspect fondamental d'un siècle qui voit se conjuguer le développement des sciences et l'exaltation de l'idée de progrès. Mais il est vrai qu'il appartient aussi à une génération qui aura bien du mal à concevoir une autre thématique et d'autres modes d'organisation et de pensée que ceux révélés par la révolution de 1848. L'essentiel de ses idées se cristallise, en effet, avant cette date. La période qui s'étend de 1849 à sa mort à l'âge de 84 ans, d'abord marquée par la prison et l'exil, puis se terminant par le retour en France et la députation, est surtout consacrée à la vulgarisation d'un dogme médical et à la tentative, avec l'aide de ses enfants<sup>(2)</sup>, d'une diffusion massive de sa méthode. Mais revenons un instant à cette période de constitution du caractère et des orientations majeures de l'individu que sont l'enfance et la jeunesse. Né au sein d'une famille nombreuse, baignant

dans une piété sincèrement vécue, Raspail ne connut guère son père, homme cultivé et aubergiste de son état, mort en 1796 peu après avoir été ruiné par les manipulations financières de la période révolutionnaire. Sa mère, de petite noblesse vaticane, confia son instruction à un prêtre jureur, l'abbé Eysseric, qui lui transmit une rigueur toute janséniste et un réel appétit de savoir : à douze ans, le jeune François-Vincent pratiquait, outre le français, l'hébreu et le latin et possédait des rudiments de science naturelle. Il s'orienta naturellement vers une des seules carrières ouvertes aux enfants pauvres et entre au séminaire où il manifestera de tels dons qu'il sera chargé de cours à dix-sept ans. Cette indéniable réussite scolaire s'accompagne, cependant, d'un rapide désenchantement spirituel et d'un intérêt grandissant pour la chose publique qui l'amèneront à renoncer à sa vocation religieuse. Il faut dire que le contexte historique est dramatique et le jeune Raspail est de ceux qui identifient Napoléon et la défense du territoire national. Des appels à la lutte contre l'envahisseur le rendent vite indésirable dans un pays acquis aux idées royalistes. Il quitte sa province natale et part tenter sa chance à Paris, où il vivra difficilement d'un enseignement dans des établissements privés ou d'un préceptorat auprès de familles aristocratiques. Il se jette sans retour dans l'agitation politique qui règne dans la capitale et franchit le parcours classique des libéraux sous la Restauration : il collabore à *la Minerve*, la grande revue de l'opposition libérale, adhère à la Charbonnerie et devient franc-maçon. Dans ses premiers écrits, il concentre ses attaques contre le cléricisme et inaugure un style polémique qui deviendra sa marque de fabrique. C'est aussi à ce moment que « *ce beau et grand garçon, blond aux yeux bleus* »<sup>(3)</sup> rencontre Marie-Adélaïde Troussot qui sera longtemps sa compagne avant de devenir son épouse et dont il aura quatre garçons et une fille. Mais le bonheur privé et la politique ne l'absorbent pas tout entier : il débute autour des années vingt une longue carrière scientifique en entreprenant des recherches en botanique et, plus précisément, une étude de la formation des graminées. Ses travaux et ses méthodes de travail, qui reposent sur le microscope et sur la mise au point de réactifs, attirent l'attention de Geoffroy Saint-Hilaire. Il se signale aussi par un souci marqué de ne pas cantonner la science au public étroit des sociétés savantes et de rendre compte au plus grand nombre des polémiques scientifiques<sup>(4)</sup>. Les années qui s'étendent entre les années vingt et les années quarante sont décisives, non seulement sur le plan doctrinal et sur le plan scientifique mais encore par l'extrême talent déployé par Raspail pour faire connaître ses idées en utilisant, tout à la fois, les modes traditionnels de transmission du savoir et des

## LIVRES

**Les délires de persécutions**

Gilbert Ballet

*L'Harmattan*

Gilbert Ballet oppose les « délirants chroniques » de Magnan aux délirants dégénérés, surtout du fait de la lourdeur de leurs antécédents et de la précocité de leurs troubles. Mais il en est d'autres : le *mélancolique* peut être persécuté, mais comme « victime coupable », humble, résignée. L'*hypochondriaque* peut ressentir, lui aussi, la persécution, mais sans inimitié, à moins qu'une culpabilité obsessionnelle associée ne le jette sous le regard de l'autre, jusqu'à le pousser parfois au suicide. Une variété assez particulière du délire de persécution est celle où il est centré sur une *perversion* (par exemple exhibitionniste) ; une autre est celle du *persécuté familial* qui assiège de son affection son parent imaginaire avant de lui présenter ses réclamations injustifiées... Au-delà de l'apport clinique ce livre propose un véritable *discours de la méthode*, dont se dégageront les notions de *phénomène fondamental*, de « revêtement » *secondaire*, sinon de « symptômes de premier et de second rang ».

**Inventer la biomédecine****La France, l'Amérique et la production des savoirs du vivant (1945-1965)**

Jean-Paul Gaudillière

*La Découverte*

A l'inverse des idées courantes sur la science pure et ses applications, les trajectoires présentées dans ce livre montrent à quel point la médecine et l'étude du pathologique ont contribué à la « *molécularisation* » des savoirs du vivant. Alors que l'échelle des investissements changeait radicalement, la lutte contre la maladie est devenue un problème de modélisation au laboratoire de biochimie ou de génétique, un problème de recherche chimiothérapeutique et de contrôle des pratiques cliniques. De plus, parce que le monde de la biomédecine naissante est aussi celui de la guerre froide et des circulations transatlantiques, cette recomposition des savoirs s'est faite « *en regard de l'Amérique* » et de son « *complexe bio-médicalo-industriel* ». Les biologistes et médecins français ont massivement utilisé les fonds, les savoir-faire ou les technologies américaines, sans s'aligner pour autant sur les pratiques d'outre-Atlantique. Le complexe biomédical existe aussi en France, mais il est caractérisé par d'autres rapports entre laboratoire, service hospitalier et industrie, marqué par les interventions d'un Etat devenu entrepreneur de recherche plus que de santé.

**Puissances de l'invention****La psychologie économique de Gabriel Tarde contre l'économie politique**

Maurizio Lazzarato

*Les Empêcheurs de penser en rond*

La pensée de Gabriel Tarde a connu un cheminement, le plus souvent minoritaire, dont l'aboutissement le plus récent est l'oeuvre de Deleuze et Guattari. Ce livre montre l'actualité de la psychologie économique tardienne qui pourrait bien constituer la meilleure boîte à outils pour interroger les transformations du capitalisme contemporain. La renaissance de la philosophie de la différence, dont Tarde est l'un des principaux précurseurs, s'est affirmée autour de 1968. Elle s'est, alors, confrontée à l'économie politique avec prudence : le terrain était occupé par le marxisme dont le dépassement posait de redoutables problèmes politiques et théoriques. Maintenant que la question du socialisme a traversé une crise, l'heure de Tarde pourrait bien sonner.

## BIOGRAPHIE (suite)

idées (colportage, almanachs) et les moyens les plus modernes (livres théoriques à diffusion restreinte, abrégés destinés à un large public, presse à grand tirage). C'est durant cette période qu'il publie ses grands traités : en 1833 le *Nouveau Système de chimie organique*, en 1838 le *Nouveau Système de physiologie végétale et botanique*, en 1843 l'*Histoire Naturelle de la santé et de la maladie*, en 1845 son grand livre de vulgarisation, le *Manuel Annuaire de la Santé*, promis à une diffusion massive et durable. Dans les années trente, il fonde les *Annales des Sciences d'Observation* et en 1847 la *Revue Élémentaire de Médecine*. En 1830, consécutif avec lui-même, on le retrouve aux avants-postes et est blessé lors de la prise de la caserne de la rue de Babylone. Bien que le nouveau régime ait tenté de se l'attacher, Raspail est vite convaincu que Louis-Philippe ne pouvait pas être la meilleure des républiques. Son activisme redouble : il devient président de la Société des Amis du Peuple, de l'association républicaine pour la liberté de la presse et sera, un peu plus tard, l'un des animateurs de la Société des droits de l'homme. Dès 1831, les provocations policières, les arrestations et les condamnations se multiplient et Raspail devient un habitué des procès politiques. Il offre ainsi le paradoxe de symboliser les sociétés secrètes, l'illégalité et la révolution alors qu'il est, dès 1833, de ceux qui entendent tirer les leçons des échecs répétés des conspirations et affirment la nécessité de se lancer dans le combat au grand jour à travers la presse et l'éducation populaire. En créant en 1834 le quotidien *Le Réformateur*, il entendait bien mener cette expérience vite interrompue par la loi sur la presse. Il se détourne alors de l'action militante pour se consacrer à la médecine pratique. Depuis longtemps persuadé de l'action des parasites dans le déclenchement des maladies, il s'était intéressé aux propriétés thérapeutiques et antiseptiques du camphre. En 1838, il commercialise des cigarettes de camphre auxquelles viendront rapidement s'ajouter d'autres produits camphrés et ouvre un dispensaire pour pauvres. « *C'est là que se fonda chez les ouvriers la renommée de Raspail* » estime Georges Weill<sup>(6)</sup>. Des procès pour empoisonnements, celui des époux Mercier en 1839, de Marie Lafarge en 1840 et d'Antoine Rigal la même année, lui fournissent l'occasion de malmener la médecine officielle à travers les expertises toxicologiques d'Orfila. Ce dernier n'est sans doute pas étranger à son inculpation en 1846 pour exercice illégal de la médecine<sup>(6)</sup>. Sa célébrité le met à même de jouer les premiers rôles lors de la révolution qui surgit, de manière inattendue, en février 1848. C'est lui qui, le 24 février, proclame la république à l'hôtel de ville à la tête d'une colonne d'ouvriers charpentiers. Mais il se tient à l'écart du gouvernement provisoire et fonde le club des Amis du peuple, qui sera probablement le club le plus important de la révolution, et un quotidien du même nom. Il est alors un homme très populaire qui symbolise l'esprit de 48 caractérisé par un sentimentalisme naïf et consensuel, l'espoir teinté de religiosité d'une fraternité humaine, l'idée que la République peut venir à bout de toutes les difficultés si elle s'appuie sur le suffrage universel, la liberté de la presse et d'association, la prise en compte du monde du travail. Mais l'ami du peuple semble beaucoup plus suivre le cours des choses que le dominer : le 15 août, il suit la foule qui envahit la chambre en solidarité avec la nation polonaise mais se refuse au coup de force tenté par les plus radicaux. Malgré tout, mis en prison, il est traduit avec Barbès et Blanqui devant la Haute Cour de justice et est condamné à cinq ans de prison. Ce qui ne l'empêchera pas de se présenter

aux élections partielles de septembre 48 et de présenter, en décembre, sa candidature à la présidence de la république<sup>(7)</sup>. En 1853, alors qu'il venait de perdre sa femme, Napoléon III commua sa peine en bannissement. La Belgique, d'abord peu hospitalière, se montra attentive à ses activités de médecin des pauvres. Lors des élections législatives de 1869, il fut élu par les départements de la Seine et du Rhône et revint en France. Installé dans sa maison d'Arcueil, il siégeait à la Chambre à l'extrême-gauche en compagnie de Rochefort. Opposant à la guerre et à l'aveuglement belliciste qui s'empara du pays en 1870, il resta dans la capitale lors du siège et pendant la Commune à laquelle il fut étranger, bien qu'il ait souvent exprimé sa sympathie pour certains communards et son indignation devant la répression versaillaise<sup>(8)</sup>. Elu en 1876 à Marseille, il proposa d'ailleurs une large amnistie. Sa mort, en 1878, fut l'occasion d'une grande cérémonie républicaine et socialiste.

**LES PRINCIPES AGISSANTS OU LA LOUPE DE RASPAIL**

Les investigations qui forment la base de son oeuvre scientifique touchent à tous les domaines. La chimie, la physiologie végétale, la médecine et la météorologie en constituent les principales facettes. Il s'est aussi passionné pour les fossiles et s'est intéressé aux langues, en particulier l'argot des prisons. L'ambition encyclopédique est patente, elle est visible jusque dans l'architecture et la division de ses ouvrages. Elle repose sur la certitude que tout reste à découvrir du monde dans lequel nous vivons. Les sciences, si arrogantes dans les prétentions particulières de ceux qui les confisquent à leur profit, se révèlent, à qui confronte leurs axiomes à la réalité, comme essentiellement balbutiantes. Raspail entend être un novateur un inventeur, un révolutionnaire. A l'entendre, il n'y avait avant lui qu'erreur et fausseté et c'est avec lui qu'est venu le temps de l'observation exacte et raisonnée du monde. Ce n'est pas qu'il ait la prétention de partir de rien. Il reconnaîtra souvent sa dette à l'égard des novateurs, plus volontiers s'il s'agit de marginaux de la science, et ne manque pas de dresser un historique des disciplines qu'il aborde. Pour ne donner qu'un exemple, le *Nouveau Système de chimie organique* rappelle l'importance de Lavoisier et de Gay-Lussac. Ce n'est d'ailleurs pas un hasard si Raspail s'est d'abord orienté vers

la chimie et les sciences de la nature. Ces disciplines se situent, depuis le XVIII<sup>ème</sup> siècle, à l'avant-garde de l'exploration et de la compréhension de l'univers. Mais si Raspail utilise volontiers les acquis de la morphologie, de la physiologie et de la chimie, ce n'est pas pour les exploiter séparément. Son ambition, et c'est en cela que réside pour une grande part la force de son projet, est de lier les résultats obtenus par ces sciences afin d'en déduire de nouvelles hypothèses, de nouvelles observations, de nouvelles connaissances. Le lien établi entre physiologie et chimie, tel qu'il s'exprime, par exemple, dans ses études sur les graminées, n'a pu être rendu possible qu'en privilégiant un outil d'analyse et d'observation à la fois fiable et simple. On a souvent reproché à Raspail d'avoir préféré un microscope peu élaboré à des appareils plus sophistiqués qui existaient déjà à son époque. Il avait pourtant expliqué qu'il s'agissait bien d'un choix délibéré : « *Je dois avertir à l'avance que le microscope dont je me sers est une simple loupe montée, dont la plus forte lentille n'a qu'une ligne de foyer (x 150). Cette sorte d'instrument composé d'un miroir, d'un porte-objet et d'une porte-lentille qu'on ne peut mouvoir d'avant en arrière et de gauche à droite, est plus à l'abri des illusions d'optique que les microscopes composés* »<sup>(8)</sup>. Il faut d'ailleurs noter que le microscope était encore d'usage peu fréquent lorsqu'il débuta ses travaux. La loupe, le microscope, la lunette d'astronomie : à sa manière, Raspail est un « voyant ». Le coup d'oeil de Cabanis garde encore de son importance mais ne suffit plus : derrière la réalité immédiate et visible, se profile une autre réalité, invisible et grouillante celle-là, déterminante dans les processus de la vie et de la mort, de la santé et de la maladie. Mais l'originalité de Raspail ne s'arrête pas à la seule utilisation d'une loupe montée : convaincu des limites d'une observation passive, il entend élaborer des méthodes d'analyse du réel. Sa grande idée est de transférer le laboratoire du chimiste sur le microscope en utilisant ou en élaborant des réactifs, la teinture d'iode en particulier, qui faciliteront la décomposition et l'identification des substances communes aux végétaux et aux animaux. « *Le porte-objets à réactifs* » lui permit ainsi de montrer la présence de sucre dans les ovaires des végétaux, des animaux et des femmes. C'est encore en étudiant de telle sorte le chiendent qu'il définit la notion de cellule comme l'unité de base du

(suite p.6)

**LE GRAND PRIX DE LA FONDATION POUR LA RECHERCHE MEDICALE**

Le Grand Prix de la Fondation pour la recherche médicale (FRM), doté de 45734 euros, a été décerné au neuro-pharmacologue Jacques Glowinski, pour récompenser ses travaux sur la neurotransmission et les mécanismes d'action des substances psychotropes. Agé de 66 ans, pharmacien, diplômé de l'Institut de pharmacologie et de pharmacotechnie de Paris et docteur es-Sciences Naturelles, le Pr Glowinski, administrateur au Collège de France et titulaire de la chaire de neuropharmacologie, travaille depuis plus de quarante ans sur le cerveau. Ses recherches ont permis de mieux comprendre les mécanismes impliqués dans plusieurs maladies et ont ouvert des voies nouvelles pour empêcher la mort prématurée des neurones, et ont donc une implication pour le traitement des maladies neurodégénératives comme l'Alzheimer ou le Parkinson. Parmi ses nombreuses casquettes, le Pr Glowinski est actuellement président du Conseil scientifique de la Fédération pour la recherche sur le cerveau (FRC), créée en 2000. La FRM a également décerné mardi son Prix Spécial aux Drs Véronique Braud (CNRS) et Florian Lesage (INSERM), tous deux à l'Institut de pharmacologie moléculaire et cellulaire de Valbonne (Alpes-Maritimes). La première travaille sur le contrôle de la réponse immunitaire, plus particulièrement sur les cellules NK. Le second a découvert une nouvelle classe de canaux potassiques dont certains sont une cible majeure des anesthésiques. D'autres prix scientifiques ont été décernés aux Prs Philippe Amouyel, épidémiologiste (INSERM U58, Institut Pasteur de Lille), Françoise Dignat-George (Faculté de Pharmacie, Marseille), Eric Gilson (génétique et biochimie des télomères, Ecole normale supérieure de Lyon), ainsi qu'un prix de communication au Pr Laurent Degos (directeur de l'Institut universitaire d'hématologie à l'Hôpital Saint-Louis, AP-HP, Paris). Ont également reçu un prix scientifique les Drs Sylvain Marchand-Adam (INSERM U408, Paris), Marc Sitbon (Institut de génétique moléculaire, Montpellier), Sylvie Gisselbrecht (Institut Cochin de génétique, Paris) et Annick Harel-Bellan (Institut André Lwoff, Villejuif). ■

P.C.

A lire celle des Cinq Psychanalyses qui lui est consacrée, un trait du comportement d' Ernst Lanzer s'avère remarquable et le distingue des autres patients étudiés par Freud. Il manifeste, en effet, des attitudes étranges et perverses qui sont tout entières marquées du sceau de la curiosité et d' une curiosité tout d'abord sexuelle.

### La concupiscence des yeux

Tout commence par la scène princeps au cours de laquelle il est confronté, sous les jupes de sa très jolie gouvernante française<sup>(1)</sup>, à l'énigme du sexe féminin, et c'est cette rencontre qui va orienter sa curiosité et sa volonté de savoir (Wissensdrang). Il garde de cette expérience ce qu'il nomme une « *curiosité ardente et torturante de voir le corps féminin* »<sup>(2)</sup>. Il va nourrir le violent désir de voir des femmes nues<sup>(3)</sup> et faire preuve d'une curiosité insatiable dans de nombreux domaines. C'est que la curiosité est ce qui pousse notre être vers le « voir » comme l'a noté Heidegger, et que toute action de connaître possède une affinité avec cette fonction de voir, ce pourquoi Saint Augustin parle dans ses *Confessions* et à propos de la curiosité, de « *concupiscence des yeux* »<sup>(4)</sup>.

Freud indique<sup>(5)</sup> que « *le processus même de la pensée est sexualisé : le plaisir sexuel, se rapportant ordinairement au contenu de la pensée, est dirigé vers l'acte même de penser et la satisfaction éprouvée en atteignant à un résultat cognitif est perçue comme une satisfaction sexuelle* ». Il y aurait donc un plaisir à ruminer, à emberlificoter ses pensées de sorte que la pensée du sujet en viendrait à ressembler à un « *inextricable dédale* » (Janet), un « *labyrinthe* » (Lacan). En somme c'est le refoulement du voyeurisme et de la curiosité sexuelle qui serait responsable du symptôme de la rumination obsessionnelle<sup>(6)</sup>. L'Homme aux Rats ne renonce pas à voir, mais être vu lui importe tout autant et c'est précisément ce qu'il met en scène lorsqu'il se masturbe devant les miroirs, imaginant qu'il montre alors son pénis érigé à son père mort, qu'il installe en position de spectateur. De telles scènes s'avèrent très proches de celles décrites par Georges Bataille : masturbation devant le cadavre de la mère dans *Ma Mère* ou bien encore le souvenir du père, aveugle, spectateur de jouissances imaginaires dans *l'Histoire de l'Œil*. L'un comme l'autre unissent la jouissance à la mort dans des formules souvent saisissantes comme « *Si j'ai le désir de voir une femme nue, mon père devra mourir* »<sup>(7)</sup> chez Ernst Lanzer ou « *l'intimité des choses est la mort* » chez Bataille<sup>(8)</sup> et se voient contraints d'imaginer les êtres les plus chéris dans les poses les plus obscènes et dégradantes<sup>(9)</sup>. Il y a là un point essentiel : pour l'un comme pour l'autre l'onanisme prime sur le coït, sur le choix d'objet amoureux. Freud note précisément « *A mesure que la névrose se prolonge, les actes compulsionsnels se rapprochent de plus en plus d'actes sexuels infantiles d'un genre masturbatoire* »<sup>(10)</sup>. Ces séquences onanistes sont réalisées in absentia, en imaginant des scènes dans lesquelles l'objet d'amour est maltraité mais absent, pour la plus grande volupté du sujet. Ceci est le lot de l'obsessionnel.

### « *Quelque chose de jaune* »<sup>(11)</sup>

Laurence Bataille a relevé dans le *Journal de l'analyse de l'Homme aux Rats* un souvenir qui lui sembla venir répondre et compléter celui mettant en scène la jolie gouvernante, cette mise en série n'a guère été, à ma connaissance, reprise par la suite dans la littérature psychanalytique. Elle cite Freud : « *(..) très ancien souvenir de sa mère allongée sur un canapé, se redressant et tirant de sous la jupe quelque*

## Le lorgnon de « l'homme aux rats »

*chose de jaune, qu'elle déposa sur un fauteuil. Sur le moment il avait voulu y toucher, mais grande horreur ; (...)*<sup>(13)</sup>. Ce souvenir n'est pas reproduit dans le cas publié.

Ici donc c'est encore *sous la jupe d'une femme* que se tient le mystère qui attise tant la curiosité du jeune Ernst. Mais la jolie gouvernante et la concupiscence qu'elle induit font place à l'horreur de la mère, et tandis qu'il pouvait « *tâter les parties génitales* » de sa soubrette, son désir de toucher ce « *quelque chose de jaune* » est barré par l'horreur qu'il inspire. Ce « *quelque chose de jaune* » qui unit l'horrible et le sexuel est l'objet cause du désir de l'Homme aux Rats selon Laurence Bataille d'autant plus qu'il se trouve face à lui en place unique de spectateur, pur regard saisi d'horreur et de fascination.

Et si Freud met en valeur l'équivalence « *Jeder Gulden-eine Ratte* » chaque florin, un rat, on peut également relever celle-ci : « *etwas Gelbes : eine Ratte* », quelque chose de jaune, un rat. C'est à dire que le quelque chose de jaune surgi des entrailles de la mère et le rat forçant l'anus de sa Dame vénérée ne sont pas sans rapport. C'est ici la pensée qu'une femme est dévorée de l'intérieur par le sexuel de la même façon que la mère, atteinte pour sa part d'une maladie gynécologique qui lui ronge les organes génitaux et répand autour d'elle une odeur pestilentielle. Freud note à ce sujet qu'Ernst avait supposé que toutes les femmes avaient des sécrétions dégoûtantes et fut très étonné ensuite de ne pas les avoir trouvées lors de ses deux liaisons<sup>(14)</sup>.

Ce *quelque chose de jaune* a valeur d'énigme quant à la jouissance de la mère et au secret du féminin que la curiosité d'Ernst n'épuisera jamais. Plus tard il le qualifiera de *Secret*, soit sécrétion certes, mais Laurence Bataille nous assure que cette nomination n'est pas sans rapport avec le secret exigé par la jolie gouvernante française vis-à-vis de l'enfant voyeur.

### L'égarement du lorgnon

« *A une halte, je perdis mon lorgnon...* »<sup>(15)</sup>. Il y a une troublante ironie dans le fait que ce soit précisément l'instrument utilisé pour mieux voir qui vienne plonger Ernst dans les affres de l'hésitation, de la rumination et de la culpabilité obsessionnelles. Le plus surprenant reste qu'il ne cherche pas à le retrouver tandis qu'il aurait pu le faire « *facilement* », de son propre aveu. Lui qui se montre toujours d'une ambivalence malade n'hésite ici pas un seul instant : il abandonne son lorgnon. Au milieu des soldats peut-être préfère-t-il l'ignorer, montrer qu'il se moque de cet instrument de savoir ? En tous cas il agit délibérément. Il devra, bien sûr, en payer le prix, soit celui de ne pas pouvoir payer du

tout et de se retrouver à la place de son père accablé d'une dette qu'il ne peut rembourser. Enfin, dans le chapitre consacré à la cause occasionnelle de la maladie, où Freud conclut que celle-ci n'est autre que sa volonté de rester fidèle à sa Dame et ne pas souscrire aux projets de mariage conçus par sa mère à son égard, Freud évoque le rêve de son patient dans lequel celui-ci voit sa propre fille avec « *deux morceaux de crotte à la place des yeux* »<sup>(16)</sup>. Il conclut qu'il veut épouser sa fille pour son argent, sans davantage étayer sa thèse, « *pour ceux qui connaissent le langage du rêve, la traduction est facile* », affirme-t-il. On aurait pourtant pu rapporter cela au voyeurisme, à la mort, au sadisme et à l'érotisme anal d'Ernst Lanzer, mais Freud opte pour un mariage d'argent, ce que son patient refuse par ailleurs. Cette interprétation, me semble-t-il, en dit autant sur le transfert d'Ernst que sur le contre transfert de Freud à son endroit.

Lacan pour sa part évoque ici le visage « *de la mort qui le regarde de ses yeux de bitume* »<sup>(17)</sup> et dévoile le lien entre pulsions anale et scopique dans la névrose obsessionnelle et tout particulièrement dans le rêve. En fait le cas de l'Homme aux Rats vient confirmer l'idée que le regard est bien l'objet qui réfère à l'obsession, l'épisode du lorgnon en est une autre illustration. ■

Michel Lecamp\*

\*Psychologue des Hôpitaux, Chargé d'enseignement à l'Université, Expert auprès de la Cour d'Appel, CHS de la Chartreuse, 4ème secteur, 1 Bd Kir, 21000 Dijon

### Notes

- (1) FREUD S, *Cinq Psychanalyses*, PUF 1973, p 203.
- (2) Ibid p 203.
- (3) Ibid, p 204.
- (4) Saint AUGUSTIN, *Confessions*, livre X, chapitre 35, Gallimard, 1993.
- (5) Ibid, p 258.
- (6) « *On retrouve presque régulièrement dans l'histoire des obsédés l'apparition et le refoulement précoces du voyeurisme et de la curiosité sexuelle (...)* », *Cinq Psychanalyses*, p 258.
- (7) *Cinq Psychanalyses*, p 205.
- (8) La citation intégrale de cette phrase révèle une certaine communauté de pensée : « *Et certainement je sais de l'intimité de M., qui est morte, qu'elle était comme la queue d'un rat, belle comme la queue d'un rat ! Je le savais déjà que l'intimité des choses est la mort* », in G. BATAILLE, *Œuvres Complètes*, tome III, p 136, Gallimard 1981.
- (9) Chez Lanzer il s'agit toutefois d'une métaphore de la structure œdipienne (la femme nue représente la mère refoulée, je le sujet qui la désire et mon père le rival menacé de mort) tandis que chez Bataille le dispositif œdipien est crûment exhibé, dépourvu du voile du refoulement. D'ailleurs, dans *Ma Mère*, Bataille imagine avoir réalisé l'inceste. Il est intéressant de noter cependant que le récit s'arrête précisément avant qu'il ne l'aie consommé, comme s'il lui avait été malgré tout impossible de l'écrire. La mère meurt à ce moment, c'est donc bien, pour Bataille, la mort qui se trouve au point d'extrême jouissance. Jouissance sexuelle qu'il ne cesse d'ailleurs de nommer « *petite mort* » tout au long de son œuvre.
- (10) Ibid p 258.
- (11) « *etwas Gelbes* ».
- (12) Laurence BATAILLE, *L'ombilic du rêve*, éd. Du Seuil, Paris, 1987 pp 35-40.
- (13) FREUD, *L'Homme aux rats*, PUF 1987, p 189.
- (14) Ibid p 189.
- (15) *Cinq Psychanalyses*, p 206.
- (16) Ibid p 229.
- (17) Jacques Lacan, *Ecrits*, Seuil, 1966, p 303.

### Mal à penser, mal à être Troubles instrumentaux et pathologie narcissique

Danielle Flagey  
Erès

Danielle Flagey cherche à comprendre les relations entre des altérations du développement de l'intelligence et des perturbations psychiques. Il s'agit d'un problème complexe situé au confluent de plusieurs disciplines et de courants théoriques divers qui se prête à des querelles d'écoles, plus ou moins infiltrées d'idéologie, là où un effort de synthèse et d'articulation de niveaux de compréhension complémentaires est nécessaire.

### LIVRES

#### La sexualité à l'adolescence

Alain Braconnier, Anne Bretonnière-Fraysse, Marie Choquet, Yvonne Coignon, Anne-Aymone Giscard d'Estaing, Patrice Huerre, Anne Revah-Levy  
Erès

Ce livre, élaboré à la suite du colloque de la Fondation pour l'Enfance, montre le caractère pluridéterminé de la sexualité humaine où se conjuguent les aspects biologiques, psychologiques, culturels, historiques, sociaux et moraux. Le temps de l'adolescence constitue un moment particulier de la sexualité, qui depuis l'enfance organise la vie psychique. Il permet une prise de distance à l'égard des premiers objets d'amour que sont les parents, et une ouverture vers les autres. Aussi, rien d'étonnant à ce que la sexualité à l'adolescence et la sexualité des adolescents soient l'objet d'attention de la part des adultes qui se doivent de leur transmettre la nécessaire loi de l'exogamie et de l'altérité. Et si elle échappe au savoir et à la maîtrise des adultes, n'est-ce pas en raison du deuil à réaliser, du côté de l'enfant, certes, et aussi du côté du parent, pour garantir le mouvement d'émancipation et d'affirmation ?

#### Guide philosophique pour penser le travail éducatif et médico-social

Alain Boyer  
Tome 1 *La loi de l'échange*  
Tome 2 *L'institution et la violence*  
Erès

Ce *Guide philosophique* en deux volumes retrace les réponses possibles au questionnement adressé aux étudiants du travail éducatif et médico-social en formation : quelles notions, quels concepts vous seraient utiles pour que vous puissiez encore mieux comprendre à quoi vous renvoie votre métier d'être en relation avec autrui ? Les mots que nous employons façonnent à notre insu notre vision du monde, et bien des opinions et des façons d'agir sont considérées à tort comme allant de soi. Mieux vaut s'en rendre compte. L'objectif de ce livre est de ne pas séparer la philosophie de la vie quotidienne, de relier les choses les unes aux autres d'une façon qui ne fragmente pas réflexion et quotidien. La philosophie chemine avec la vie, qui s'en retrouve imprégnée du souci du bien commun. Il s'agit non seulement de penser sa pratique mais encore d'apprendre à la penser par soi-même en s'appropriant les outils mis à disposition.

#### L'institution soignante

*Psychologie clinique n° 12*  
L'Harmattan

Cette revue consacre un numéro spécial à « l'institution soignante », sous la direction de Claude Wacjman et d'Edwige Pasquier. Il fait suite à un numéro précédent sur les enfants en institution et entend reprendre des questions quelque peu désertées depuis l'époque où Tosquelles, Mannoni, Oury occupaient le devant de la « scène professionnelle ». On retrouve ici une réflexion théorique (Michelle Cadoret, Michel Audisio...), mais surtout des apports de praticiens, notamment à propos de l'aide sociale à l'enfance (Isabelle Jamier), des SESSAD (Christian Mercier), des adolescents en institut de rééducation (Michel Dumont)... tous domaines où se croisent soins et actions éducatives. Cela donne un volume de plus de 250 pages très intéressant.  
M. Jaeger

## LIVRES

**L'ordre sensoriel****Une enquête sur les fondements de la psychologie théorique**

Friedrich A. Von Hayek

Traduit de l'anglais par Philippe Mach  
Ed CNRS

Qu'est-ce que l'esprit ? Le phénoménal et le monde physique, la théorie de l'énergie spécifique des nerfs, le caractère unitaire de l'ordre sensoriel. Comment l'esprit émerge-t-il de la matière ? Quels sont les rapports entre l'esprit et le cerveau ? Comment, sur la base de l'ordre du monde physique, se construit un autre ordre, l'ordre sensoriel ? En répondant à ces questions, Hayek édifie une théorie de l'esprit qui, en s'inspirant des grands représentants de la psychophysiologie d'avant 1914 (en particulier Ernst Mach) et des psychologues de la Gestalt, anticipe de plusieurs décennies quelques-uns des développements les plus importants des sciences cognitives contemporaines : les différentes théories de l'identité esprit-cerveau, dont le fonctionnalisme, et surtout le modèle d'explication des phénomènes mentaux aujourd'hui le plus novateur dans les neurosciences, le connexionnisme. En publiant, en 1952, *L'Ordre sensoriel*, Hayek posait le cadre d'une pensée socio-économique et d'une pensée psychologique : l'esprit, tout comme le marché ou la société, sont des phénomènes d'une complexité telle qu'on ne peut espérer ni expliquer, ni planifier, ni prédire leur fonctionnement détaillé.

S.T.

**Repenser la cure psychanalytique**

Marie-Claire Célérier

Dunod

Marie-Claire Célérier repense la cure classique à partir d'arguments d'ordre clinique et théorique. Ses bêtises sont bien connues dans certains cas (états-limites, problématiques narcissiques ou pathologies des actes et des comportements), des blocages, trop facilement attribués à une réaction thérapeutique négative, peuvent faire échouer la cure type ou l'interrompre brutalement. Les apports théoriques des trente dernières années permettent de repenser ces situations-limites : hypothèses sur l'émergence précoce du sujet, travaux psychanalytiques élargissant le cadre de recherche à un inconscient trans-subjectif et transgénérationnel, par exemple. Ces données modifient le repérage, l'analyse et l'utilisation de la dynamique transféro-contretransférentielle. L'auteur illustre les possibilités offertes par la pratique analytique en face à face ou en institution, qui permettent d'analyser la problématique inconsciente mise en jeu, au-delà de la réduction des symptômes, notamment chez les somatisants.

**Carnets d'une obstétricienne**

Evelyne Petroff

Préface du Pr Michel Tournaire

Albin Michel

Pour Evelyne Petroff, la naissance n'est pas seulement un acte médical, mais aussi un événement dans une histoire familiale. C'est dans ce sens, en faisant place à la parole et aux émotions, qu'elle accompagne les futurs parents. En intégrant les connaissances de l'haptonomie et de la psychanalyse, sans écarter les nécessités médicales, elle met en place des conditions d'accueil. D'où une préparation qui intègre les moments difficiles éventuels que sont, par exemple, les forceps ou la césarienne et donne une place au dialogue.

Le Rapport sur la Santé dans le Monde 2001 met au service des gouvernements et des responsables politiques de nouvelles connaissances, compréhensions et solutions qui en découlent. La tâche est loin d'être simple et il n'y a pas de solution miracle. En revanche, le rapport reconnaît que la politique est un travail en évolution et il invite les gouvernements à prendre des décisions stratégiques et à faire des choix qui auront des répercussions positives pour l'acceptation et le traitement des troubles mentaux et du comportement.

**Trois scénarios d'action**

Une action internationale est indispensable pour que ces recommandations soient suivies d'effet, car de nombreux pays n'ont pas les ressources nécessaires. Les organismes techniques et d'aide au développement des Nations Unies et d'autres instances peuvent les aider à mettre en place une infrastructure de santé mentale, à former du personnel et à développer leur potentiel de recherche. Le rapport s'achève sur trois « scénarios d'action », destinés à guider les pays, qui tiennent compte des différences de niveau des ressources nationales pour la santé mentale dans le monde. Le scénario A, par exemple, s'applique aux pays économiquement pauvres où ces ressources sont inexistantes ou très limitées. Même dans ces conditions, il est possible d'adopter des mesures spécifiques telles que la formation de tout le personnel, la mise à disposition des médicaments essentiels dans toutes les structures de santé et le transfert des malades mentaux actuellement emprisonnés. Pour les pays ayant des ressources modestes, le scénario B suggère notamment de fermer les hôpitaux psychiatriques de type carcéral et de prendre des mesures pour intégrer les soins de santé mentale dans les soins de santé générale. Le scénario C, destiné aux pays qui ont le plus de ressources, propose d'améliorer la prise en charge des troubles mentaux au niveau des soins de santé primaires, de faciliter l'accès aux nouveaux médicaments et de mettre en place des structures de soins communautaires ayant une couverture de 100 %. Les recommandations ci-dessous sont tirées du corps du rapport.

**Les grandes lignes du rapport****Une nouvelle conception de la santé mentale**

Le chapitre 1 présente une nouvelle conception de la santé mentale et explique pourquoi celle-ci est aussi importante que la santé physique pour le bien-être général des individus, des familles, des sociétés et des communautés.

La santé mentale et la santé physique sont deux aspects fondamentaux de la vie intimement liés entre eux et étroitement interdépendants. Les progrès des neurosciences et de la médecine du comportement montrent que les troubles mentaux et du comportement sont, comme les maladies physiques, le résultat d'une interaction complexe entre facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. A mesure que progresse la révolution moléculaire, les chercheurs acquièrent les moyens de visualiser l'activité du cerveau humain vivant qui accompagne les sensations et la pensée, et de comprendre pourquoi il fonctionne parfois moins bien qu'il ne le devrait. Les futurs progrès leur permettront de mieux comprendre le lien entre cet organe et les fonctions complexes à la base de la vie mentale et du comportement. Les avancées de l'imagerie cérébrale et d'autres techniques d'investigation permettront d'observer, en temps réel, le système nerveux en action.

En attendant, les observations scientifiques

# OMS, 2001: Rapport sur la santé dans le monde

## La Santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs

réalisées par la médecine du comportement prouvent que la santé mentale et la santé physique sont fondamentalement associées (la dépression est, par exemple, un facteur prédictif de la survenue d'une cardiopathie). La recherche montre qu'il existe deux grandes voies par lesquelles elles s'influencent mutuellement.

L'une de ces voies est celle des systèmes physiologiques, tels que la fonction neuro-endocrinienne et la fonction immunitaire. L'anxiété et la dépression, par exemple, déclenchent une cascade d'altérations de ces fonctions et accentuent la prédisposition à toute une série de maladies physiques.

La deuxième voie est celle du comportement sanitaire, qui recouvre des activités telles que l'alimentation, l'exercice physique, les pratiques sexuelles, l'usage du tabac et l'observance des traitements médicaux. Le comportement sanitaire d'une personne dépend, dans une large mesure, de sa santé mentale. Des observations récentes montrent par exemple que les jeunes présentant certains troubles psychiatriques, tels que la dépression et la pharmacodépendance, ont davantage tendance à fumer et à se livrer à des pratiques sexuelles à haut risque.

Des facteurs psychologiques particuliers sont également liés à la survenue de troubles mentaux. Les relations que nouent les enfants durant leurs premières années avec leurs parents ou d'autres éducateurs ont une importance primordiale. Quelle qu'en soit la cause précise, ceux qui sont privés d'affection risquent davantage de présenter des troubles mentaux et du comportement au cours de l'enfance ou dans la suite de l'existence. Des facteurs sociaux comme l'urbanisation, la pauvreté et le progrès technologique jouent aussi un rôle considérable : la prévalence des troubles mentaux, notamment l'abus de substances, est plus élevée chez les pauvres et les démunis. Les lacunes de la couverture sont importantes pour la plupart des troubles mentaux, mais, chez les pauvres, elles sont particulièrement criantes.

**L'impact des troubles mentaux et du comportement**

Le chapitre 2 commence par exposer les lacunes de la couverture thérapeutique, qui sont l'un des grands problèmes de la santé mentale aujourd'hui. Au tout début, il donne des indications sur l'ampleur et l'impact des troubles mentaux et du comportement. Ceux-ci sont courants : 20 à 25% de la population, mondiale vient à en souffrir un jour ou l'autre. Ils sont universels : tous les pays, toutes les sociétés et les individus de tous âges sont touchés. Ils ont des conséquences économiques importantes, tant directes qu'indirectes, sur les sociétés, y compris sur les coûts des services, et nuisent beaucoup à la qualité de vie des individus et des familles. On estime qu'en 2000, les troubles mentaux et neurologiques représentaient 12% environ du nombre total d'années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI), toutes maladies et tous traumatismes confondus. On prévoit que d'ici 2020, la charge de morbidité qui leur est imputable aura augmenté de 15%. Pourtant, seule une petite minorité des personnes actuellement touchées reçoivent un traitement.

Le chapitre présente, ensuite, un groupe de

troubles courants qui entraînent généralement une incapacité grave ; il décrit comment les identifier et les diagnostiquer, ainsi que leurs répercussions sur la qualité de vie. Ce groupe comprend les troubles dépressifs, la schizophrénie, les toxicomanies, l'épilepsie, le retard mental, les troubles de l'enfance et de l'adolescence et la maladie d'Alzheimer.

Bien que l'épilepsie soit, à l'évidence, un trouble neurologique, elle figure dans cette liste parce qu'elle était regardée autrefois comme un trouble mental et l'est encore dans de nombreuses sociétés. A l'instar des personnes atteintes de troubles mentaux, les épileptiques font l'objet d'une stigmatisation et sont sévèrement handicapés s'ils ne sont pas soignés.

Au nombre des facteurs qui déterminent la prévalence, la survenue et l'évolution de ces différents troubles figurent la pauvreté, le sexe, l'âge, les conflits et catastrophes, les maladies physiques graves, et le contexte familial et social. Il arrive souvent qu'un individu soit atteint de plusieurs troubles mentaux à la fois, l'association la plus fréquente étant celle de l'anxiété et des troubles dépressifs.

Le chapitre aborde enfin la question du lien entre suicide d'une part et troubles mentaux et du comportement d'autre part. Trois aspects du suicide ont de l'importance en santé publique.

Premièrement, c'est l'une des principales causes de mortalité chez les jeunes dans la plupart des pays développés, ainsi que dans de nombreux pays en développement. Deuxièmement, les taux varient beaucoup selon le pays, le sexe et l'âge, ce qui témoigne d'une interaction complexe entre des facteurs biologiques, psychologiques et socioculturels. Troisièmement, c'est un problème qui prend depuis peu une importance croissante chez les jeunes et chez les femmes dans de nombreux pays. Sa prévention est traitée dans le chapitre suivant.

**Publication au Journal Officiel des conditions d'accès à la psychiatrie pour les médecins généralistes**

Le Journal Officiel du 5 mai 2002 a publié un arrêté indiquant les conditions d'accès au concours de praticien hospitalier en psychiatrie pour les médecins généralistes. Pour pouvoir se présenter au « Concours national de praticien des établissements publics en santé », pour l'année 2002, les médecins généralistes doivent remplir deux conditions. Ils doivent, d'une part, « exercer depuis quatre ans au moins » des fonctions dans « un établissement ou un service spécialisé de psychiatrie » et, d'autre part, « justifier de diplômes » validant trois ans de formation dans la spécialité. Les assistants spécialistes et anciens assistants spécialistes peuvent également prétendre à ce titre, « bien qu'ils ne soient pas titulaires de la qualification ordinale correspondante ». Ces praticiens devront s'inscrire dans la discipline ou la spécialité pour laquelle ils ont été retenus sur la liste d'aptitude des épreuves nationales à la fonction de praticien adjoint contractuel.

### Les soins communautaires

Le chapitre 3 porte sur la résolution des problèmes de santé mentale. Il attire particulièrement l'attention sur le thème central du rapport, qui est repris avec insistance dans les recommandations générales. Il s'agit de la transition positive, recommandée pour tous les pays et déjà en cours dans certains, des soins institutionnels consistant à interner les malades mentaux dans des asiles, des hôpitaux de type carcéral ou des prisons vers des soins en communauté renforcés par la mise en place de lits dans les hôpitaux généraux pour les cas aigus.

Dans l'Europe du XIX<sup>e</sup> siècle, la maladie mentale a été considérée comme un objet légitime d'investigation scientifique ; la psychiatrie est devenue une discipline médicale et les personnes atteintes de troubles mentaux ont été traitées comme des patients médicaux. Toutefois, ces personnes, comme celles qui souffraient de nombreuses autres maladies et dont le comportement social était jugé indésirable, ont été isolées de la société et enfermées dans de grandes structures de type carcéral, les asiles d'aliénés, appelés par la suite hôpitaux psychiatriques. Cette tendance s'est ensuite exportée en Afrique, en Amérique et en Asie.

Au cours de la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle, la conception des soins de santé mentale a évolué, sous l'effet notamment de trois facteurs indépendants. Tout d'abord, la psychopharmacologie a fait des progrès remarquables, avec la découverte de nouvelles classes de médicaments, neuroleptiques et antidépresseurs en particulier, et la mise au point de nouvelles formes d'intervention psychosociale. Ensuite, le mouvement des droits de l'homme est devenu un véritable phénomène international, sous l'égide de l'Organisation des Nations Unies nouvellement créée, et la démocratie a progressé dans le monde. Enfin, une composante mentale a été solidement intégrée au concept de santé défini par l'OMS, elle aussi de création récente. Ensemble, ces événements ont contribué à faire évoluer les soins vers le cadre communautaire, plus ouvert et plus souple, au détriment des grandes structures d'internement.

Le système asilaire présente de nombreux inconvénients : mauvais traitements fréquemment infligés aux patients, isolement géographique et professionnel des établissements et de leur personnel, insuffisance des procédures de notification et de compte rendu, erreurs de gestion et inefficacité de l'administration, mauvaise orientation des ressources financières, absence de formation du personnel et inadaptation des méthodes d'inspection et d'assurance de la qualité.

Les soins communautaires, en revanche, misent sur la qualité et permettent davantage aux personnes atteintes de troubles mentaux et du comportement de prendre leur destin en main. En pratique, ils supposent la mise en place d'une grande diversité de services au niveau local. Ce processus, qui n'a même pas encore débuté dans bien des régions et pays, a pour objet d'assurer intégralement certaines fonctions protectrices de l'asile tout en évitant d'en perpétuer les aspects négatifs.

Les soins communautaires sont à la fois :

- proches du domicile, tant pour les admissions d'urgence dans les hôpitaux généraux que pour les séjours de longue durée dans des établissements communautaires ;
- en rapport avec les incapacités et les symptômes ;
- adaptés au diagnostic et aux besoins de chaque individu ;
- très variés, de manière à satisfaire tous les besoins des personnes souffrant de troubles mentaux et du comportement ;
- fondés sur une coordination entre professionnels de la santé mentale et institutions

communautaires ;

- ambulatoires plutôt que fixes et couvrant le traitement à domicile ;
- dispensés en partenariat avec les gardes-malades et tenant compte de leurs besoins ;
- basés sur une législation conçue en fonction de ce type de soins. Ce chapitre met toutefois en garde contre toute intention de fermer les hôpitaux psychiatriques sans prévoir de solutions de rechange communautaires et, inversement, de créer des structures communautaires sans fermer les hôpitaux psychiatriques. Les deux processus doivent être simultanés, coordonnés et progressifs.

Une désinstitutionnalisation bien menée comporte trois grands volets :

- prévention des admissions injustifiées en hôpital psychiatrique par la mise en place de services communautaires ;
- réinsertion dans la communauté des patients institutionnalisés depuis longtemps en veillant à ce qu'ils soient bien préparés ; et
- création et maintien de systèmes de soutien communautaires pour les malades non institutionnalisés.

Les programmes de soins de santé mentale ne sont guère prioritaires dans maints pays en développement. Seul un petit nombre d'institutions, généralement surchargées, à court de personnel et inefficaces, y dispensent ce type de soins ; les services reflètent une méconnaissance aussi bien des besoins des malades que des diverses méthodes de traitement et de soins disponibles. La majorité de la population n'a pas accès à des soins psychiatriques. Les seuls services disponibles sont dispensés par de grands hôpitaux psychiatriques difficiles d'accès et régis par une législation à visée souvent plus répressive que thérapeutique, qui deviennent des communautés à part, coupées du reste de la société. En dépit de différences majeures, les soins de santé mentale dans les pays en développement et dans les pays développés se heurtent à un même problème : beaucoup de ceux à qui ils pourraient être profitables n'utilisent pas les services psychiatriques disponibles. Même dans les pays où ces services existent de longue date, moins de la moitié de ceux qui en auraient besoin y font appel, notamment parce qu'ils redoutent la stigmatisation dont sont victimes les personnes atteintes de troubles mentaux et du comportement et parce que ce qu'on leur propose ne correspond pas à leurs attentes.

Le chapitre passe en revue les grands principes des soins de santé mentale : diagnostic, intervention précoce, usage rationnel des techniques de traitement, continuité des soins et gamme étendue de services ; puis quelques autres principes importants : participation du consommateur, partenariat avec les familles, implication de la communauté locale et intégration aux soins de santé primaires.

Il décrit également les trois composantes fondamentales des soins - pharmacothérapie, psychothérapie et réadaptation psychosociale - qui doivent toujours être présentes dans des proportions appropriées.

Il aborde les questions de prévention, de traitement et de réadaptation à propos des troubles qui font l'objet d'une étude approfondie dans le rapport.

### Une politique de la santé mentale

Le chapitre 4 traite de la politique de santé mentale et de la prestation de services. La protection de la santé mentale, comme son amélioration, est une tâche complexe impliquant de multiples décisions. Elle oblige à dégager des priorités parmi les besoins, les maladies, les services, les traitements et les stratégies de prévention et de promotion, puis à faire des choix concernant leur financement. Elle suppose une bonne coordination des stratégies et des services entre eux et avec d'autres

services tels que la sécurité sociale et l'éducation, ainsi qu'avec les interventions des pouvoirs publics dans les domaines de l'emploi et du logement. Enfin, elle oblige à contrôler et analyser les résultats afin d'adapter, sans cesse, les décisions aux problèmes qui se posent.

L'Etat, autorité de tutelle suprême en matière de santé mentale, est responsable de la mise en œuvre de ces activités complexes. L'élaboration et l'application de la politique sont au cœur de cette fonction de tutelle. La politique repère les principaux problèmes et objectifs ; définit les rôles respectifs du secteur public et du secteur privé dans le financement et la prestation ; détermine les stratégies et les modes d'organisation qui, dans le secteur public et éventuellement dans le secteur privé, permettront d'atteindre les objectifs de la santé mentale ; prévoit des mesures favorables au renforcement des moyens d'action et au développement institutionnel ; et, pour la hiérarchisation des dépenses, fixe des orientations qui relieront l'analyse des problèmes aux décisions d'affectation des ressources.

Le chapitre étudie, en détail, ces différentes questions, à commencer par le choix des mécanismes de financement permettant la prestation des services de santé mentale, tout en notant que les caractéristiques de ces mécanismes ne devraient pas être différentes de celles des services, de santé en général. Les gens doivent être protégés des risques financiers catastrophiques, ce qui revient à réduire au minimum les paiements directs au profit de méthodes de prépaiement par le biais de l'impôt, de l'assurance sociale obligatoire ou de l'assurance privée volontaire. Les personnes en bonne santé doivent subventionner les malades par des mécanismes de prépaiement, et un bon système de financement doit aussi faire subventionner les pauvres par les riches, du moins dans une certaine mesure. Le chapitre examine ensuite l'élaboration de la politique de santé mentale, souvent distincte de celle des politiques en matière d'alcool et de drogue. Or, ces trois types de politiques doivent s'insérer dans l'ensemble complexe des grandes orientations de l'Etat en matière de santé, de protection sociale et d'aide sociale en général. Elles doivent prendre en compte les réalités sociales, politiques et économiques aux niveaux local, régional et national.

L'élaboration d'une politique doit reposer sur des informations à jour et fiables concernant la communauté, les indicateurs de santé mentale, les traitements efficaces, les stratégies de prévention et de promotion et les ressources de la santé mentale. Il convient de prévoir des révisions périodiques.

Les politiques doivent accorder une grande importance aux groupes vulnérables ayant des besoins particuliers en matière de santé mentale (enfants, personnes âgées, femmes maltraitées, réfugiés et personnes déplacées dans les pays en proie à la guerre civile ou à des conflits internes).

Elles doivent aussi s'attacher à prévenir les suicides, par exemple en limitant l'accès aux poisons et aux armes à feu et en détournant le gaz domestique et les gaz d'échappement des véhicules. Elles veilleront à ce que des soins soient dispensés aux personnes à risque, comme celles qui souffrent de dépression, de schizophrénie ou de dépendance alcoolique, et se préoccupent aussi de la lutte contre l'alcool et les drogues illicites.

Dans de nombreux pays, le budget de santé publique est principalement consacré au maintien des soins en institution, de sorte qu'il ne reste que de rares ressources, voire aucune, pour des services plus efficaces en communauté. Dans la plupart des pays, il faut évaluer, réévaluer et réformer les services de santé mentale afin de dispenser le meilleur traitement et les meilleurs soins existants.

Le chapitre expose trois façons d'améliorer l'organisation des services, même avec des ressources limitées, de façon que ceux qui en ont besoin puissent les utiliser pleinement, à savoir : renoncer aux soins en établissement psychiatrique, développer les services communautaires de santé mentale et intégrer les soins de santé mentale dans les services généraux de santé.

Parmi les autres questions examinées dans le chapitre figurent les moyens d'assurer la disponibilité des psychotropes, la création de liens intersectoriels, le choix des interventions de santé mentale, le rôle du secteur public et du secteur privé dans la prestation des services, le développement des ressources humaines, la définition des rôles et des fonctions des agents de santé, et la promotion non seulement de la santé mentale mais aussi des droits fondamentaux des personnes atteintes de troubles mentaux. Sur ce dernier point, il est essentiel qu'une législation garantisse la protection de ces droits.

Une collaboration entre ministères s'impose pour que les politiques de santé mentale puissent tirer profit des grands programmes de l'Etat. En outre, une contribution du secteur de la santé mentale est nécessaire pour que toutes les activités et politiques gouvernementales favorisent la santé mentale et n'aillent pas à son encontre. Cette collaboration concerne le travail et l'emploi, le commerce et l'économie, l'éducation, le logement, les autres services d'aide sociale et le système judiciaire.

Le chapitre précise que les principaux obstacles à surmonter dans la communauté sont la stigmatisation et la discrimination, et qu'une approche sur plusieurs fronts, mobilisant les médias et les ressources communautaires et nécessaires pour inciter au changement.

### Une action optimiste

Le chapitre 5 précise les recommandations et les trois scénarios d'action énumérés au début de ce résumé. Il apporte une note optimiste finale, en insistant sur l'existence de solutions aux problèmes mentaux et sur leur applicabilité. Grâce aux progrès scientifiques accomplis au niveau des traitements, la plupart des individus et des familles peuvent trouver une aide. Des stratégies pour la prévention de certains troubles viennent compléter l'action des traitements efficaces et de la réadaptation. Une politique et une législation de la santé mentale, à la fois bien conçues et novatrices, mettront les services à la portée de ceux qui en ont besoin. Cette nouvelle conception est synonyme de nouveaux espoirs. ■

F.C.

Des renseignements sur cette publication peuvent être obtenus auprès de :

Rapport sur la Santé dans le Monde  
Organisation mondiale de la Santé  
1211 Genève 27, Suisse  
Fax : (41 22) 7914870  
Adresse Internet: whr@who.int

### Pour une sociologie d'intervention

Gilles Herreros  
Erès

Pour Gilles Herreros, la sociologie d'intervention est une démarche engagée, sans être pour autant militante. Elle mobilise une forme d'intelligence théorique et pratique, articulée sur différents paradigmes. Loin de chercher à s'enfermer dans une théorie du social exclusive et prétendant à l'autonomie de son cadre conceptuel, le sociologue gagne à pratiquer le mélange et les articulations, à cultiver les interférences entre pratique de terrain et constructions théoriques, à privilégier les circulations entre systèmes conceptuels. Des récits d'intervention illustrent cette démarche.

## LIVRES

**Comprendre et accompagner le patient alcoolique**

Michèle Monjauze

Editions In Press

L'addiction alcoolique, distincte des autres addictions, est une maladie psychique d'un type bien particulier, qui justifie des compétences spécifiques. Après avoir repris les données psychopathologiques, l'auteur s'intéresse à la place de l'alcool dans les représentations et les conduites sociales. Mais l'intérêt principal de ce livre est d'expliquer le rôle infirmier face aux avancées et aux défaîtes de la personne alcoolique. La relation d'aide est faite de patience, « d'écoute active » et de professionnalisme. Elle suppose de connaître les techniques d'entretiens individuels et familiaux menés par les infirmiers en alcoologie, l'animation des groupes de patients et des activités de médiation. Cet ouvrage clair, très bien documenté, est un bon outil de formation pour les soignants.

M. Jaeger

**La jeune fille et la mort Soigner les anorexies graves**

Sous la direction de Thierry Vincent\*

Préface de Philippe Jeammet

Erès

Cet ouvrage montre que l'évolution longue, chaotique, et spécifique pour chaque patient des troubles graves des conduites alimentaires implique le recours simultané ou successif à plusieurs institutions de soin. D'où l'intérêt d'une approche plurielle qui, afin d'aller vers une plus grande cohérence et vers une continuité des soins, nécessite un travail de concertation. Chacun des articles témoigne d'un souci de réflexion théorique à partir d'une pratique au quotidien, non seulement liée à la spécificité professionnelle de chaque auteur, mais également à ses propres références théoriques. Sont abordés le jeu thérapeutique transférentiel et surtout contre-transférentiel à l'œuvre dans tout travail thérapeutique, fût-il le plus institutionnel, la difficile question des fameux « contrats de poids » que presque toutes les institutions accueillant des anorexiques très dénutries se voient obligées d'instaurer et, plus encore, celle de la nutrition forcée lorsque le pronostic vital est en jeu en raison de la cachexie. La façon dont la pathologie anorexique produit chez ceux qui s'en occupent des changements dans leur pratique et dans leur mode d'appréhension de la maladie est présentée alors qu'une partie importante de l'ouvrage est consacrée aux psychothérapies. Enfin, un certain nombre de remarques sur la physiologie du comportement alimentaire est présenté.

\*avec la participation de S. Ferry, J-P Chouraqui, I Durand-Piita, M Biloa Tang, M Chappaz, C Sarragallet, Y. Mallion, M Weber, M Pir, P Lauroz, A Mouchet, F Maffre, I Desmoulin, Y Rey, A Perroud, M Ravel Sarrola, B Liberelle.

**L'euphorie****Art plastiques, cinéma, philosophie**

Sous la direction de Joël Gilles

L'Harmattan

Si l'enthousiasme est un concept esthétique traditionnel, il n'en est pas de même de son exaspération : l'euphorie. A cette dernière il semble que l'on refuse, au contraire, toute pertinence dans la réflexion esthétique. Dénoncée dès l'Antiquité comme état de possession, ceux qui en sont l'objet ne peuvent prétendre à la maîtrise de l'art. Ce petit ouvrage, actes d'un séminaire tenu à l'Université Saint-Etienne sous l'égide du Collège international de philosophie, mène une enquête sur la place que l'état euphorique et son inverse, la dysphorie, ont pu tenir dans la création philosophique, artistique ou cinématographique.

## BIOGRAPHIE (suite)

vivant et le lieu des combinaisons chimiques qui composent la vie : « les parois cellulaires ont la propriété d'aspirer et d'expirer les molécules qui ont concouru à l'acte de circulation... La cellule végétale aussi bien que la cellule animale est une espèce de laboratoire des tissus cellulaires qui s'organisent en son sein. Ses parois imperforées ont la propriété de puiser par aspiration les éléments nécessaires à cette élaboration. Elles ont la propriété de faire comme un triage, d'admettre certains matériaux, d'arrêter au passage certains autres, donc de séparer les éléments de certaines combinaisons pour n'en donner qu'une partie ». Cette vision chimique de la cellule légitime les tentatives de Raspail de simplifier les nomenclatures existantes. Ce souci de simplifier, nous l'avons vu, s'exprime aussi dans son refus d'employer des microscopes composés susceptibles d'erreurs d'interprétation. Dans cette volonté de faire simple et ce refus de subordonner, l'objet de la recherche au moyen d'investigation ne rejoint-il pas Claude Bernard ? Mais l'observation passive ou active, la confrontation des témoignages historiques ou des croyances populaires auxquelles il prête une importance exceptionnelle (celle de refléter le bon sens, l'intuition et une expérience millénaire), se distinguant en cela de l'élite savante, ne suffisent pas à circonscrire le réel. C'est pourquoi Raspail accorde un statut privilégié au raisonnement analogique dans l'espoir de progresser dans la connaissance et d'établir des passerelles entre les différents niveaux de la réalité. Son oeuvre est assurément saturée d'analogie : sa vraie nouveauté et tout le dynamisme de sa pensée résident peut-être dans ce qui semble aujourd'hui le plus contestable, cette volonté constante de transposition entre vivant et non-vivant, entre règne végétal et règne animal. L'apport de la chimie, essentiel ici, car elle joue le rôle de paradigme, révélait ainsi un monde unifié et profondément solidaire. L'animé lui-même était constitué des mêmes bases et des mêmes gaz que l'animé. La différence consistant dans ce qu'on appellerait aujourd'hui leur « structure » : si le premier est fondé sur la cristallisation, le second se caractérise par l'organisation, qui se révèle un maître mot du vocabulaire de Raspail, dans la mesure où elle constitue le processus même de la vie. Sans organisation pas de vie. Mais dans ce monde où rien ne se perd et rien ne se crée de rien, où tout est échange et circulation de l'énergie, où tout est symétrie, la guerre est permanente et chaque créature se présente à la fois comme « carnassière et pâture ». Si l'homme n'échappe pas à cette loi fatale, son aptitude particulière à la vie en groupe lui permet de s'en libérer en partie. Les brillantes études réunies par Claude Langlois<sup>(9)</sup> semblent fondées à définir la doctrine de Raspail comme une idéologie scientifique au sens de Georges Canguilhem. Raspail parle, en effet, beaucoup de lui-même, utilise un type de raisonnement apparemment minoré par la science moderne et se pose comme un adversaire résolu de la science intuitionnalisée. Il convient, cependant, sous peine de tomber dans l'anachronisme, de ne pas oublier le contexte historique et le cadre théorique à l'intérieur desquels pense et vit Raspail. Sans tomber dans les complaisances familiales qui en feront un précurseur de tout, il faut admettre qu'il aura, à la fois, obtenu des résultats parfois fiables et ébauché l'esquisse d'une méthodologie expérimentale.

## UNE MÉDECINE SANS MÉDECINS

L'oeuvre de Raspail coïncide avec une méfiance croissante de l'opinion à l'égard des

médecins à partir des années 1830.

L'arsenal thérapeutique dont ceux-ci disposaient, et notamment les saignées, les sangsues, les sels de mercure, était presque toujours inefficace et souvent dangereux. Leur discours semblait versatile et embrouillé. Flaubert le montre bien lorsqu'il écrit à propos de Bouvard et Pécuchet qu'ils « lisaient les ordonnances de leurs médecins, et étaient fort surpris que les calmants soient parfois des irritants, les vomitifs, des purgatoires, qu'un même remède convienne à des traitements opposés »<sup>(10)</sup>. Ces contradictions et cette impuissance à guérir, disqualifiaient la médecine auprès du public qui s'en remettait volontiers aux charlatans ou aux prophètes des médecines nouvelles. La force de Raspail était d'offrir une solution de rechange cohérente à la médecine officielle en redonnant au patient une part centrale dans la guérison et en réduisant la thérapeutique à un seul produit. Cette doctrine supposait une critique sans concession de la médecine instituée et une vision cohérente de la santé et de la maladie. Critique qui portait non seulement sur ses résultats, si éloquents à leur manière, mais avant tout sur ses fondements théoriques et son insertion dans la société. La pratique médicale est confisquée, selon Raspail, par un groupe social dont les seules ambitions sont de faire du commerce et de se maintenir en tant que groupe privilégié. Ce groupe tend, naturellement, à se transformer en corporation sur le modèle des corporations d'Ancien régime et soutient tout pouvoir qui favorise cette tendance. L'argument d'autorité, constamment mis en avant par les médecins, sert à masquer leur incompétence et à légitimer leur statut. L'orthodoxie médicale, quasi-immuable depuis Hippocrate et Galien, n'est pas la somme multiséculaire d'observations, d'expériences et de pratiques éprouvées, mais bien une idéologie qui permet de donner une forte identité au groupe et d'en imposer à la clientèle par un langage abscons. Dans ce contexte, le diplôme n'est rien d'autre que le signe d'appartenance à cette sorte de clergé que forment les médecins : il n'est pas la reconnaissance d'un savoir maîtrisé mais bien plutôt l'autorisation d'exercer une activité lucrative. Le diplôme, explique Raspail, témoigne que le commerce de la santé passe avant l'art de soigner. A cette médecine pseudo-savante, plus préoccupée par la recherche du profit que par l'élaboration d'une méthode rationnelle et efficace, Raspail oppose une vision claire et vigoureuse de la maladie qu'il considère comme un déséquilibre et une désorganisation. La cellule malade est une cellule désorganisée qui tend à transmettre son déséquilibre aux cellules voisines. L'origine de la désorganisation cellulaire est à rechercher dans l'action d'êtres microscopiques, les annélides ou helminthes, vers parasites « qui prennent l'homme au berceau et ne le quittent qu'à la tombe ». La médecine Raspail est avant tout une parasitologie, même si de nombreux passages de son oeuvre ont pu laisser penser qu'il était tout près d'identifier les microbes. Ce n'est évidemment pas un hasard s'il pense pouvoir lutter contre l'action multiforme et sans cesse re-

naissante des parasites par une utilisation immodérée du camphre qu'il considère comme une substance susceptible d'une large efficacité grâce à ses propriétés antiseptiques et vermifuges. Décliné sous différentes formes, poudre, liqueur, cigarettes, le camphre acquiert un statut de produit miracle balayant le fatras de la médication classique et obtenant des résultats positifs dans un grand nombre de pathologies (maladies du poumon, de l'appareil digestif, de la peau, maladies vénériennes et « morales »). Cet usage multiforme d'une substance unique ouvrait la possibilité d'une médecine sans médecins dans laquelle le patient devenait l'artisan de sa guérison. Seul le patient, explique Raspail, est capable de connaître la nature exacte de son mal et c'est pourquoi ses propres sensations et observations seront toujours supérieures au diagnostic d'un homme de l'art. En devenant son propre médecin, le patient est invité à s'interroger sur son mode de vie, ses habitudes alimentaires, physiques, sociales et morales. « Le type normal, celui qui nous paraîtra le plus beau de l'espèce, sera le type de l'homme le plus utile à ses semblables » assure l'auteur de l'*Histoire naturelle de la santé et de la maladie*, qui ajoute cette précision : « plus on se retranche du cadre physique de ce type, plus on s'éloigne sous le rapport de la régularité des habitudes et de la moralité des passions ». Autrement dit, le camphre et l'aloès ne suffisent pas à la médecine sans médecins. A quoi sert de guérir si l'on ne cherche pas, d'abord, à prévenir ? La doctrine de Raspail conduit inévitablement à un hygiénisme social et politique qui nécessite de prendre en compte l'influence du milieu, l'homme comme être social, la volonté propre de l'individu. Cette politique de prévention vise à empêcher l'irruption du trouble dans le processus de vitalité et à rechercher l'équilibre dans les besoins fondamentaux. Dans cette conception, le crime et la folie trouvent une explication rationnelle puisqu'ils résultent d'une dissymétrie entre les aptitudes et la réalité, d'un écart entre les désirs et leur incomplète satisfaction. On imagine mal l'immense succès de la méthode Raspail<sup>(11)</sup>, de cette médecine sans médecins, qui doit être distinguée, comme l'a montré Evelyne Aziza-Schuster<sup>(12)</sup>, du courant dit de la médecine de soi-même. Reste que cette méthode qui cherchait l'efficacité et la simplicité, semblait supérieure à la panoplie médicale de l'époque. Certes, elle n'était pas sans contradictions, notamment dans son principe, comme l'ont souligné ironiquement de nombreux commentateurs : cette médecine sans médiateurs devait, en effet, passer par la médiation des livres de Raspail. Le lecteur était enclin à y voir, et les affirmations péremptoires de l'auteur l'y invitaient, à la fois les paroles d'un maître et un catalogue de recettes thérapeutiques.

**UN RÉPUBLICANISME RÉFORMATEUR ET FRATERNITAIRE**

Les idées politiques de Raspail appartiennent au fond commun des doctrines républicaines entre 1830 et 1870 : on remarque chez lui un

**DIU de Formation à la Relation Médecin-Malade et d'Initiation Psychosomatique - Faculté de Médecin Paris 6-Paris 7**

Cet enseignement est destiné aux Internes en Psychiatrie, aux Médecins généralistes et aux Psychologues Cliniciens désirant une formation complémentaire.

Pour plus de renseignements se connecter sur le site internet [www.xbichat.jussieu.fr](http://www.xbichat.jussieu.fr)

3ème cycle, diplômés d'université, médecine psychosomatique.

Pour une demande de dossier et une inscription écrire à Madame Mouric, à l'attention du Dr J Gorot, Faculté X Bichat, 16 rue H Huchard, BP 416, 75870 Paris Cedex 18 ou contacter le Dr J Gorot, e-mail : [jgorot@aol.com](mailto:jgorot@aol.com).

penchant montagnard pour l'assemblée unique, le refus du pouvoir personnel et des armées permanentes, un amour profond et sincère pour la nation, la revendication d'une instruction publique et gratuite, une réflexion sur la notion de légalité républicaine. Raspail, qui a beaucoup séjourné en prison, milita aussi tout au long de son existence pour l'amélioration du régime pénitentiaire et pour ce qu'on appellerait aujourd'hui des peines de substitution. Au centre de sa doctrine, on trouve surtout un attachement profond à la république conçue comme le pouvoir du peuple souverain à travers le suffrage universel. Hanté par la confiscation de la révolution en 1830, puis en 1848, Raspail n'est pas loin de penser que tout pouvoir est par nature illégitime. C'est pourquoi, sans doute à tort, on a pu parler à son propos d'un ton libertaire, mais il est vrai que ce rousseauiste croit fermement aux vertus de la démocratie directe et pense que si l'homme est né bon et sociable, le pouvoir le corrompt et introduit une spécialisation et une séparation nuisibles au corps social. Cette crainte d'une confiscation du pouvoir souverain par quelques uns, d'une possible captation d'héritage et d'une dénaturation au sein même du processus révolutionnaire, explique cette obsession, souvent raillée, des provocations policières et des influences souterraines. Incontestablement, une thématique du complot court à travers toute l'œuvre de Raspail et explique son attention aux influences invisibles à force d'être habituelles, celles des notables et surtout du clergé, en particulier les jésuites, accusés par lui de tous les maux. Si une autre leçon doit être tirée des échecs du mouvement républicain, c'est que le coup de force, la terreur et la conspiration pour la liberté ne sont plus à l'ordre du jour. Comme de nombreux socialistes, Raspail estime que, sans républicains, il ne peut y avoir de république : pour donner une assise durable à celle-ci, il faut donc se tourner vers l'éducation morale et politique du peuple. Mais celui-ci ne pourra accéder à la pleine conscience de ses droits et devoirs qu'à la condition de s'affranchir de la hantise quotidienne de trouver de quoi se nourrir, se vêtir et se loger. Bien-être matériel et conscience du soi politique sont indissociables. Il est donc nécessaire d'éliminer famine et misère par une révolution économique, envisagée par Raspail comme une augmentation de la production agricole. Le socialiste Raspail, qui eut de nombreuses fidélités dans l'aristocratie et la bourgeoisie, condamne la guerre de classes : « comment oserions-nous soulever le peuple contre les bourgeois, alors que nous voyons chaque jour les bourgeois sortir des rangs du peuple et le peuple travailler pour être bourgeois? »<sup>(13)</sup>. Logique avec lui-même, Raspail considère la science et la technique<sup>(14)</sup> comme les seuls instruments capables de résoudre le paupérisme et la pénurie. Animé par un double refus, celui de la spécialisation politique et celui de la violence révolutionnaire, il place ses espoirs de transformation sociale dans une politique de santé publique, fondée sur la généralisation des préceptes élémentaires de propreté et d'hygiène et sur un recours constant à sa méthode thérapeutique. Il propose la création d'un corps de médecine organisé démocratiquement dont le rôle serait, en quelque sorte, d'apprendre à la population à se passer de lui. Cette médecine du peuple, par nature automédecine, contribuerait à l'éradication des grandes contagions et des parasitoses, et formerait l'armature d'une véritable « sécurité sociale » grâce à laquelle le peuple, outre la gratuité des soins, bénéficierait d'une solide éducation civique et morale. Raspail, en cela précurseur de certains aspects de la république triomphante, croit aux vertus de la morale collective. En caricaturant, on peut dire

que la république c'est la réunion du suffrage universel, des vertus et du camphre. Ce projet politique tente, à sa manière, de résoudre les contradictions auxquelles se heurte le courant républicain depuis la grande Révolution. On peut être surpris de voir Raspail choisir comme référence, à un moment où il fallait s'identifier aux grands ancêtres, le personnage sans doute le plus controversé de la période révolutionnaire. Marat eut, en effet, et cela tout au long du XIX<sup>ème</sup> siècle, une image détestable de fou sanguinaire. Sans reprendre en compte les débordements de l'Ami du peuple, Raspail retrouve en lui un autre lui-même : Marat qui fut médecin et homme de sciences, n'a-t-il pas refusé une fonction politique pour lui préférer l'action sur l'opinion à travers le journalisme? N'était-il pas, comme Raspail, un frateritaire ferme dans ses principes ? Certes, Raspail est de son temps, et compris comme tel, sa lecture reste instructive<sup>(15)</sup>. Mais, à la réflexion, la nôtre trouverait sans aucun doute dans cette œuvre « datée » et pourtant si singulière, bien des parallèles et bien des rapprochements. ■

## Notes

- (1) Cité par J. Poirier et Claude Langlois (dir), *Raspail et la vulgarisation médicale*, Paris, J. VRIN, 1988.
- (2) On peut parler ici d'une véritable entreprise commerciale avec usine de production, comptoir commercial et lutte pour conserver l'exclusivité de la fabrication et de la diffusion. Les enfants Raspail, Camille, médecin, Emile chimiste et fabricant des produits de la méthode, Xavier devenu secrétaire de son père, firent beaucoup pour en défendre la mémoire scientifique à travers, notamment, son action à la société zoologique de France. Ils furent les plus ardents partisans des découvertes paternelles.
- (3) Selon sa belle-fille citée par Daniel Ligou, *François-Vincent Raspail ou le bon usage de la prison*, Paris, J. MARTINEAU, 1968.
- (4) Il intervint publiquement dans la célèbre controverse qui opposa Cuvier et Geoffroy Saint-Hilaire en publiant les *Nouveaux coups de fouet scientifiques*, Paris, 1831.
- (5) Georges Weill, *Histoire du parti républicain en France (1814-1870)*, Alcan, Paris, 1928.
- (6) *Procès et défense de F.-V. Raspail, poursuivi le 19 mai 1846, en exercice illégal devant la 8ème chambre...* Paris : 1846. Une étude de ce procès, et plus généralement de tous les procès intentés contre lui ou intentés par lui, apporterait beaucoup à la connaissance de l'homme, de son discours et de son impact social.
- (7) Candidat des « rouges », il obtint près de 37000 voix. On notera qu'il ne coupera jamais les ponts avec les plus révolutionnaires : toute l'extrême-gauche, de Blanqui aux communards, eurent toujours, malgré les divergences, un grand respect à son égard. On se souviendra que Raspail avait connu Buonarroti et qu'il défendit Blanqui lorsque celui-ci fut calomnié.
- (8) Il fut condamné en 1874 à un an de prison (qu'il passa en maison de santé) pour « apologie de faits qualifiés crimes ». Il s'agissait d'un rappel de la mort de Delescluze sur une barricade dans l'édition de 1873 de son *Almanach et Calendrier météorologique*.
- (10) Gustave Flaubert, Bouvard et Pécuchet.
- (11) Succès qui vient du refus de Raspail de violenter le malade en tentant, à la fois, de collaborer avec lui et de préserver ses forces. Les écrivains témoignent de la vogue de la doctrine et du camphre (Bouvard et Pécuchet se rallient avec enthousiasme à la méthode avant de l'abandonner). George Sand écrit à Hetzel : « Voilà huit jours que cette lettre est commencée et j'ai été presque tout ce temps dans mon lit, assez sévèrement malade et souffrant le martyre. Je n'ai pas voulu de médecins. Je me suis traitée à la manière de Raspail... ». Plus loin, elle poursuit : « nous faisons des miracles avec cette méthode Raspail » (lettre du 3 juin 1849 citée par A. Parménie et C. Bonnier de la Chapelle, *Histoire d'un éditeur et de ses auteurs P.-J. Hetzel (Stahl)*, 1953).
- (12) E. Aziza-Schuster, *Le médecin de soi-même*, Paris, PUF, 1972.
- (13) Cité par Francis Démier, *Démocratie politique et démocratie culturelle chez Raspail de la révolution*

## EFFROI, PEUR, ANGOISSE Clinique des violences contemporaines

Le troisième colloque de l'Association Lilloise pour l'Etude de la Psychanalyse et de son Histoire s'est tenu à Tourcoing au Musée des Beaux-Arts le 16 mars 2002 sur ce thème. L'argumentaire en était le suivant.

Les attentats du 11 septembre 2001 à New York ont déclenché la guerre en Afghanistan et peut-être encore ailleurs ; ils ont aussi semé l'effroi, la peur et l'angoisse dans le monde. Or, Freud a mis en série cette triade d'affects dans son *Au-delà du principe du plaisir*, un livre rédigé en 1920, au lendemain d'une autre grande boucherie. Il n'avait pas attendu la guerre pour explorer l'angoisse : sa recherche avait commencé avant sa découverte de l'inconscient<sup>(1)</sup>. Il explique alors l'angoisse par le biais de l'amour qui n'ose ni se dire ni se réaliser. C'est dans la libido, « sans mesure » et revêche à toute représentation par le langage, qu'il repère la cause de l'angoisse. Ainsi quand un sujet refuse à la libido, par prudence ou adhésion à des idéaux puritains, l'entrée dans ses représentations, elle se rabat sur son corps pour s'y déchaîner sous la forme d'un accès d'angoisse. Voilà pourquoi Lacan enseignera que l'angoisse n'est pas sans objet, l'objet étant un condensé de la libido. Il faut prendre l'angoisse au sérieux car elle est le signe de la part obscure du désir de l'Autre. Elle ne trompe pas, explique encore Lacan, qui s'est montré étonné de ce que l'angoisse ne semble pas étouffer les psychanalystes. Du moins ont-ils la charge de l'apaiser. Encore faut-il savoir comment : c'est l'une des questions de notre colloque.

Un sujet en proie à l'angoisse ne sait jamais nommer la cause de son état. En revanche, tout le monde peut dire de quoi il a peur. Nous aimons à nous faire peur, au cinéma et ailleurs. Faire peur, c'est d'ailleurs le fort du masochiste auquel le névrosé emprunte parfois des traits de perversion. Mais la peur ne partage avec l'angoisse que « (s)a relation au danger ».

L'angoisse, signal provenant de l'avant-poste du sujet, implanté en territoire ennemi, vous prépare au danger et à sa menace, alors que l'effroi ne survient que si vous êtes pris. L'effroi, c'est la perception du danger immédiat, alors que toute défense viendra trop tard. Illustrons-le du moment terrible où une hôtesse de l'air, à bord d'un avion qui piquait droit sur les twins, voyant Manhattan par un hublot, n'eut que le temps de crier « Oh my God ! » au téléphone. Les terroristes n'ont laissé aucune chance aux passagers de « s'en tirer avec effroi », comme on dit. Alors que la peur et l'angoisse hantent les névroses, les psychoses et les perversions, l'effroi assaille le sujet lors d'événements traumatiques auxquels il ne s'attend pas. Il revient aussi dans les moments féconds des psychoses, les cauchemars, et les moments paroxystiques des accès hystériques ou des crises d'angoisse.

Les traumatologues, les urgentistes et les secouristes, appelés sur les lieux des crimes, des accidents ou des catastrophes naturelles, doivent aussi savoir agir contre les états de choc et d'effroi dans lesquels se retrouvent les survivants de ces irruptions de l'insupportable réel. Ils auront la parole lors de notre colloque, ainsi qu'un homme de loi, confronté aux situations de violence si fréquentes à notre époque.

Dès le départ de son aventure, la psychanalyse s'est mise au service de l'enfant effrayé, des femmes et des hommes angoissés, remontant aux causes des grandes peurs dans la civilisation. C'est par là que l'analyste reste fidèle à son poste dans le réel. L'étiologie des psycho-névroses cerne le trauma sexuel. La psychanalyse dresse les défenses du désir contre l'angoisse, extrayant le sujet de son « traumatisme de la naissance ». Elle lui fait épeler ses peurs car, sans toutefois négliger les causalités sociale, économique et politique de la violence ambiante, elle ne s'en contente pas, mais amène plutôt le sujet à affronter ses propres pulsions qui, on le sait, ne sont dociles ni à la sagesse ni à l'éducation. Déchiffrant les nœuds d'une jouissance parfois mortifère, elle montre au sujet sa part dans le désordre du monde.

C'est parce que la psychanalyse a pour spécificité de promouvoir le sujet du désir contre le malaise dans la civilisation que nous pourrions, tout en témoignant de nos pratiques, nouer un dialogue fertile et serein sur les dangers de notre temps avec tous ceux qui se vouent à autrui : infirmiers, médecins, psychiatres, éducateurs, psychologues, enseignants, étudiants et travailleurs sociaux, que nous convions à ce colloque. ■

Franz Kaltenbech

(1) Cf. par exemple le *Manuscrit E* du 6 juin 1894, « Comment naît l'angoisse », cf Freud S., *Briefe an Wilhelm Fliess* (1887-1904), Francfort, S. Fischer, 1985, p. 71-76.

Vous pouvez obtenir des informations sur les activités d'ALEPH en vous inscrivant sur sa liste distribution : alef1-suscribe@egroups.com

de 1830 à la révolution de 1848, dans : C. Langlois lois, op. cit.

(14) A condition de bien avoir à l'esprit que la technique doit être, dans l'esprit de Raspail, la plus simple possible et, comme la science, comprise par tous.

(15) Il est bien dommage que l'édition d'aujourd'hui ait oublié Raspail. Il faut remonter à 1968 pour trouver une excellente anthologie (choix de textes et présentation de Daniel Ligou, op.cit.). De l'abondante bibliographie portant sur l'homme et l'œuvre, on peut extraire, outre les ouvrages déjà cités :

- les notices des dictionnaires, *dictionnaire biographique du mouvement ouvrier, dictionnaire des contemporains* de Vapereau),

- Daniel Teyssière (dir.), *La médecine du peuple de Tissot à Raspail (1750-1850)*, Conseil Général du Val-de-Marne, Archives départementales, 1995. De ce recueil d'articles, on retiendra plus particulièrement le très intéressant exposé de Bernardino Fantini intitulé *Raspail et la théorie cellulaire* (pp.85-101).

- Léon Velluz, *Raspail : un contestataire au XIX<sup>ème</sup> siècle*. Périgueux, P. Fanlac, 1974.

### L'administrateur ad hoc

Gilles Antonowicz, Geneviève Favre-Lanfray, Thierry Fossier, Anne-Aymone Giscard d'Estaing, Marie-Françoise Joly, Jean-Baptiste Parlos, Myriam Quemener, Guy Raymond, Pascale Salvage-Gerest, Yvon Tallec, Michèle Têtu  
Erès

Dans le dispositif mis en place pour assurer la protection de l'enfant, on relève un maillon, l'administrateur ad hoc, dont la fonction et le rôle restent obscurs. Après avoir retracé le contexte historique, philosophique et juridique, dans lequel il se trouve, avocats, juges, magistrats, administrateurs ad hoc, éducateurs, représentants du Ministère, livrent leurs positions et leurs réflexions.

## LIVRES

**Toxicomanie et devenir de l'humanité**

Sous la direction de Claude Olievenstein  
Editions Odile Jacob

A l'occasion du trentième anniversaire du Centre Médical Marmottan, un certain nombre de spécialistes ont tenté de faire le bilan de cette expérience novatrice et d'envisager une réflexion prospective sur la toxicomanie. On lira avec intérêt les contributions de Boris Cyrulnik, Jacques Derrida, Jean Dugarin, Dominique Gillot, Michel Hautefeuille, Albert Jacquard, Nicole Maestracci, Louise Nadeau, Jérémy Narby, Claude Olievenstein, Bernard Roques et Marc Valleur. La préface de Bernard Kouchner rend hommage à Claude Olievenstein, en retraçant son parcours depuis Maison Blanche et Villejuif jusqu'à Marmottan, conçu comme « l'inverse de l'hôpital psychiatrique », après un voyage initiatique en Californie et une thèse sur le LSD. Actuellement, les réseaux de Santé devraient impliquer l'ensemble des professionnels dans la prise en charge des toxicomanes, d'autant que « le monde sans drogue est plus que jamais une utopie » et que nous devons donc nous organiser pour comprendre le phénomène et renforcer la prévention afin de réduire les risques liés aux consommations de ces divers produits...

M. Goutal

**Au-delà de l'amour maternel**

Dossier coordonné par Paul Marciano  
SPIRALE N°21/2001  
Erès

*Au-delà de l'amour maternel* : le titre de ce dossier souligne le caractère insuffisant du concept d'amour maternel dont les déclinaisons ne cessent de se multiplier au fur et à mesure que l'on avance dans la connaissance des relations précoces parents-enfants. Il vise aussi à circonscrire les aspects de cette fonction parentale lorsqu'on l'examine par le biais de la place qu'occupent ceux que l'on appelle les substituts parentaux. Enfin, il fait mention de l'en deçà de l'amour maternel : comment l'histoire d'une future mère, son enfance, son rapport à sa propre mère, la manière dont elle a intériorisé le rapport de ses parents entre eux, la place qu'elle accorde à l'homme, la façon qu'elle a d'appréhender la fonction paternelle... Ces éléments vont intervenir sur la possibilité qu'elle aura d'exercer plus ou moins favorablement sa propre fonction maternelle, contrariée ou non par des données différenciées en structurelles et conjoncturelles.

**Guide de l'assistante sociale**

Chantal Le Bouffant et Faïza Guélamine  
Dunod

Cet ouvrage se propose de décrire et de rendre plus explicites les missions et les modes d'intervention des services sociaux, les cadres institutionnels dans lesquels exercent les assistantes sociales, les enjeux de la profession. La première partie permet d'appréhender les fondements de la profession et les principales étapes de son évolution. La seconde partie explore l'exercice concret du métier, en détaillant les missions auprès des populations en difficultés : mineurs en danger, populations désinsérées, personnes fragilisées par la maladie, le handicap, l'âge ou le statut d'étranger... Enfin, la troisième partie traite des modalités d'intervention utilisées (entretien, enquête sociale, signalement, contrat, travail avec les groupes), et décrit les lieux d'exercice comme les conditions de la formation.

Lorsque l'on réfléchit à la prise en charge des sujets atteints de cancer, la question de la communication entre le médecin et son patient est incontournable. Les malades en témoignent, qui se rappellent comment leur a été annoncée la maladie, la rechute et parfois en dénoncent la forme.

Mais il me semble que la communication ne peut se penser hors du cadre relationnel, qui constitue l'espace dans lequel le contenu de l'échange s'effectue, et que c'est la façon d'entrer, ou non, en relation à l'autre qui établit la qualité de la communication entre les deux interlocuteurs.

Aussi, je me propose d'interroger la dynamique relationnelle qui se met en place dans la rencontre du patient et de l'autre, principalement le médecin ici, mais plus largement aussi les équipes médicales.

A partir de quelques cas cliniques et au fil de la plume, j'aborderai le décalage pas toujours visible entre communication et relation, puis l'enjeu dans la relation entre le patient et son médecin, et enfin les mouvements relationnels, que je situe du côté des défenses contre l'angoisse et du côté de l'espace transférentiel, chez l'un et l'autre protagonistes de la relation.

**Pour introduire mon propos, je voudrais présenter le suivi d'une patiente**

Il s'agit d'une femme qui « sait tout ». Elle « sait tout » de sa maladie. Du diagnostic au pronostic, son cancer du sein elle le connaît, de ces paroles données patiemment à chaque consultation par son oncologue. Elle sait les risques de progression de la maladie pour le futur.

Le temps des traitements, temps long, douloureux, a amené des questions, pour elle, son avenir, celui de ses enfants, sa fille en particulier. Le médecin est là, soutenant, qui entend et répond, au rythme de son élaboration. Progressivement, elle se représente sa maladie au plus près de ce qu'elle est. Les traitements sont finis. Elle est en convalescence et reprendra bientôt son travail. Tout le monde est content, mais en elle vient sourdre un malaise angoissant.

Le médecin entrevoit sa difficulté et me l'adresse.

Différente, elle se sent différente d'avant, ayant côtoyé sa finitude ; ses valeurs se modifient, des souvenirs remontent qui réinterrogent son histoire, son identité, son intégrité, et pendant plusieurs mois nous nous rencontrerons régulièrement jusqu'à ce qu'elle se repère de nouveau dans son propre cheminement.

Un an après notre dernier entretien, elle revient. Elle est bouleversée. La clinique dans laquelle elle a été opérée va fermer et sa gynécologue lui propose, puisqu'elle « sait tout » de sa maladie, de prendre avec elle son dossier médical, et de le lui rapporter la prochaine fois, dans cet autre lieu où elle poursuivra son suivi.

Chez elle le soir, un moment de tranquillité, seule, elle l'ouvre. C'est la, première fois qu'elle voit les courriers des différents médecins qui l'ont suivie. Sentiment d'étrangeté. Puis, elle lit : « *Cancer de très mauvais pronostic pour les raisons suivantes : jeune âge de la patiente, résultats hormonaux etc.* ». Sidération. Panique intense, sentiment de mort imminente. Elle referme le dossier. Son mari rentre, elle ne peut parler, enfermée dans sa solitude. Elle prend un long bain, très long bain. Murée. Le lendemain, elle relit, seule. Et là, elle se rappelle. Bien sûr, elle sait tout cela, son médecin ne lui a jamais caché. Mais... c'était d'autres mots... ? Non, pas forcément... Quoi alors ? C'était écrit. Posé noir sur blanc, inactif, sans elle, sans la voix soutenant le médecin, froidement objectif. Elle, réduite

# De la relation du patient atteint de cancer avec son médecin

à un dossier, à des mots écrits.

Au-delà de la question du droit d'accès au dossier médical par le patient, comment ne pas songer lorsque l'on touche au plus profond de l'existence, que c'est dans le regard d'un autre, par la voix d'un autre, qu'advient une parole humanisée avant de n'être qu'informatrice. Dans la communication, passer à côté de la relation, c'est-à-dire de ce qui relie au sens littéral, à soi, à l'autre, c'est peut-être prendre risque d'enfermer le sujet dans un fait objectif impartageable. Et le sujet, dans le temps de la maladie, est celui là même qui est déjà menacé.

Cette menace correspond pour le sujet malade à une effraction violente de son sentiment continu d'identité. La souffrance qui en résulte s'accompagne, bien souvent, du réveil de souffrances anciennes qui viennent réinterroger son histoire. Et c'est là que les questions de sa vie, de sa mort, du sens de son existence, de ses valeurs, de son identité, vont émerger. Parfois, bien après l'annonce de la maladie où même des traitements, parfois de façon visible, parfois non.

Un patient atteint d'un cancer de la prostate, surveillé régulièrement depuis un an, disait lors de notre premier entretien : « Depuis qu'on m'a proposé la mort, je ne suis plus le même ». Ne plus être le même, c'est être qui ? Être qui quand la mort, sa propre mort, prend figure dans le corps, ce corps qui devient alors comme un obscur compagnon, porteur du doute et de l'inconnu. C'est là le cœur d'un questionnement existentiel, angoissant.

**Angoissant pour le patient, angoissant pour l'interlocuteur, pour le médecin**

Cette menace, cet enjeu existentiel, colore d'une façon particulière la rencontre du patient et de son médecin, que cela soit conscient ou non. Qu'est-ce que le patient laisse entrevoir de son vécu, de ses questions, de son angoisse ?

Quelle place le médecin donne-t-il à l'angoisse de son patient, quelle place donne-t-il à sa propre angoisse ?

Dans cette rencontre, un lien de confiance, de sympathie, d'empathie, est nécessaire, alors même que derrière, pousse l'angoisse et avec elle son cortège de défenses aussi bien pour le patient que pour le médecin.

Car un sujet malade, pris dans une angoisse essentielle, met en place des défenses qui ne sont pas toujours identifiables et qui sollicitent, de manière inconsciente, les propres défenses de l'interlocuteur.

Les défenses contre l'angoisse sont multiples et sont plus ou moins invalidantes pour la relation. En même temps, ces défenses ont une valeur en ce qu'elles tentent de préserver l'intégrité du sujet en contenant son angoisse, et cela est vrai tout autant pour le patient que pour l'interlocuteur médical. Ces défenses sont inévitables et elles sont d'autant plus supportables qu'elles sont souples, car lorsqu'elles se rigidifient, elles tendent à couper de la relation à l'autre, et à soi-même aussi. Deux types de défenses me paraissent particulièrement invalidantes pour la relation :

- le déni de la réalité du cancer, qui complique souvent les prises en charge. Je me souviens d'une patiente d'une quarantaine d'années atteinte d'un cancer de l'ovaire très avancé, en phase quasiment palliative, qui annonçait à son médecin de façon répétitive, qu'elle projetait d'avoir un enfant avec son mari, et ce, dès que ses kystes aux ovaires seraient guéris. C'était une annonce pour le coup assez angoissante pour le médecin, qui était bien tenté de lui dire et lui redire combien elle était gravement atteinte. Un peu plus haut, je disais la valeur protectrice des défenses en ce qu'elles tentent de préserver l'intégrité psychique au prix parfois de la réalité et de la relation aux autres. Cette femme que j'ai rencontrée plusieurs fois, me confia une sorte de rêve qu'elle avait fait de son père, mort il y a plusieurs années et qui, debout au pied de son lit lui disait : « *Ma fille, qu'est-ce que tu fais allongée dans ton lit comme une paresseuse, ma fille, il faut te lever, tu ne peux pas rester ainsi à ne rien faire... Lève-toi...* ». Dans cette image, le père m'est apparu comme une figure du déni de la patiente en même temps qu'il la dynamisait et

**TABLE RONDE APRID\* / NERVURE\*\*****Comportements alimentaires : confrontation des analyses médicales et sociologiques**

Jeudi 10 octobre 2002, après-midi

Modérateur : Pr Bernard Messing, Lariboisière, Paris

1/ Le point de vue médical

- 14h00-14h45 : *De l'épidémiologie à l'intervention*, Dr Serge Hercberg, ISTNA-CNAM, Paris.
- 14h45-15h30 : *L'exemple de l'obésité*, Pr Arnaud Basdevant, Hôtel-Dieu, Paris.
- 15h30-16h00 : Pause café

2/ Le point de vue sociologique

- 16h00-16h45 : *Les pratiques*, Jean-Pierre Poulain, Université de Toulouse Le Mirail.
- 16h45-17h30 : *Croyances et perception*, Claude Fischler, Ecole des Haute Etudes en sciences sociales, Paris.
- 17h30 : Remise du Prix Jean Trémolières par le Pr Bernard Messing à Jean-Pierre Poulain, Maître de conférence en sociologie, Université de Toulouse Le Mirail, Membre du Centre d'Etudes des rationalités et des savoirs, UMR 5117, CNRS, pour les deux ouvrages intitulés : *Manger aujourd'hui* (Ed Privat, Toulouse 2002) et *Sociologie de l'alimentation* (PUF, Paris 2002).
- 18h00 : apéritif-cocktail.

\*Association des Praticiens pour l'Information en Nutrition et Diététique, BP 154, 75770 Paris Cedex 16. Tél. : 01 47 04 87 44. Fax : 01 47 04 87 08.

\*\*Nervure - Journal de Psychiatrie, 54 Bd La Tour Maubourg, 75007 Paris. Tél. : 01 45 50 23 08. Fax : 01 45 55 60 80.

lui ouvrait un champ de repères pour continuer à vivre, au prix certes de la réalité. En suivant sa voix, elle retrouvait une voie.

Lors de ma première rencontre, je m'étais sentie angoissée de l'entendre banaliser les répercussions de sa maladie sur sa vie, son mari, sa fille... « *Tout allait bien* » disait-elle, et je ne trouvais rien qui me reliait un tant soit peu à quelque chose d'une souffrance, quelque chose d'humain ai-je envie de dire. Son déni était solide et l'entendre penser son désir d'enfant tout sourire me mettait mal à l'aise. Après qu'elle ait raconté ce rêve, elle a parlé de son père. Des émotions venaient, son chagrin... Quelque chose s'assouplissait... Elle pouvait dire de la souffrance.

Du côté de l'interlocuteur, et je reviens ici au médecin, sentir un patient hors d'écoute de la réalité du corps, suscite une tension. Car l'objet de la relation concerne la réalité du corps malade et de ses traitements, et le déni atteint cet objet au point que la relation peut paraître comme elle-même déniée, court-circuitée. Comment maintenir la relation quand son objet n'est plus regardable ? Comment le rendre de nouveau acceptable ? Car à l'arrière plan de la relation c'est l'angoisse qui laboure, sème et récolte... et les propres défenses du médecin sont sollicitées, qui peuvent contenir, aider à prendre bonne distance pour relancer du lien, tout comme elles peuvent aussi contribuer à l'effiloche, voire à le rompre ;

- la seconde défense que je voulais évoquer est le clivage du moi, que j'ai souvent repéré en fin de vie. Le fait que coexistent l'une à côté de l'autre deux attitudes opposées, l'une qui dénie la réalité, l'autre qui l'intègre sans que jamais ces deux attitudes se relient, est très déroutant pour l'interlocuteur qui souvent s'interroge : « *Il sait ? Il ne sait pas ?* ». Une patiente en fin de vie reçut un jour la visite de sa fille qui lui avait apporté une orchidée et demandait à sa mère si elle la trouvait belle. Celle-ci répondit : « *Oui, mais je serai fanée avant elle...* », et quelques minutes après, la mère d'évoquer des projets d'après sa guérison, sur un long terme, en évoquant son fils. La valeur du clivage du moi, en fin de vie, consiste à rendre supportable l'approche de la mort, à permettre que perdure malgré tout un espace de vie, où le sujet peut continuer de se penser parce qu'il est toujours en vie. Le rapport à la réalité est donc intégré partiellement, et le médecin peut trouver là un espace d'échange adapté quand il peut percevoir à laquelle des deux attitudes du moi il s'adresse.

Les défenses contre l'angoisse sollicitent celles de l'interlocuteur et une façon de réagir à cette tension, c'est aussi d'éviter la relation, pour éviter l'angoisse et la souffrance. C'est le moment où le médecin hésite à se rendre au chevet du patient, où l'infirmière se dit qu'elle préférerait ne pas entrer dans sa chambre, déléguant parfois cette nécessité à une collègue qui le peut, ce qui la décharge aussi d'une culpabilité souvent ressentie.

En évoquant ces deux types de défenses, j'ai en fait placé celles de l'interlocuteur comme réactionnelles à celles du patient et à son angoisse perceptible.

Mais il arrive que malgré soi, l'interlocuteur, ici le médecin, apporte ses propres défenses, et que le patient soit en position d'y réagir. Ce mouvement peut s'illustrer par le passage très délicat et souvent traumatique de l'annonce du cancer.

Autant j'ai montré combien le sujet malade amenait l'angoisse, autant ce moment est particulier car c'est le médecin qui l'apporte. De plus, bien souvent, patient et médecin ne se connaissent pas encore vraiment, et c'est peut-être à cet endroit qu'il y a un travail de rencontre à penser. Pour y venir, j'aimerais d'abord m'arrêter sur la réaction de sidéra-

tion qui est si fréquente à cette annonce.

La sidération en gelant, en paralysant l'espace psychique, plonge le sujet dans une torpeur de pensée du fait de la survenue brusque de l'angoisse. C'est le moment de choc, qui bien souvent empêche le sujet d'entendre vraiment ce qu'alors le médecin peut donner d'indications de traitement par exemple. C'est le moment où le patient peut entendre en résonance en lui-même la voix du médecin dire de façon répétitive « *c'est cancer, c'est cancer...* » ou « *Je vais mourir... Il me dit que je vais mourir...* » en ayant alors une perception très amoindrie de ce qui se déroule dans la consultation L'image qui me vient pour rendre compte du caractère spécifique de la sidération, provient d'une anecdote champêtre que m'a rapportée un ami : il s'agit d'un homme qui, un jour d'été, alors qu'il tentait d'éteindre, avec d'autres, un feu qui avait pris dans un champ, vit soudain sortir des flammes, face à lui, un renard. Saisi un instant, le renard s'arrêta, le regarda, puis d'un mouvement rapide, sauta dans le feu, où il brûla. Et cet homme de s'interroger : « *Il a eu peur de moi le renard, au point qu'il a préféré le feu...* ». La sidération en paralysant l'espace psychique, suspend tout passage à l'acte, l'inhibe, ce qui n'a pas été le cas du renard. S'il avait été sidéré un peu plus longtemps, peut-être aurait-il pu intégrer le caractère pacifique de l'homme qui lui faisait face. L'individu sidéré quand il entend prononcer le diagnostic de son cancer, se retrouve comme entre feu et homme. A ce moment, la sidération est comme une invasion de l'angoisse de mort, qui assomme, au point d'inhiber toute action. D'une certaine façon, c'est ce qui retient le patient de passer par la fenêtre. En même temps, il est indispensable pour le patient de prendre des repères, sentir qu'un espace de vie est pensable, qu'une place se dégage où peut se réamorcer un sentiment d'existence. Les paroles du médecin prennent alors une place de portage, de holding, elles humanisent le chaos ressenti par le patient et le dégagent d'une angoisse d'abandon et de mort. Même si elles ne sont pas intégrées dans leur valeur informative, ces paroles tissent un repère, une confiance. Elles permettent d'identifier que le danger c'est le feu, pas l'homme qui cherche à l'éteindre. Une patiente me raconte l'annonce de son cancer du cavum. C'est la deuxième fois qu'elle voit son médecin ORL. Elle dit : « *A peine étais-je assise qu'il m'avait dit que j'avais ce cancer. Il m'a parlé... Moi, je me demandais comment j'allais dire ça à mon mari. J'ai dit à mon docteur qu'il fallait que je prévienne quelqu'un tout de suite, sinon. J'ai appelé ma sœur, de son bureau, devant lui... Heureusement. Quel choc !* ».

Car de plus, quand le patient est seul face à sa sidération, il doit penser dire à ses proches sa maladie alors que lui-même est en place de se dire.

Je comprends que cette parole du médecin soit angoissante à prononcer. Dans le cas de cette patiente, le médecin donne l'information du cancer dans une immédiateté défensive. Il le fait, certainement, d'autant plus facilement qu'il sait ce cancer guérissable. Cependant ce qu'il sait, il le délivre ainsi, il se délivre. Malgré tout, la relation est maintenue ce qui permet à la patiente à l'intérieur de la consultation, d'user de ce que l'autre est là, pour se construire un repère, un soutien à l'extérieur : elle téléphone.

Mais comment penser l'annonce de cancer en tenant compte de la dimension traumatique pour le sujet malade et de la difficulté du médecin ?

Qu'est-ce qui peut aider le médecin à tenir une certaine tension à ce moment là, qui lui permettrait de ne pas se laisser déborder par ses défenses ?

Que construire dans la relation avant de dire,

de nommer ?

Je dis nommer le cancer quand il est certainement possible avant cela, de parler de la maladie dans ce qu'elle se manifeste ou non, dans les résultats qui disent que, dans la nécessité de la traiter... Peut-être est-il possible de cheminer avec le patient. Car même un cancer guérissable, annoncé brutalement, fait trauma. Cheminer avec le patient, pour lui permettre de construire ensemble une représentation de ce qui arrive au sujet, avec la maladie, avec son contexte familial et social. Laisser venir ses questions et aussi peut-être quelque chose d'un désir en lui d'entendre nommer la maladie.

Et puis, dans cette relation si neuve, le médecin est dans l'ignorance de ce à quoi le sujet associe le mot cancer. Cette femme n'a pas prévenu son mari en première intention. Elle sait qu'à 8 ans il a vu sa grand-mère mourir de cette maladie, qu'il a perdu un frère et son père ainsi. Que le cancer c'est la mort, c'est la mort même si le mot guérissable est répété... Et bien que la réalité l'ait appelé progressivement à différencier la situation de son vécu, cet homme en apprenant la maladie de sa femme, a identifié l'avenir de sa femme à celui des membres de sa famille qu'il a perdus. Il a été saisi au point d'anticiper un deuil en même temps que se réactivaient ses souffrances de la perte d'êtres chers. Le malade, ça aurait pu être lui. Peut-être se serait-il inscrit d'emblée dans le chemin de mort qu'ont traversé ses proches. Peut-être aussi qu'avec le médecin, progressivement, il aurait pu entendre de la différence, peut-être même lors de cette consultation.

Etre dans la relation, c'est se trouver au milieu de cette complexité là.

Faire, avec ses défenses, ses angoisses, ses peurs et sa souffrance, et aussi avec celles de l'autre. Faire avec son histoire et aussi avec celle de l'autre.

### L'espace transférentiel

Plus loin dans la complexité et au centre de la relation, il y a l'espace transférentiel, que je pense comme un tissu de projections et d'identifications entre le patient et le médecin.

« *Docteur, ma vie est entre vos mains* ».

« *Monsieur, je vous ai sauvé la vie* ».

Qu'est-ce que le médecin représente pour le patient ?

Qu'est-ce que le patient représente pour le médecin ?

Je repense à une patiente atteinte d'un cancer de l'ovaire. Indolore, cette femme entendait de façon intellectuelle son atteinte. Les traitements seuls mettaient dans l'éprouvé un vague sentiment d'être malade. Elle était très angoissée, dépossédée de tout sentiment de maîtrise. Son corps ne lui parlait pas. Seul, le médecin lui indiquait les mouvements de ce qui se passait en elle quand il lui procurait les résultats de ses examens. Aussi, était-il devenu pour elle, celui qui voit, qui sait son corps, dans un mouvement où il portait la tout-puissance de sa toute-impuissance à elle. Il était celui qui savait quand le sujet ne savait plus. Un jour, en entretien, elle dit en regardant son ventre et en mimant : « *J'aimerais avoir là une petite fenêtre l'ouvrir de temps en temps pour être sûre de ne plus rien avoir* ». Avec cette petite fenêtre qu'elle invente, elle tente de se réapproprier quelque chose du côté du savoir de son corps qu'elle fait détenir au médecin. Elle essaie ainsi de se décoller de sa projection, ce qui lui permet de se réapproprier quelque peu un sentiment de maîtrise.

A une projection, tout interlocuteur dans la relation, réagit de façon plus ou moins consciente. Que se passerait-il si le médecin s'identifiait à cette projection ? Si donc, en restant dans le cas de cette projection de toute-

## LIVRES

### Comprendre la violence en psychiatrie

Laurent Morasz

Dunod

En milieu psychiatrique, la violence générale de la déliaison et de la destructivité auxquelles sont confrontés les soignants. Après avoir détaillé les formes d'expression de la violence en psychiatrie et les facteurs qui précipitent l'acte violent, ce livre souligne que le chaos de la violence est aussi, paradoxalement, le champ de la vie. L'auteur approfondit les liens entre la psychopathologie et l'expression violente dans les fonctionnements limites, psychotiques, névrotiques et addictifs. Il met en évidence la violence psychique propre à tout lien soignant et décrit l'impact des processus violents sur les dynamiques individuelles et institutionnelles.

### Drogues à la carte

Michel Hautefeuille

Payot

Avoir recours à quelques substances psychoactives dans le but d'agir ou d'améliorer son état physique et psychique n'est plus considéré comme exceptionnel. Michel Hautefeuille, psychiatre et fondateur du Centre Image, unité d'accueil et de prise en charge des toxicomanes, constate un changement dans les mentalités. Les progrès en matière pharmacologique permettent de mieux contrôler et cibler les effets des drogues comme leur durée. Ils ont fortement participé à la banalisation de leur consommation. Ainsi, ces molécules ont largement dépassé le champ thérapeutique et sont devenues des drogues de complaisance et de confort. Normatives, elles maîtrisent les enfants les plus turbulents. Stimulantes, elles maintiennent le consommateur dans un état de vigilance et d'attention maximale. Si elles sont présentes dans la vie quotidienne afin de l'améliorer et d'optimiser les performances, elles sont également utilisées par les amateurs de sensations fortes et d'expériences personnelles originales. Entrant dans une aire nouvelle de loisirs, les drogues deviennent des moyens d'accès à la « *jouissance de l'intimité psychique* ».

A. Vernet

### Qualifier le travail social Dynamiques professionnelles et qualité de service

Sous la direction de Didier Tronche et Michel Chauvière

Dunod

Cet ouvrage prolonge les travaux du colloque « *Quel travail social pour le XXI<sup>e</sup> siècle ? Salariat, qualification, démocratie* », tenu en septembre 2000. Il confronte les points de vue de professionnels de terrain, d'employeurs, de syndicalistes, de formateurs et d'universitaires. Il permet ainsi de prendre la mesure des turbulences que traverse actuellement le service social et qui peuvent être expliquées par :

- un contexte de mutation du secteur social : explosion des besoins, élargissement du champ d'intervention des professionnels, politiques publiques locales, droit des usagers...

- de « *nouveaux métiers* » dont le champ de compétences reste encore assez confus : insertion, médiation, téléphonie sociale, adultes relais, auxiliaires de vie sociale, emplois jeunes...

- le vieillissement des personnels diplômés et les difficultés de leur remplacement, dans le contexte de la réduction du temps de travail.

puissance, il soutenait le fait d'être dans ce savoir là.

« *Docteur, dites-moi, je vais mourir ? C'est la fin... ?* », dit un homme au seuil de sa mort. La rencontre à tout deux était forte, ils s'aimaient bien, de s'être parlé de vérité souvent, d'être dans le silence à d'autres moments, quand c'était difficile et qu'il ne voulait rien entendre de plus lourd. Il lui avait demandé d'être à ses côtés jusqu'au bout, en ne lui cachant rien de la vérité s'il la lui demandait. Ce jour là le médecin a répondu « oui ». Il est mort deux jours après, à la plus grande surprise du médecin qui pensait un mouvement vers la mort plus lent et s'est mal expliqué cette accélération.

Quoi dire ?

Peut-être oser penser, encore, qu'à cette parole, le patient a pu s'identifier comme déjà mort en l'entendant. Parce que le médecin, pour lui, il savait. Savait-il que peut-être cet homme avait encore à vivre un peu, savait-il que c'est aussi et surtout ce que lui demandait son patient. Un peu d'espace, encore, pour se sentir juste à ce moment là, un sujet en vie. Après, le médecin s'est demandé s'il n'avait pas fermé quelque chose dans sa réponse. C'est si difficile de comprendre ce qui se passe pour l'autre, et pour soi.

Car le patient interroge son médecin sur sa vie de sujet, sur sa mort de sujet, et le médecin répond sur la vie du corps, sur la mort du corps. Bien sûr le sujet meurt quand le corps meurt, mais l'individu malade peut faire mourir le sujet qu'il est, avant la mort du corps. Dans ces moments extrêmement intenses, ce qui se communique est très délicat tandis que, bien souvent, ces légers sentiments de décalage sont perceptibles dans l'après coup. Quelle parole le médecin aurait-il pu avoir qui aurait été aussi près de la vérité telle qu'il la

pense, qui aurait aussi laissé le champ libre au patient de se penser lui-même, dans sa vie et sa mort. Car si le médecin sait, le patient aussi sait. Comment se décaler de la question ? Comment sentir que parfois le médecin détient le savoir que possède, en fait, son patient, mais qu'il lui est indicible, et qu'il charge le médecin de porter le poids de ce savoir, au risque aussi qu'il le lui dévoile.

Bien souvent, quand le sujet sent sa mort il n'interroge plus. Juste cherche-t-il encore à savoir si l'autre est resté à ses côtés, s'il ne l'a pas abandonné.

### *Vous souvenez-vous d'Œdipe ?*

Œdipe consulte l'oracle car il doute de sa filiation et demande qui sont ses parents. L'oracle ne répond pas à la question et lui prédit un destin funeste, celui de tuer son père et d'entrer dans le lit de sa mère. Œdipe oublie sa question et fuit alors ceux qu'il pense être ses parents. Sur son chemin, il tue un homme dont il comprendra plus tard qu'il est son père. Puis il parvient à Thèbes. La ville est en proie à une grande misère et cherche l'homme qui répondra à la sphinge pour redonner vie à la ville. La sphinge est fascinante, sa question aussi, et Œdipe y répond, en oubliant une seconde fois sa propre question. Il s'ouvre alors, sans le savoir, au chemin de l'inceste, celui-là même qu'il fuyait aussi.

Je voulais juste ce petit détour pour évoquer, d'une part, l'impact de la parole de l'oracle qui est dans la position du savoir du destin d'Œdipe. La question d'Œdipe part d'un doute et il interroge ses origines, d'où il vient. Il lui est répondu où il ira. Cette réponse fait fascination sur Œdipe et le déjoue de sa question. Si le médecin, de façon inconsciente se

met à cet endroit là pour son patient, c'est-à-dire s'il pense son destin pour lui, il met en péril les propres questions du sujet. En même temps, par son savoir, le médecin est amené à penser le destin de son patient. Mais quelle place va-t-il laisser à la singularité de l'existence du patient ? S'il lui dit ses pensées quant à ce qu'il pressent de son destin, que déjoue-t-il pour le patient, et peut-être aussi pour lui-même ? Quel est l'espace qui peut alors se créer pour qu'entre le savoir du médecin et le savoir du patient, il y ait une circulation qui laisse à chacun place à l'intimité de ses propres réflexions et questions concernant le devenir ? D'autre part, je voulais pointer la fascination que suscite la sphinge par sa question, laquelle ouvre ainsi à Œdipe le chemin qu'il fuit. Elle m'évoque certaines questions de patients, tellement directes, fascinantes, qu'on peut en oublier son propre chemin, en l'occurrence pour le médecin, ses limites quant à son savoir, ses limites quant à le dire, quand il peut sentir où ça le mènera et où ça emmènera son patient.

### *Peut-être...*

Je disais en introduction que c'est surtout la façon d'entrer, ou non, en relation à l'autre, qui établit la qualité de la communication entre les deux interlocuteurs. Or, si la communication s'intègre dans le champ relationnel marqué de sa complexité, la communication est aussi le reflet de la relation en même temps que c'est elle qui tisse cette relation. Peut-être n'ai-je pas donné d'orientations précises sur la façon de communiquer, sur le que dire, comment le dire.

Peut-être m'est-ce difficile car je ne suis pas médecin.

Peut-être est-ce aussi parce que je ne crois

pas qu'il y ait de règles toutes faites pour dire, du fait que chaque rencontre est singulière. Certainement, ce qui m'a intéressée ici, c'était de poser une certaine réflexion sur le cadre et le sens de la communication quand il y a un cancer. Certainement, j'ai pensé que lorsque la dynamique relationnelle est perçue, lorsque donc la dimension psychique est entendue, les mots qui viennent alors s'ajustent d'eux-mêmes. ■

Christine Dallot\*

\*Psychologue Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris, Unité de Psychologie Clinique et Psychiatrie de Liaison, Service du Pr Consoli. Clinique Pasteur, Evreux.

### *Bibliographie*

D. DESCHAMPS, *Psychanalyse et cancer*, L'Harmattan, 1997.

S. FREUD, *Notre relation à la mort*, in Essais de Psychanalyse, Petite bibliothèque Payot, 1981.

E.G HUMBERT, *Transfert*, in Jung, Editions Universitaires, 1983.

J. LAPLANCHE et J.B PONTALIS, *Vocabulaire de la psychanalyse*, Presses Universitaires de France, 1967.

P. RICŒUR, *Préface*, in Code de déontologie médicale, Editions du Seuil, 1996.

SOPHOCLE, *Œdipe Roi*, Tragédies complètes, Editions Gallimard, Folio, 1962.

D. VASSE, *La souffrance*, in Le poids du réel, la souffrance, Seuil, 1983.

D.W WINNICOTT, *Le rôle du miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant*, in Jeu et réalité, Editions Gallimard, Connaissance de l'inconscient, 1971.

D.W WINNICOTT, *L'angoisse associée à l'insécurité*, in De la pédiatrie à la psychanalyse. Science de l'homme, Payot, 1958.

## LIVRES

### **Psychodrame analytique Conférences 2001**

SPASM\*

Le Centre ETAP, Études et Traitement Analytique par le Psychodrame, créé en 1985, poursuit un double objectif :

- mettre en place des psychodrames analytiques individuels et en groupe, destinés à des adolescents et à des adultes,
- organiser une formation au psychodrame analytique.

Dans le cadre de l'enseignement théorique et clinique, pour la 7<sup>e</sup> année consécutive, un cycle de conférences a été organisé. Cet ouvrage regroupe les conférences de l'année 2001.

C. Chabert souligne l'originalité de la méthode psychanalytique et particulièrement les caractéristiques singulières du transfert. La répartition du transfert offre un contenant particulièrement efficace au traitement de l'excitation qui caractérise le fonctionnement psychique limite ou psychotique. Pour certains adolescents ou jeunes adultes la multiplication des points de vue et des regards auxquels l'adolescent peut s'identifier dans le jeu l'amène à assouplir ses mécanismes de défense et à interioriser ses conflits à travers une expérience quasi expérimentale de la transitionnalité.

N. Amar approfondit le problème de la fin du psychodrame à partir de la notion de temporalité et de la finalité. La fin d'une cure remet au travail les questions autour de l'investissement, de l'attachement, du transfert et de la capacité de faire un deuil. Comment et quand se fait le départ d'un patient ? Est-ce que cette fin résulte d'un accident, ou d'une vraie terminaison ? Qu'est-ce qu'un traitement réussi ? Comment éviter un psychodrame interminable ? C'est autour de ces points que l'auteur nous convie à une réflexion.

A partir d'un cas clinique d'un psychodrame

à durée limitée, D. Kaswin et J.-J. Baranès soulèvent de nombreuses questions techniques et théoriques. Ils ont privilégié l'axe des défaillances narcissiques des processus de symbolisation primaire qui se trouvent réactualisées lorsque surgissent les problèmes de structuration œdipienne.

Le psychodrame analytique a une position privilégiée au carrefour du corps et du langage permettant l'observation des « conditions de la symbolisation ». J.-J. Baranès, défend la conception d'une pluralité des symbolisations langagière et corporelle ayant des valeurs transformationnelles.

F. Pelletier traite de la figurabilité au psychodrame. Ce concept, dû à Freud, connaît une extension de son usage dans le champ psychanalytique. Il concerne, au psychodrame, les conditions et les moyens de la mise en scène ou mise en action, qui spécifient cette technique. Sont évoqués au regard de la figurabilité : les exigences du travail psychique du meneur de jeu et des auteurs, la nature des mises en figuration, un certain nombre de difficultés qu'elles suscitent (infiguration, défiguration, surfiguration). Les objectifs poursuivis sont inséparables des indications et du dispositif psychodramatique. Un exemple clinique étaye une réflexion sur l'angoisse de séparation et la mise en impasse de la figuration. Une table ronde animée par A. Prudent, R. Peron, J. Villier et Ph. Valon a eu lieu autour du thème de l'absence du meneur de jeu. Les auteurs ont développé le problème et les figures de l'absence au psychodrame. Un exemple clinique d'une scène où le meneur de jeu est absent permet de repérer les actions des patients et le vécu des acteurs. L'absence du meneur de jeu ne détruit pas le transfert. Les investissements du niveau transférentiel ne sont pas abolis mais relayés par l'entité « groupe des thérapeutes ». Les auteurs insistent sur l'importance des contre-transferts et des inter-transferts. L'effet d'absence pousse à la

représentation.

A partir d'un cas clinique, M. Brinbaum, Cl. Baruch et I. Salem s'interrogent sur le bien-fondé d'une cothérapie psychothérapie/psychodrame. Ils traitent du clivage du transfert, indispensable pour le patient comme protection contre sa destructivité, ainsi répartie sur deux lieux. C'est un texte écrit en alternance entre séances de psychodrame et de psychothérapie. Il montre bien l'appui mutuel et la réassurance des thérapeutes et du patient liés à l'existence de ces espaces.

M. Hayat et I. Salem tentent de montrer le bien-fondé d'un traitement en cothérapie pour un patient traité au psychodrame.

En prenant appui sur l'histoire clinique d'un patient schizophrène, I. Salem présente quelques séances de psychodrame afin de montrer le travail de symbolisation autour de la problématique de la séparation et de la perte. Le recours à un psychiatre, et à une prescription médicamenteuse, peut être considéré comme un supplément de cadre afin de préserver le processus analytique en cours. M. Hayat rend compte de son travail de psychiatre cothérapeute et propose une élaboration théorique du fonctionnement de cette cothérapie active qui aide le patient à accéder à une meilleure position subjective.

\*31 rue de Liège, 75008 Paris. Tél. : 01 43 87 60 1. Fax : 01 42 94 91 35.

### **L'héritage d'Auguste Comte Histoire de « l'église positiviste » (1849-1946)**

Jean-Claude Wartelle  
L'Harmattan

Ce livre relate l'histoire d'une secte qui, créée à la fin de sa carrière par Auguste Comte, a subsisté pendant près d'un siècle.

Le plan suivi cherche un équilibre entre trois parties. La première développe une présentation générale du positivisme, examiné comme

philosophie puis comme religion. La seconde partie examine l'évolution de l'église française de 1857 (mort de Comte) à l'entre-deux-guerres, époque où elle s'est désagrégée progressivement. Les aînés de la secte en Angleterre, au Brésil, Chili et Mexique sont ensuite brièvement évoqués par les militantismes d'une dizaine de personnes. La troisième partie suit les destinées de trois familles de croyants, ayant plus ou moins pratiqué ce culte sur deux ou trois générations. Cette histoire d'une secte, minuscule mais internationale, pourrait être utilisée par ceux qui élaborent le portrait-robot d'un fondateur de secte, d'un dirigeant successeur ou d'un croyant de la base. Elle peut confirmer les études qui dégagent les lois de progression, stagnation ou recul des doctrines, projet à coup sûr recevable par les mânes de l'ancien Grand-Prêtre de la religion démonstrable et universelle.

### **L'observation en psychothérapie d'enfant**

Ouvrage collectif sous la direction de  
Jean-Marie Gauthier

Dunod

Ce livre se concentre sur un aspect important de l'engagement dans la cure d'enfants, celui de la vision et du regard. Les auteurs qui fondent leurs apports sur la théorie et la pratique de l'observation directe (E. Blick) explorent le domaine des relations interpersonnelles et proposent une méthodologie qui restaure l'importance du regard et montrent les raisons pour lesquelles Freud avait choisi d'éliminer du champ de la psychanalyse cette dimension essentielle aux échanges humains habituels. A l'aide de vignettes cliniques, ils précisent comment, chez l'enfant le geste et le regard sont indissociables de ses représentations. Ont collaboré à cet ouvrage : N. Autin, M. Cajal, B. Eidelman-Rehahla, C. Jacquemin, A. Masson, N. Urbain, F. Vermeylen.

## Constructions

John Racjchman

Préface de Paul Virilio

Traduit de l'américain par Guy Le Gaufey  
*Cahiers de l'Unebévue*

Et si nous parvenions, à travers certaines constructions, à libérer l'esthétique, non seulement de la problématique kantienne des facultés régulatrices, mais aussi de toute la problématique salvatrice du jugement - Dernier -, pour la connecter plutôt à un autre sens du temps inachevé, propre à la ville ?

Penser ce qui ramènerait alors à construire, à bâtir un plan libre où se mouvoir, inventer des concepts, déployer une scène. Créer une philosophie deviendrait une question d'architecture à la façon d'un roman, d'une peinture, d'un morceau de musique, quand le plan de construction doit toujours être rebâti, puisqu'il n'est jamais donné d'avance à travers un système pré-établi ou de règles inflexibles. Chercher dans le présent des « virtualités » inaperçues, expérimenter avec elles ce qui peut encore arriver, et construire une philosophie deviendraient un exercice constant à bâtir de nouveaux espaces pour la pensée, au sein des choses.

John Racjchman explore comment le pli, l'abstraction, la légèreté, la lumière, les autres géométries, permettent de nous infiltrer dans les intervalles et les trous imperceptibles par lesquels la ville est toujours virtuellement radieuse. De la bonne ville et du meilleur des mondes, nous sommes passés, nous dit-il, à un espace/ville intensif, où nous sommes libres d'envisager le « devenir ville » de nos corps, le « devenir corps » de nos villes.

## Marché au sexe

Gayle Rubin et Judith Butler

EPEL

Les trois textes publiés ici s'inscrivent dans une filiation politique (le féminisme, la nouvelle gauche, les luttes antiracistes, les luttes pour les droits civiques) et théorique (les sexologies, Freud, Lacan, Marx, Foucault, Derrida). Nous sommes loin du communautarisme béat qu'on prête parfois en France aux intellectuels américains. Qu'on lise les critiques acerbes de Judith Butler sur les replis identitaires : les lesbiennes n'ont rien d'autre en commun que leur expérience du sexisme et de l'homophobie. Ou ses réserves sur le coming out : « La sexualité reste-t-elle sexualité quand elle est soumise à un critère de transparence et de révélation ? Une quelconque sexualité serait-elle possible sans cette opacité qui a pour nom inconscient ? ». Gayle Rubin et Judith Butler soulignent, constamment, la nécessité de ne pas troquer une violence contre une autre, une démonologie religieuse contre une démonologie laïque, laissant ainsi sa chance à l'érotologie moderne.

## Peut-on civiliser les drogues ?

**De la guerre contre les drogues à la réduction des risques**

Anne Coppel

La Découverte

Peut-on civiliser les drogues ? L'interrogation est scandaleuse : la guerre à la drogue ne doit-elle pas être menée sans merci, les trafiquants pourchassés, les toxicomanes soignés ou punis ? Le discours du « tout répressif » sous-tend la loi, mais une nouvelle logique de pensée a pris forme. L'élargissement de la lutte contre les toxicomanies à l'alcool et au tabac marque une véritable révolution dans les esprits : nous nous affrontons désormais à la réalité des risques, que les drogues soient licites ou illicites. Ce tournant a été pris pour faire face à l'épidémie de sida. Parce qu'il fallait agir efficacement, il a fallu accepter de parler vrai. Anne Coppel, pionnière de la « ré-

duction des risques », en France et chercheuse, retrace dix années d'expérience qui sont aussi dix années de luttes communes menées par des chercheurs, des praticiens et des usagers de drogues. L'ambition de l'auteur est de donner les clés des débats actuels, qui, de l'insécurité au communautarisme, dépassent largement la question des drogues.

## Entre Esprit et Corps

**La culture contre le suicide collectif**

Denis Duclos

Anthropos

Ce livre est une exploration théorique et historique des façons dont l'intérêt collectif pour les Corps se sépare d'un culte pour l'Esprit ou s'y entremêle. Leur croisement et leur alternance sont étudiées dans le temps, même si les deux objets, mythique et mystiques sont également contemporains à chaque époque, puisqu'ils renvoient à un couple, et au-delà de l'idéologie, à des réalités confondues. Si une telle distinction de principes complémentaires imaginaires se manifeste de façon significative dans l'histoire des cultures, pourquoi s'en préoccuper ? Le suicide collectif apparaît comme une aberration sociale, une extrême anomalie de la culture. Et si c'était, au contraire, l'aboutissement de toute collectivisation achevée ? Si c'était la destinée cachée, sectaire et mystique, de toute histoire commune, de toute pensée unique ? Admettons-le, ne serait-ce qu'un moment. Nous sommes alors contraints de bouleverser notre perception de la vie sociale et politique. Celle-ci ne devrait pas survivre à la recherche d'une unité bien gérée, mais aux « trous » dans le collectif, à la résistance des corps vivants, et non à l'Esprit qui tente de les fondre en une mortelle idéalité commune. La théorie freudienne du « lien de masse » rend compte de cette dérive fatale des collectifs idéalisés. Sous-estimée par les sciences sociales, elle permet de lire ce qu'il advient, aujourd'hui, de nos sociétés saisies dans l'imago d'une « secte-monde », et du péril majeur qui les y guette. Elle permet aussi, rétrospectivement, d'analyser l'histoire occidentale comme une suite d'oscillations entre la capture fatale par l'Idéal et le retour à la pluralité vivante des Corps. Est-ce dans ce balancement, cette danse entre Corps et Esprit, que la culture humaine résiste au cours des temps à la fascination narcissique ?

## L'écritoire de Lacan

Jorge Baños Orellana

Traduction Annick Allaire-Duny

EPEL

Psychanalyste argentin, Jorge Baños s'intéresse aux différents aspects de l'écriture de Lacan. Le titre de son premier ouvrage, publié par EPEL en 1999 en rend compte : *De l'hermétisme de Lacan : figures de sa transmission. Avec L'écritoire de Lacan*, Baños change de perspective, c'est à la réécriture qu'il consacre ses recherches. D'abord celle des textes de Lacan lorsqu'il décide de publier, au Seuil, ses articles, sous le nom des *Écrits*. Jorge Baños remarque que la réécriture de Lacan va, contrairement à celle d'un écrivain comme James Joyce, dans le sens de la simplification et de l'éclaircissement. Dans un deuxième temps, Jorge Baños étudie le rapport de Lacan aux autres textes psychanalytiques, à partir d'un exemple précis, celui du cas de « l'homme-aux-cervelles-fraîches » d'Ernest Kris. Reprenant la typologie de Umberto Eco dans *Interprétation et surinterprétation*, il dégage trois types de lecteurs. Les philologues, qui vérifient la recevabilité historique d'un texte. Ainsi, le philologue dénoncera l'étude de Freud sur Léonard de Vinci car elle s'appuie sur une erreur, celle qui consiste à avoir traduit en allemand « vautour » là où il aurait fallu traduire « milan » de sorte que l'argumentation propo-

sée ne tient plus. De nouveau, Baños a recours à Joyce et à son emploi des comptines populaires enfantines dans *Ulysse*, car c'est leur place dans l'oeuvre et leur rapport avec l'ensemble du texte qui importe plus que leur origine. Il existe, encore, une troisième façon de lire, celle de *l'intentio lectoris*, dans ce nouveau cas de figure, « un signifiant pourra toujours renvoyer à un autre signifiant ». C'est la lecture psychanalytique. Evidemment, elle suppose quelques garde-fous. Il faut adopter, selon l'auteur, deux précautions : - être élastique lors de l'évaluation des trouvailles, par exemple, dans le cas de l'étude de Freud sur Léonard de Vinci, conserver le dégageage de la notion de narcissisme et de mère phallique mais pas l'analyse du peintre ; - ne pas oublier l'incongruité du chemin suivi. Ainsi, c'est avec une mauvaise traduction que Freud a atteint sa découverte.

Le chapitre suivant prend appui sur un roman célèbre de la littérature argentine, *Le tunnel*, d'Ernesto Sabato, publié en 1948, qui s'appuie sur les théories psychanalytiques en vogue dans ces années-là en Argentine, pour mettre en évidence comment Lacan lisait Freud. Baños montre pourquoi Lacan s'est détourné du texte de Freud, *Délires et rêves* dans la « *Gradiva* » de Jensen parce qu'il en condamne le côté « roman à l'eau de rose ». La littérature érotique de son époque, les ouvrages de Bataille et de Blanchot lui ont appris bien autre chose. Enfin, Baños revient sur les rapports de Lacan à Joyce pour rendre compte de deux autres procédés « déviants » des lectures de Lacan, celui qui provoque des malentendus, que l'Argentin considère comme des effets secondaires et celui de l'émulation didactique, où commenter équivaut à montrer. Ce dernier chapitre est un recensement des écarts entre les citations de Lacan dans « Joyce le sinthome 1 » et le texte original de Finnegans Wake.

## Les fous voyageurs

Ian Hacking

Traduit de l'anglais (Canada) par

Françoise Bouillot

*Les Empêcheurs de penser en rond*

La France de la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle est obsédée par la question du vagabondage, par les sans-papiers qui errent d'une ville à l'autre en France et dans toute l'Europe. Les vagabonds ne vont pas échapper à la médicalisation par la psychiatrie. Ian Hacking étudie ce processus à travers le cas d'Albert. Employé de la compagnie du gaz à Bordeaux, celui-ci s'en va pendant des jours, des mois, ou des années, couvrant souvent 60 km par jour, perdant ses papiers, son identité, mais jamais sa pulsion, de partir, de marcher et marcher en-

core... Il parcourra la France, l'Autriche, la Belgique et même l'Algérie, la Russie et la Turquie. Des voyages sans buts, obsessionnels, incontrôlables... pathologiques selon le médecin qui l'examine en 1886 et pose son diagnostic de folie avec fugue. Albert, est ainsi le premier « fugueur », inaugurant une véritable cascade de voyageurs aliénés à travers toute l'Europe pendant près de deux décennies. Il s'agit d'une des premières « maladies mentales transitoires », très différentes de celles que nous connaissons aujourd'hui... En quittant les personnalités multiples pour les dromomanes, Ian Hacking dévie à peine de son chemin.

## Annales d'histoire et de philosophie du vivant

Volume 6

*Les Empêcheurs de penser en rond / Le Seuil*

Les sciences de la vie imprègnent la société, la culture, la réflexion contemporaines. Elles ont conquis la médecine, sollicitent la philosophie et l'éthique, débordent sur le politique et le juridique, transforment et vivifient des secteurs entiers de l'économie. Les *Annales d'histoire et de philosophie* du vivant sont fondées pour rendre compte, aussi largement que rigoureusement, de ces évolutions et de leurs conséquences. L'histoire : la perception du changement d'aujourd'hui n'exclut pas mais appelle celle d'hier. La philosophie : la biologie est depuis longtemps considérée comme le champ du complexe, de l'inconnu et du possible. Grâce à la perception, toujours plus précise, des structures et fonctions des organismes, la biologie modifie la perception du réel et augmente le champ du possible. Les *Annales* se situent dans l'espace intellectuel qui va de la recherche à la technologie, de la réflexion épistémologique à l'éthique. La première partie de ce numéro, *Histoire des maladies de l'âme et du cerveau*, constitue les actes d'un colloque organisé par J-N Missa à l'Université libre de Bruxelles (5 et 6 mai 2000). La seconde partie réunit des contributions d'auteurs sur le devenir du vivant.

## Jean Racine ou le droit de vivre

Jean van der Hoeden

Ed Cerf

Ce livre nous prend par la main et nous mène très vite dans la vie et l'œuvre de Racine par les sentiers que nous préférons, nous les « psys ». L'auteur, né en 1940, philosophe de formation, est l'auteur d'un *Samuel Beckett et la question de Dieu* (1997). Il s'intéresse et nous intéresse particulièrement aux « tourments liés au deuil » et à l'absence de père. Jean Racine, né en 1639 et orphelin en 1643, a été entouré de ses grands-parents habités d'une grande ferveur janséniste. Puis, dès 1655, il entre à Port-Royal, « *berceau-tombeau* », à partir duquel s'instaure une situation d'extérieur-intérieur dont J. van der Hoeden nous présente l'enjeu, les termes d'un conflit qui opposera Port-Royal et le « monde ». Racine en a été le terroir et le lien. Les premières lignes du livre nous donnent le ton : « *Racine est un de ces êtres tragiquement beaux dont toute la vie aura été la recherche éperdue et douloureuse d'un père et du Père. Sans doute l'enfant le plus célèbre de Port-Royal doit-il à cette institution de ne pas être mort prématurément ; cependant, c'est d'abord avec le douloureux sentiment d'être essentiellement un mauvais fils qu'il aura tenté de rejoindre ce qui lui semblait être la vraie Terre promise, celle où l'art est un hymne à la vie, et, dans son cas certainement, un « anti-destin » (...).* »

S.T.

## CENTRE D'ÉTUDE DE L'EXPRESSION

Journée d'étude annuelle

Centre Hospitalier Sainte-Anne  
Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale

Service du Pr J-D Guelfi  
100 rue de la Santé  
75014 Paris

« Théâtre et écriture »

Les apports spécifiques de la pratique théâtrale et de la pratique de l'écriture, dans les cadres thérapeutiques mais aussi en dehors de ceux-ci.

Samedi 12 octobre 2002

Inscriptions et renseignements au Secrétariat du CEE. Tél. : 01 45 89 21 51. Cee@chsa.broca.inserm.fr.

## LIVRES

**Le Travail social au cœur des paradoxes**Marie-Line Vergne  
*L'Harmattan*

Pour Marie-Line Vergne, le rôle essentiel de l'assistante sociale consiste à montrer à des individus laissés sur le « bord du chemin » qu'ils n'en demeurent pas moins des êtres humains à part entière, dignes, autant que n'importe quel autre, de notre respect et parfois même de notre admiration. Il est important de montrer à ces hommes et à ces femmes qu'il existe encore des issues, que tout n'est pas fatalité, qu'en se groupant, on devient plus fort. Il ne s'agit pas de leur indiquer un chemin, mais de leur montrer le carrefour face auquel ils se trouvent et de commenter ensemble les différentes routes qui s'offrent à eux, le choix final leur revenant. C'est d'un travail de prise de conscience dont il s'agit.

**La critique du délire  
Les cahiers Henry Ey***Cahiers de psychiatrie 6-7, Mars 2002*

« Il critique son délire » : une phrase avec laquelle tout le monde se comprend, mais sur laquelle personne ne s'entend. Une « phrase valise » dont on ne sait d'où elle vient. Si le délire s'éloigne, devient moins indispensable ou disparaît, qu'est-ce qui se joue pour le patient, comme pour le soignant ? Est-ce un retour à la conscience, au plein emploi de ses facultés cognitives, au délaissement de ses idées erronées, ou à la conviction que la raison l'emporte, par le traitement moral ou la psychothérapie ? Est-ce un « détachement » né dès l'apparition des neuroleptiques, un « gentleman agreement », un accord tacite et provisoire, un effet de transfert, ou se cache-t-il, derrière cette phrase, la catégorie délaissée du reste de raison qui avait fondé la possibilité de la psychiatrie elle-même ? Ont collaboré à ce cahier : G. Lantéri-Laura, J.-P. Lauzel, J.-Ch. Pascal, J. Momet, A. Kræmer, J.-F. Bouix, P. Belzeaux, R.M. Palem, E.T. Mahieu, T. Najman, D. Mion, G. Nusinovic, J.Y. Butin, C. Petit, S. Rappaport, M. Ledoux, M.A. Blot, R. Cousin et J. Garabé, M. Strauss, J.J. Kress.

**Les troubles de la parentalité  
Approche clinique et socio-éducative**Alain Bouregba  
*Dunod*

La parentalité désigne l'ensemble des processus de maturation psychique propres à la fonction parentale. Cet ouvrage en dessine les contours, afin d'étudier les modalités de prise en charge des dysfonctionnements de la parentalité : troubles de l'élaboration narcissique déterminés par un état psychotique ou limite, troubles de la grossesse et du post-partum, violences intra-familiales, incestes... De nombreuses vignettes cliniques abordent les techniques utilisées, notamment au sein des relais enfants-parents. Il ne s'agit pas seulement d'assistance à l'enfance en danger, mais du soutien aux relations entre l'enfant et ses parents, dans le but de restaurer l'identité parentale là où elle fait défaut. Les méthodes d'intervention mises en place associent l'apport des professionnels du soin psychologique et celui des intervenants sociaux. Elles impliquent la participation active des familles, afin de prévenir le risque de disqualification parentale dû à l'éloignement ordonné par les mesures de protection de l'enfance (placements, séparations thérapeutiques...).

## ANNONCES EN BREF

**31 mai et 1<sup>er</sup> juin 2002.** Paris. 2<sup>ème</sup> Congrès Francophone de Gynécologie-Obstétrique-Psychosomatique. Informations : 126 rue du 8 Mai 1945, 92000 Nanterre. Tél. : 01 55 17 22 22. Fax : 01 55 17 22 23. E-mail : primetime@wanadoo.fr.

**31 mai et 1<sup>er</sup> juin 2002.** Paris. Colloque sur le thème : *Y a-t-il une unité de la psychanalyse ?* Renseignements : Sujet(s) de société, 84 rue du Fg St Denis, 75010 Paris. Tél. : 01 42 33 13 18. Fax : 01 47 05 23 26.

**11 juin 2002.** Paris. Rencontre entre les services de psychiatrie, les organismes publics et les associations sur le thème : *Le service public à l'épreuve de l'exclusion. Vers une politique partenariale*, organisé par le Réseau Psychiatrique et Précarité, l'Equipe d'appui Santé Mentale, Exclusion sociale. Coordinateur Dr J. Simonet, Centre Hospitalier Sainte-Anne. Renseignements : Equipe d'appui Santé Mentale et Exclusion Sociale, Centre Hospitalier Sainte-Anne, 1 rue Cabanis, 75014 Paris. Tél. : 01 45 65 87 95.

**18 juin 2002.** Paris. Colloque organisé par l'URCAM Ile-de-France sur le thème : *Familles et fin de vie à domicile. Les réseaux de soins palliatifs en Ile-de-France.* Renseignements et inscriptions : URCAM, Colloque « Familles et fin de vie à domicile », 17-19 place de l'Argonne, 75935 Paris Cedex 19. Tél. : 01 40 05 68 80.

**24 au 28 juin 2002.** Paris. Session de formation destinée aux personnels travaillant en maison de retraite consacrée à la mise en place d'ateliers-mémoires. Renseignements : Association Nationale de Formation en Gérontologie, 37 rue d'Aquitaine, 3000 Nîmes. www.maisons-de-retraite.com/anfg. E-mail : anfgjh@aol.com. Tél. : 04 66 77 74 20. Fax : 04 66 80 33 56.

**25 juin 2002.** Paris. Colloque sur le thème : *Plus d'autonomie pour vivre mieux.* Renseignements : Fondation Caisses d'Épargne pour la solidarité, 5 rue Masseran, 75007 Paris. Tél. : 01 58 40 31 30. Fax : 01 58 40 31 49.

**26 et 27 juin 2002.** Paris. Journées de formation sur le thème : *De l'état du stress post-traumatique aux troubles psychotraumatiques : évaluation soins et cliniques.* Renseignements et inscription : Atlanta, 27 bd Gambetta, 92130 Issy-les-Moulineaux. Tél. : 01 46 38 77 37. Fax : 01 46 38 77 31. www.atlantasante.com.

**28 et 29 juin 2002.** Reims. VIII<sup>èmes</sup> Rencontres de la CRIEE sur le thème : *Résistances.* Renseignements et inscriptions : G. Rodriguez, Centre de Jour A. Artaud, 45 rue Jeanne d'Arc, 51000 Reims. Tél. : 03 26 40 01 23. Fax : 03 26 77 93 14.

**19 septembre 2002.** Douai. Sixièmes Rencontres de l'Unité de Soins et d'Information des Drogues du Centre Hospitalier de Douai, sur le thème : *Addictions & Migrations.* Renseignements et inscriptions : secrétariat des « Sixièmes Rencontres de l'USID », 91 rue

du Président Maurice Wagon, 59500 Douai. Tél. : 03 27 97 67 94. Fax : 03 27 98 01 71. E-mail : urfd59@aol.com.

**19 et 20 septembre 2002.** Montpellier. Journées Montpelliéraines de Psychiatrie de l'enfant et des Professions Associées organisées par l'Association de Formation et de Recherche sur l'Enfant et son Environnement (AFREE) et les Services de Médecine Psychologique Enfants/Adolescents du CHU, sur le thème : *Enfant agressif, enfant agressé. De la provocation à la crainte d'effondrement, quelles réponses ?* Renseignements et inscriptions : secrétariat des Journées (Médecine Psychologique Enfants Adolescents), Hôpital Saint-Eloi, 34295 Montpellier cedex 5. Tél. : Joëlle Meirargues 04 67 33 60 09 (l'après-midi).

**21 et 22 septembre 2002.** Paris. Journées organisées par Espace Analytique, le Laboratoire de Psychopathologie (Univ. de Provence) et le Centre de Recherche « Psychanalyse et médecine », sur le thème : *Psychanalyse des Passions.* Renseignements : Dominique Platier-Zeitoun. Tél. : 01 47 05 23 09. Fax : 01 47 05 23 26.

**23 au 25 septembre 2002.** Tours. 51<sup>èmes</sup> Journées Nationales de Formation Continue de la Fédération d'aide à la santé mentale Croix Marine sur le thème : *Psychiatrie, Santé Mentale, Santé Publique.* Renseignements : FASM Croix-Marine, 31 rue d'Amsterdam, 75008 Paris. Tél. : 01 45 96 06 36. Fax : 01 45 96 06 05. E-mail : croix-marine@wanadoo.fr. Site : croixmarine.com.

**5 octobre 2002.** Paris. 17<sup>ème</sup> Journée d'Etudes de l'EPCI sur le thème : *Le sexe et l'effroi. Viol, inceste, pédophilie... entre écoute et répression.* Inscriptions : Ecole de Propédeutique à la Connaissance de l'Inconscient, 1 rue Pierre Bourdan, 75013 Paris. Tél. : 01 43 07 89 26.

**9 et 10 octobre 2002.** Hyères. Colloque organisé par la Ligue Française pour la Santé Mentale, l'Institut de Sciences Pénales et de Criminologie de l'Université d'Aix-en-Provence, le Tribunal de Grande Instance de Toulon et l'Hôpital d'instruction des Armées Sainte-Anne, Toulon, sur le thème : *Jeunes - Ville - Violence - Comprendre - Prévenir - Traiter.* Inscriptions : Coordination administrative, Elisabeth Sacksteder. Tél./fax : 04 94 41 31 74 ou 04 94 20 62 94. E-mail : netaee@aol.com.

**12 octobre 2002.** Lyon. Journée d'études régionale organisée par l'Association Française de Psychiatrie sur le thème : *Violence, haine et racisme.* Renseignements et inscriptions : AFP, 147 rue St-Martin, 75003 Paris. Tél. : 01 42 71 41 11. Fax : 01 42 71 36 60.

**17 octobre 2002.** Paris. Journée de formation sur le thème : *Infection à l'hôpital.* Renseignements et inscriptions : Atlanta, 27 bd Gambetta, 92130 Issy-les-Moulineaux. Tél. : 01 46 38 77 37. Fax : 01 46 38 77 31. www.atlantasante.com.

**18 octobre 2002.** Paris. Colloque organisé par la Clinique Médico-Universitaire Georges Heuyer, sous la présidence du Pr Michel Soulé, sur le thème : *Adolescence, Psychologie et Adoption : quelles singularités ?* Renseignements et inscriptions : Mme Bigand, Clinique Médico-Universitaire Georges Heuyer, 6 rue Conventionnel Chiappe, 75013 Paris. Tél. : 01 45 85 25 17. Fax : 01 53 60 07 89. E-mail : cmu.georges.heuyer@wanadoo.fr.

**18 et 19 octobre 2002.** Saint-Malo. 4<sup>ème</sup> Colloque de Pédopsychiatrie FSM Croix-Marine sur le thème : *Parcours de vie, parcours de soins : les temps de l'hôpital de jour.* Inscriptions : FASM Croix-Marine, 20 rue d'Amsterdam, 75008 Paris. Tél. : 01 45 96 06 36. Fax : 01 45 96 06 05. E-mail : croix-marine@wanadoo.fr. Renseignements : Dr Arnaud Crochette, CMPI, 9 rue de la Préjantais, 22100 Dinan. Tél. : 02 96 87 11 87. Fax : 02 96 87 11 80 / 02 96 85 10 30. E-mail : as-cap.22102@wanadoo.fr.

**19 octobre 2002.** Angers. 2<sup>ème</sup> Journée de Pédopsychiatrie d'Angers sur le thème : *Intérêt de l'observation directe selon Esther Bick dans la pédopsychiatrie actuelle.* Renseignements : Association Culturelle en Santé Mentale, secrétariat du Dr Delion, CH Césame, 49137 Saint-Gemmes-sur-Loire. Tél. : 02 41 80 77 41. Fax : 02 41 80 77 86.

**29 octobre 2002.** New Delhi. 15<sup>ème</sup> Congrès International de l'Association Internationale de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent et des Professions associées (IACAPAP). Renseignements : Dr Savita Malhotra, Dept of Psychiatry, Postgraduate Institute of Medical Education and Research, Chandigarh 160012. Office tél. : +91 172 747585. Fax : +91 172 744401. E-mail : savita@ch1.dot.net.in. Site : www.childindia.org.

**7 au 9 novembre 2002.** Bruxelles. Congrès Européen Francophone sur le thème : *Penser la psychose : du traitement à l'accompagnement* organisé par la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale, en collaboration avec l'Union Internationale d'Aide à la Santé Mentale et l'Association Française de Psychiatrie. Renseignements et pré-inscriptions : Secrétariat du Congrès, Eric Messens, 53 rue du Président, 1050 Bruxelles, Belgique. Tél. : 0032 2 511 55 33. Fax : 0032 2 511 52 76. E-mail : lbsfm@skynet.be.

**15 et 16 novembre 2002.** Avignon. 5<sup>ème</sup> Colloque de Pédiatrie et Psychanalyse sur le thème : *La guérison aujourd'hui : réalités et fantasmes.* Renseignements et inscriptions : Brigitte Bumont, Journal des Psychologues, 8 rue de l'Hôpital Saint-Louis, 75010 Paris. Tél. : 01 53 38 46 46. Fax : 01 53 38 46 40.

**27 et 30 novembre 2002.** Monté-Carlo. 3<sup>rd</sup> International Forum on Mood and anxiety disorders, Scientific and organizing secretariat, AISC & Mgr, AIM Group, Rome Office, Via A. Ristori 38, 00197 Rome (Italie). Tél. : +39 0680968.1. Fax : +39 068088491. E-mail : ifmad@aisc.it.

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