

# NERVURE

## JOURNAL DE PSYCHIATRIE

www.nervure-psy.com

ISSN 0988-4068  
n° 4 - Tome XVII - Mai 2004  
Tirage : 10 500 exemplaires

Directeur de la Publication et de la  
Rédaction : G. Massé  
Rédacteur en chef : F. Caroli

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  
Prix au numéro : 9,15 €  
E-mail : info@nervure-psy.com

### EDITORIAL

G. Massé

## Un constat de plus en plus étayé

De nombreuses études convergentes confirment l'hypothèse quantitative que entre 20 et 40% des patients hospitalisés en psychiatrie séjournent depuis plus d'un an de façon continue.

On relève une corrélation entre cette population et l'opinion des professionnels, selon laquelle une proportion analogue de la population hospitalisée, un jour donné, ne justifie pas la prolongation de son hospitalisation mais ne peut pas sortir du fait de l'absence, immédiate ou durable, de réponses médico-sociales, sociales, ou d'un soutien suffisant dans la communauté.

Une part importante, soit près des deux tiers de ces patients, présente des états psychotiques chroniques. L'autre tiers regroupe des pathologies depuis l'enfance, des polyhandicaps et des déficiences intellectuelles.

La durée importante, parfois indéterminée, des troubles, leur gravité et leur retentissement sur l'autonomie, la vie quotidienne, la vie sociale et professionnelle, entraînent un désavantage social permanent qui appelle des réponses compensatrices, concernant le handicap sans que ne cesse, pour autant, la nécessité de soins spécialisés, continus ou discontinus.

Les équipes ont longtemps tenu des discours contradictoires, se partageant, entre décrire une inadéquation à l'hospitalisation, responsabilisant ainsi l'environnement extérieur et prescrire leur maintien raisonné sur le site, pour des raisons idéologiques et techniques. La DREES<sup>(1)</sup> a publié, récemment, une étude qui recoupe largement ces constatations. L'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Ile-de-France a initié une enquête qui a duré près de trois ans et qui vient de faire l'objet d'une note de synthèse et de deux publications, l'une par l'ARHIF<sup>(2)</sup>, l'autre par le CREAI<sup>(3)</sup>.

(suite page 5 ➡)

## Traitements antidépresseurs pendant la grossesse

FMC

Françoise Cornic

*Les troubles de l'humeur sont deux fois plus fréquents chez les femmes que chez les hommes, particulièrement pendant la période de fertilité<sup>(1)</sup>.*

*La grossesse ne semble pas constituer une protection contre l'émergence de troubles psychiatriques.*

Une étude prospective montre qu'environ 10% des femmes souffrent de symptômes dépressifs durant leur grossesse. Pour un tiers de ces femmes, il s'agit du premier épisode dépressif. Le risque dépressif est encore accru s'il existe des antécédents de troubles de l'humeur d'autant plus si le traitement antidépresseur a été interrompu<sup>(2,3)</sup>. Ainsi, la question du traitement, en particulier pharmacologique, des épisodes dépressifs pendant la grossesse est fréquemment posée.

Tous les antidépresseurs franchissent la barrière hémato-placentaire. Aucun n'est formellement autorisé à la prescription pendant la grossesse. Les conséquences d'une dépression durant la grossesse sont encore mal connues et assez peu étudiées. Pourtant, il semble exister des risques fœtaux et néonataux liés à la dépression non traitée chez les femmes enceintes. Plusieurs études, dont certaines prospectives, retrouvent une association entre une dépression maternel-

le et une prématurité, un faible poids de naissance, un petit périmètre crânien et un score d'APGAR plus faible<sup>(4)</sup>. Une récente étude prospective contrôlée, étudiant le développement psychomoteur d'enfants de mères déprimées prenant des antidépresseurs, montre même un impact négatif de la durée de la dépression et du nombre d'épisodes dépressifs sur le développement des cognitions et du langage<sup>(5)</sup>. L'enjeu du clinicien est donc de minimiser les risques fœtaux liés à une exposition aux antidépresseurs tout en limitant la morbidité liée à une dépression non traitée chez la mère.

Quatre types de risque sont étudiés lors d'une exposition à une molécule lors de la grossesse : le risque d'interruption de grossesse, le risque tératogène, le risque de toxicité néonatale (essentiellement lié au sevrage), et le risque de séquelles neurodéveloppementales à plus long terme.

(suite page 5 ➡)

### HISTOIRE M. Goudemand

## Les fous donnés en spectacle

Il s'agit d'un « fait-divers » publié dans le numéro du 1<sup>er</sup> Avril 1873 du quotidien « *Le Figaro* ».

On imagine un « scoop » destiné à révéler un nouveau scandale social ou à donner une auréole à des journalistes ignorants de la psychiatrie et ayant succombé à des pressions à caractères politico-humanitaires. Mon article ne constitue, en aucun cas, un texte à caractère médical mais se situe uniquement dans une relation historique à 130 années de distance dans le temps avec l'événement en cause.

A titre tout à fait personnel et affectif je ne peux m'empêcher de penser que cet événement se produit au moment où mes arrière grand-parents habitaient face à Sainte-Anne, rue de la Santé, dans un quartier miséreux, avec leurs ignorances et certainement leurs frayeurs de ce qui se passait derrière les murs de l'Asile, à quelques mètres d'eux.

### L'article

« Nous avons assisté, hier, dans l'Asile Sainte-Anne à des scènes d'une tristesse écoeurante ; nous voulons parler des cours de clinique sur les maladies mentales, cours qu'on inaugurerait dans cet établissement où l'on ne craint pas de donner les fous en spectacle à une réunion de curieux. Ces faits sont de la plus rigoureuse exactitude. Le Docteur Dagonet a pris pour sujet la monomanie et a présenté aux assistants six aliénés de ce genre de maladie. Ceux-ci, extrêmement impressionnés, ont réagi d'une manière maladroitement, inconséquente ou violente aux questions qui leur étaient posées. Ces cours sont publics et ont lieu tous les dimanches à 9 heures du matin. Si Monsieur Jules Simon, Ministre de l'Instruction Publique, l'ignore nous le lui apprenons ».

(suite page 7 ➡)

### AU SOMMAIRE

#### FMC

Traitements  
antidépresseurs  
pendant la grossesse p.1

Vignettes cliniques  
décollées p.6

 HISTOIRE  
Les fous  
donnés en  
spectacle p.7

#### LITTÉRATURE

Marguerite Duras ou  
l'énigme d'une femme p.8

#### SANTÉ PUBLIQUE

Prévention et prise en  
charge de l'alcoolisme p.9

#### RÉFLEXION

Une psychiatrie spirituelle :  
défi ou hérésie ? p.11

#### CLINIQUE

Pourquoi faut-il opérer  
les transsexuels ? p.13

#### EXPOSITION

A corps perdu.  
Une collection d'art brut p.16

ANNONCES EN BREF p.18

ANNONCES  
PROFESSIONNELLES p.19

Entre les pages 12 et 13, encart de 4 pages  
IXEL, Laboratoires Pierre Fabre.

## Marguerite Duras ou l'énigme d'une femme

### LITTÉRATURE

J. Skriabine

Que met en scène Marguerite Duras dans ses romans, c'est ce que cet article va tenter d'éclaircir.

A lire l'ensemble de sa production littéraire, ses romans, ses pièces de théâtre, ses scénarios de film, quelque chose reflue sans cesse, pour marquer de son sceau l'histoire qui s'y déploie.

On peut d'ores et déjà s'apercevoir que ce qui est mis en scène dans son premier roman : « *Une vie tranquille* », est repris dans le dernier : « *L'amant de la Chine du nord* ». Il renoue avec le premier par le style d'écriture, et par le thème de la jouissance féminine sur toile de fond de désir et d'amour.

Commençons à relever la trame de l'histoire que Marguerite Duras romance dans son premier livre : « *Une vie tranquille* ».

Un commentaire à propos de l'écriture. Elle y est fluide, précise, acérée, dure. Son parti pris d'écrire ainsi, tend l'attention du lecteur, du moins celui qui

y est sensible. S'il est sensible à cet effet d'écriture que Marguerite Duras adopte, il est comme invité et même sommé de lire le livre de bout en bout. C'est comme s'il ne lui était laissé aucun choix.

Cette absence de choix, c'est aussi ce que les personnages de ce roman vivent certes subjectivement, mais leur vie paraît soumise à la logique d'un destin inéluctable.

Passons à l'histoire. Elle se déroule en France. Une sœur, un frère aîné prodigue que les parents chérissent, et un frère cadet tiennent les rôles principaux. Mais de fait tout tourne autour de ce frère cadet. Tout se déchaîne à cause de la position qu'il occupe dans l'économie psychique de chacun des protagonistes de cette famille déstructurée quant à ses valeurs. Car au fond, seul le déchaînement des passions les fait vivre, la tranquillité n'y est pas de mise. Le tourment des passions fait office de lettre d'introduction dans le cercle étouffant et fermé de cette famille, il tisse le lien social entre tous ses membres.

(suite page 8 ➡)

# NERVURE

## JOURNAL DE PSYCHIATRIE

Vous pouvez consulter l'intégralité  
de nos éditions, vous abonner  
ou consulter nos archives sur notre site

[www.nervure-psy.com](http://www.nervure-psy.com)

## LIVRES ET REVUES

### La personne âgée en art-thérapie

#### De l'expression au lien social

Sous la direction de Jean-Luc Sudres, Guy Roux, Muriel Laharie et François de La Fournière  
L'Harmattan, 23 €

Alors que certains travaux ont été consacrés à la créativité et à l'art-thérapie des personnes âgées, cet ouvrage présente des propositions théoriques et pratiques. Les contributions y sont ponctuées par des expériences cliniques enracinées dans de multiples lieux institutionnels et/ou associatifs. La diversité des formations et des origines professionnelles des auteurs offre à cet ensemble une belle tonalité d'interdisciplinarité. En fait, ces travaux se rejoignent pour souligner l'existence, chez la personne âgée, d'une pulsion créatrice et d'un processus créateur résistant à toutes les turpitudes de la vie, à condition de rencontrer un ou des tiers pour identifier, mobiliser, accueillir, enrichir et respecter cette dynamique de vie.

Ont collaboré à cet ouvrage : C. Alézina, E. Arréchéa, C. Belakhovsky, E. Bernard, F. Camus, S. Cinq-Fraix, J.-F. Coudreuse, A. Coustet, F. Couvreur, L. Crécent, M.C. Denis, M. Donaz, J.-M. Dufour, J. Escudéro, M.-J. Froidevaux, P. de Givenchy, I. Haritchabalet, Ch. Joubert, C. Kervinio, N. Laeng, R. Laforestrie, N. Lairez-Sosiewicz, F. Lavallée, D. Le Mouel, H. Katia Lesniewska, A.-M. L'Haridon, F. Mallet, S. Martin, Ch. Moffarts, S. Moutarde, R. Pandelon, B. Poch, G. Ponton, J. Préfontaine, J. Quérard-Schack, M. Rakotonarivo, R. Rubio, L. Schiltz, J. Simard, G. Soulié, Y. Stahan, J.-M. Talpin, J.-P. Vaillant, C. Vigier, S. Vigneau, D. Waller.

### La ménopause

#### Regards croisés entre gynécologues et psychanalystes

Sous la direction de Pascale Bélot-Fourcade et Diane Winaver

Erès 25 €

Ce livre collectif reprend les interventions qui ont eu lieu les 26 et 27 janvier 2002 à l'hôpital européen Georges Pompidou, à Paris : rencontre entre gynécologues et psychanalystes, fruit d'un travail sur deux années.

Un congrès de clinique gynécologique et psychanalytique a pu ainsi s'ouvrir dans la dissociation procréation/sexualité, qui n'est pas sans avoir causé des remaniements de civilisation et qui constitue l'histoire de la génération du baby-boom.

Cette génération de femmes a, en effet, commencé sa vie sexuelle avec la pilule, légalisé l'avortement et, animée de ce juste mouvement de « libération des femmes », s'est lancée dans la parité jusqu'à penser faire « fausse route ». C'était sans compter aussi que l'horloge biologique pouvait, pour ces femmes, marquer le temps d'un point de disparité définitive entre les hommes et les femmes : génération « *mamy-boom* ». L'advenue du féminin dans le champ politique sous le registre de la « *condition féminine* », si elle a pu s'envisager comme un affranchissement par rapport au rôle traditionnel de la femme cantonnée au champ du privé, n'a pas été sans se soutenir et se payer aussi d'une médicalisation de ses plaisirs et de ses jours, l'intime devenant une question de santé publique et de marché. Le progrès a laissé, en partage, à la femme cette « *longévité empoisonnée* » sans déplacer le terme fatidique de la fécondation, la ménopause, qui devient réellement le milieu de la vie, constituant le gynécologue comme passeur de cette crise.

Au long de ces textes, se déroulent et se développent des questions cliniques précises, ordonnées autour de la sexualité, de l'identité des femmes à l'épreuve du temps. En effet, la féminité s'inscrit

dans une temporalité marquée par des crises impliquant des remaniements subjectifs, des modifications de l'image corporelle et du réel du corps dans sa physiologie.

Des hypothèses et de réelles avancées sont proposées, conjointement, par les gynécologues et les psychanalystes, dans la désignation, la définition de ce temps physiologique, alors que nous savons que le désir est réglé non pas par le réel du corps mais par une organisation du langage, qui fait de l'humain un animal si loin de la nature et de l'homme et de la femme, des êtres

si peu en symétrie.

Cela devait conduire à soulever des points d'éthique tant la manière de traiter les femmes est une mesure de la civilisation : en effet, se pose pour ce temps qui s'ouvre aux femmes la question de savoir sur quelle légitimité et sur quelle reconnaissance peut se fonder cette autre période de la vie, et dans quel échange leur sexualité peut s'inscrire alors même que la maternité ne recouvre plus, ni même ne limite, la féminité.

Avec la participation de : Nicole Anquetil, Marianne Buhler, Ana Costa, Daniel Delanoë, Madeleine Guey-

dan, Annemarie Hamad, Cécilia Hopen, Hélène Jacquemin-Levern, Michèle Lachowsky, Marie-Christine Laznik, Martine Lerude, Eliane Michelini Maraccini, Charles Melman, Sylvain Mimoun, Gérard Pommier, Kathy Saada, Jacqueline Schaeffer, Nicole Stryckman, Elisabeth Weissman.

### Folie, société, handicap

Psy-Cause\* 2003, n°34

Le VII<sup>ème</sup> congrès inter-régional annuel de Psy-Cause s'est tenu le 26 septembre 2003 à Martigues, avec pour thème « *De la folie au handicap mental ?* », en partenariat avec le Centre Hospitalier et la Mairie de cette ville. Un certain nombre d'intervenants ont adressé leur com-

munication qui constituent ce dossier. Annie Peedevilla et Jean-Luc Metge, psychiatres au Centre Hospitalier de Martigues, articulent le concept de folie avec celui de handicap, et la nécessité d'un retour à l'esprit de secteur. Brigitte Pouchelon, psychologue au Centre Hospitalier de Martigues, nous invite, à partir d'un cas clinique, à considérer la vérité du sujet, c'est à dire la folie, comme pouvant faire handicap... mais aussi déboucher sur la guérison. Jean-Michel Gaglione, psychiatre au Centre Hospitalier de Martigues, propose une réflexion sur les rapports entre la psy-

chirurgie et les failles de la société autour de la question de la précarité, de la violence et de la solitude. Jean-Yves Feberey, psychanalyste et psychiatre dans un CMP à Menton, conjugue le thème du colloque autour des structures médico-sociales et des réseaux associatifs. Avec la présentation du Centre d'Aide par le Travail où elle exerce comme psychiatre, à Aix en Provence, Marie-Christine de Medrano donne un exemple de l'action d'une association, l'Elan, dans une mission dite de réhabilitation. Francis Vigneron, gérant de tutelles à Alès, fait part de son expé-

rience avec des malades mentaux, à propos d'un cas sous l'angle de l'émergence du « fou citoyen ». Un compte-rendu est présenté des XV<sup>èmes</sup> Journées de mars 2003 du CRAPS<sup>(1)</sup> (Centre de Réflexion et d'Action Psycho-Sociale, association qui s'est donnée pour mission de promouvoir des solutions intermédiaires d'aide, d'accompagnement et de réinsertion de personnes souffrant de troubles psychiques, qui gère des appartements communautaires ou individuels pour malades stabilisés et qui mène des actions de formation et organise depuis 15 ans les Journées Vi-

déo-Psy, association fondée par le secteur Montpellier-Ville II et dont le président est le médecin chef de ce secteur : Jean-Pierre Montalti).

Il est également rendu compte d'une journée de travail réservée aux praticiens hospitaliers de la Région PACA qui a eu lieu le 8 octobre 2003 à Aix-en-Provence et dont le titre était « *Avenir de l'Hôpital, avenir de la psychiatrie de service public, vus à partir du prisme Plan Hôpital 2007* ».

(1) Les actes sont en vente et peuvent être commandés auprès du CRAPS, 8 rue des Volontaires, 34000 Montpellier.

\* Revue trimestrielle. Prix du numéro : 10 €. Abonnement annuel : 33 €. Adresse de la revue : Dr J.-P. Bossuat, Centre Hospitalier, 84143 Montfavet Cedex. Site : <http://psycause.fr.st>

### **La réalité psychique Psychanalyse réel et trauma**

Bernard Chouvier, René Roussillon et al.

Dunod 24 €

L'approche psychanalytique de la réalité est complexe. Elle exige que soient prises en compte la dimension existentielle et la dimension objectivante de la relation du sujet aux autres et au monde. Le sujet doit nécessairement

s'approprier la réalité au cours d'une dramatisation attributive de la confrontation entre son monde pulsionnel et les exigences de la réalité matérielle. La réalité s'impose à lui comme une étape de maturation. Quels modes d'action la psyché a-t-elle à sa disposition pour faire face aux défaillances de la réalité et aux effets destructurants causés par le trauma ?

Une première partie du livre s'attache à la construction métapsychologique du cadre de la réalité. R. Roussillon s'interroge sur le concept de réalité externe. Cl. Janin expose les conceptions freudiennes. B. Duez présente les modalités du négatif dans les diverses configurations de la réalité. C. Chabert s'appuie sur une cure analytique pour décrire les étapes de l'élaboration du sens et de l'appropriation créative des données dans l'histoire.

La seconde partie traite des enjeux psychiques de la relation à la réalité et de ses défaillances dans les organisations psychotiques. S. Resnik relate son expérience de traitement des psychoses en se centrant sur le délire. H. Maldiney décrit la déconstruction psychotique de la relation existentielle à la réalité et montre que le processus créateur se constitue dans l'ouverture au réel. B. Chouvier consacre une recherche aux devenir fantasmatiques de l'idée de fin du monde dans le champ de la création ou du délire.

Une troisième partie met en perspective la capacité de mise en récit du sujet avec les effets effractifs de la réalité du trauma. A. Ferro s'interroge sur les enjeux émotionnels des énoncés narratifs au décours du travail thérapeutique. J. Kristeva analyse, à travers Colette, les liens entre les vécus bruts et la construction romanesque. A. Ciccone et A. Ferrant interrogent le rôle de l'affect de honte dans la reprise élaborative de l'événement traumatique.

### **Handicap et parentalité La surdité, le handicap mental et le pangolin**

Chantal Lavigne  
CTNERHI 24,50 €

Il s'agit d'une étude des représentations du handicap à partir des situations de surdité et de handicap mental.

Elle fait l'analyse de la littérature française traitant de la surdité et des relations entre les parents entendants et leurs enfant sourds et étudie les discours de parents d'enfants handicapés mentaux sur le handicap mental et sur leur parentalité. Une comparaison est faite entre des discours sur le « handicap » émanant de personnes différemment positionnées dans le champ du « handicap » (éducateurs, parents, population tout-venant). Une réflexion méthodologique est menée à partir de l'analyse de l'implication dans une situation de handicap et pose la question de l'engagement militant du chercheur dans la recherche. L'auteur analyse l'ambivalence des représentations expertes et des représentations profanes dites de sens commun, dans une posture épistémologique où aucune de ces représentations (systèmes interprétatifs de la « réalité objective » du handicap efficaces et légitimes dans les pratiques qu'ils soutiennent) n'est privilégiée par rapport à l'autre.

Croisant les approches psychologique et anthropologique, l'auteur met en regard les processus cognitifs mis en œuvre lors de l'élaboration des représentations du handicap (dans des situations d'expériences professionnelles, parentales et d'absence d'expérience professionnelle ou parentale), avec les catégories anthropologiques du bien et du mal, du pur et de l'impur.

## LIVRES ET REVUES

**Mémoire collective et représentations sociales**

Connexions\* n°80

Erès, 25 €

Halbwachs avait entrevu la fonction identitaire de la mémoire, d'où la coexistence postulée entre une *mémoire nationale*, faite de références historiques irrécusables, et des *mémoires singulières*, qui se construisent au gré de l'expérience sociale et historique au sein de communautés de proximité, de sentiment ou de fidélité, à l'origine en grande partie des différences d'interprétation des événements du passé et des modalités de transmission intergénérationnelles. Cette distinction est reprise par divers auteurs sous la forme d'une opposition entre *mémoire partisane*, parcellaire ou d'origine - porteuse d'une volonté d'existence et de continuité, bref d'identité et en charge d'un discours de vérité « particulier » sur le passé, voire d'une revendication de reconnaissance et de considération, et une *mémoire historique*, nationale, mythologique, hégémonique (voir J. Viaud). D'autres, reprenant la thèse d'Erikson sur l'identité, proposent un schéma suggérant d'assimiler l'identité à un *environnement psychologique interne* (constellation d'éléments cognitifs, affectifs ou émotionnels dont les représentations), relié dialectiquement à un *environnement externe* (social, culturel, idéologique) dont le moteur est la mémoire. Enfin, apparaît, dans le foisonnement des enquêtes évoquées ici, la tentative, à travers l'étude des groupes minoritaires (voir C. Fraïssé), de jeter un pont entre la théorie de l'influence de S. Moscovici (voir les minorités actives) et la théorie de la mémoire d'Halbwachs pour soutenir l'hypothèse d'une utilisation stratégique possible de la mémoire collective à des fins de transformation des rapports de pouvoir entre les groupes, et de renforcement identitaire par l'inversion du sens des symboles (négatifs) liés aux événements du passé, au sein d'un ensemble social.

Ces pistes de réflexion manifestent une convergence d'intérêt chez les auteurs, quant à l'élargissement et l'approfondissement de la problématique élaborée autour du problème de la genèse ou de la sociogenèse des représentations sociales et des liens entre celles-ci et la mémoire collective, et quant à la définition d'une psychologie sociale « ouverte » (c'est-à-dire intégrant des dimensions sociologiques, anthropologiques, historiques et le souci de la compréhension du monde social, culturel, politique environnant), volontariste et intentionnaliste, constructiviste et dialectique. On retiendra, de l'ensemble, l'idée qu'il s'offre comme un hommage aux travaux, ici entremêlés, d'Halbwachs et de Moscovici, à l'origine d'une avancée significative des sciences humaines et sociales. Certains lecteurs pourraient s'agacer des redondances inévitables, compte tenu du caractère collectif de la préparation de ce dossier, de l'absence d'articulation entre la première partie (théorique) et la deuxième (empirique), enfin du décalage évident entre la richesse de la compilation théorique et la discrétion des illustrations ou des démonstrations des hypothèses centrales de l'ouvrage. Cela dit, on ne peut que souhaiter la plus vaste audience à ces recherches prometteuses.

**La servante et la consolatrice  
La philosophie dans ses rapports  
avec la théologie au Moyen Age**Etudes réunies par Jean-Luc Solère  
et Zénon Kaluza

Vrin, 30€

L'incertaine condition de la philosophie médiévale oscille entre les deux figures de la servante et de la consolatrice. Dépossédée par certains de tout magistère, du droit de juger et d'interpréter une parole révélée qui la dépasse, elle demeure pour d'autres hommes du Moyen Age parée de son antique

prestige et disposée à les conduire à la perfection de la vie humaine.

Dans l'écart ouvert par cette antithèse, il y a, évidemment, place pour nombre de statuts différents accordés à l'activité rationnelle. A tel point qu'il est difficile, sinon impossible, d'en donner une description univoque et satisfaisante. On ne peut qu'œuvrer dans le particulier et montrer comment, au cas par cas, de la conceptualité est produite, par des individus dans des conditions historiques déterminées, notamment par des

théologiens en situation de devoir élaborer ou affiner les instruments dont ils avaient besoin.

C'est dans cet esprit que les contributions réunies dans ce livre étudient ce que quelques penseurs médiévaux ont dit de la philosophie, ainsi que la philosophie qu'ils ont pratiquée. Que ce soit pour la constitution de la métaphysique en science de l'étant en général, la conception de la sagesse (théologique ou laïque), la question des universaux, l'ontologie des accidents,

l'idée d'une science expérimentale, il importe de reconduire les discussions sur ces thèmes fondamentaux aux difficultés historiquement données qui les ont suscitées.

A défaut d'une introuvable définition unitaire et exhaustive de la philosophie au Moyen Age, les auteurs espèrent confirmer le caractère indispensable du détour par le Moyen Age dans l'étude de l'histoire de la philosophie.

Ont participé à ce livre : P. Bakker, O. Boulnois, M. Hoenen, A. Maierü, Th. Ricklin, J.-L. Solère, G. Sondag, Chr. Trottmann.

\*Revue semestrielle publiée par l'ARIP, Association pour la Recherche et l'Intervention Psychosociologiques.

# Traitements antidépresseurs pendant la grossesse

La majorité des données concernant l'utilisation des antidépresseurs durant la grossesse proviennent d'études rétrospectives ou de rapport de cas. Cependant, des études plus récentes, de construction prospective plus rigoureuse, fournissent actuellement des données qui semblent plus fiables bien que peu nombreuses.

Cet article présente une revue de la littérature concernant l'impact de l'utilisation des antidépresseurs pendant la grossesse et propose une ligne de conduite dans le traitement des dépressions pendant la grossesse.

## Risque d'interruption de grossesse

La plupart des études ne montrent pas d'association entre l'exposition prénatale aux antidépresseurs et un risque augmenté de fausse couche. Certaines études ont, cependant, retrouvé une discrète augmentation du taux d'avortements spontanés chez les femmes traitées pendant le premier trimestre par des antidépresseurs de type sérotoninergique (ISRS) ou de type biergique (IRSN) (6, 7, 8). Pourtant, dans aucune de ces études, les différences observées, entre femmes exposées et non exposées, des taux de fausses couches n'étaient significatives. Il est possible que la discrète augmentation

du taux d'avortements spontanés observés soit liée à la dépression maternelle ou un biais dans le recueil des données de ces études. Les données sont pour l'instant encore insuffisantes pour définir de façon fiable le lien entre l'exposition foetale aux antidépresseurs et le risque de fausse couche.

## Risque tératogène

D'anciens cas rapportés suggéraient une association possible entre l'exposition aux tricycliques au premier trimestre de la grossesse et des malformations des membres. Cependant, cette association n'est confirmée par aucune des études prospectives ou rétrospectives récentes étudiant le risque tératogène lié à cette exposition (9, 10, 11). Les données actuelles ne montrent pas une majoration du risque d'anomalies congénitales majeures liée à l'utilisation, au premier trimestre, des antidépresseurs tricycliques. Parmi les antidépresseurs tricycliques, la nortriptyline et la désipramine sont davantage prescrits du fait de leurs plus faibles effets anticholinergiques et donc du moindre risque de majoration de l'hypotension orthostatique habituellement présente pendant la grossesse. Hormis pour la fluoxétine, très peu de données sont disponibles concernant le risque tératogène lié aux antidépresseurs sérotoninergiques. Des études rétrospectives (données de pharmacovigilance après mise sur le marché) et cinq études prospectives ont évalué les taux de malformations congénitales chez les enfants exposés in utero à la fluoxétine (6, 12, 13, 14, 15). Aucune de ces études ne suggère une augmentation du risque de malformations congénitales majeures lié à l'utilisation prénatale de fluoxétine. Pourtant, une étude montre une augmentation du risque de malformations congénitales mineures chez les enfants exposés in utero à la fluoxétine (13). Ces anomalies sont définies comme des défauts structurels sans conséquence fonctionnelle ni esthétique. Cependant, l'interprétation des résultats de cette étude est limitée par plusieurs problèmes méthodologiques. Le groupe de femmes exposées à la fluoxétine diffère du groupe contrôle non exposé pour des variables importantes comme : l'âge, l'existence d'une pathologie psychiatrique, l'exposition à d'autres traitements. Par ailleurs, seule la moitié des enfants exposés in utero à la fluoxétine est évaluée, ce qui pose le problème d'un biais de sélection. La fluoxétine semble donc dépourvue de potentiel tératogène significatif, même si de nouvelles données sont encore nécessaires pour renforcer cette confiance clinique.

Des études rétrospectives (données de pharmacovigilance après mise sur le marché) et cinq études prospectives ont évalué les taux de malformations congénitales chez les enfants exposés in utero à la fluoxétine (6, 12, 13, 14, 15). Aucune de ces études ne suggère une augmentation du risque de malformations congénitales majeures lié à l'utilisation prénatale de fluoxétine. Pourtant, une étude montre une augmentation du risque de malformations congénitales mineures chez les enfants exposés in utero à la fluoxétine (13). Ces anomalies sont définies comme des défauts structurels sans conséquence fonctionnelle ni esthétique. Cependant, l'interprétation des résultats de cette étude est limitée par plusieurs problèmes méthodologiques. Le groupe de femmes exposées à la fluoxétine diffère du groupe contrôle non exposé pour des variables importantes comme : l'âge, l'existence d'une pathologie psychiatrique, l'exposition à d'autres traitements. Par ailleurs, seule la moitié des enfants exposés in utero à la fluoxétine est évaluée, ce qui pose le problème d'un biais de sélection. La fluoxétine semble donc dépourvue de potentiel tératogène significatif, même si de nouvelles données sont encore nécessaires pour renforcer cette confiance clinique.

Des études rétrospectives (données de pharmacovigilance après mise sur le marché) et cinq études prospectives ont évalué les taux de malformations congénitales chez les enfants exposés in utero à la fluoxétine (6, 12, 13, 14, 15). Aucune de ces études ne suggère une augmentation du risque de malformations congénitales majeures lié à l'utilisation prénatale de fluoxétine. Pourtant, une étude montre une augmentation du risque de malformations congénitales mineures chez les enfants exposés in utero à la fluoxétine (13). Ces anomalies sont définies comme des défauts structurels sans conséquence fonctionnelle ni esthétique. Cependant, l'interprétation des résultats de cette étude est limitée par plusieurs problèmes méthodologiques. Le groupe de femmes exposées à la fluoxétine diffère du groupe contrôle non exposé pour des variables importantes comme : l'âge, l'existence d'une pathologie psychiatrique, l'exposition à d'autres traitements. Par ailleurs, seule la moitié des enfants exposés in utero à la fluoxétine est évaluée, ce qui pose le problème d'un biais de sélection. La fluoxétine semble donc dépourvue de potentiel tératogène significatif, même si de nouvelles données sont encore nécessaires pour renforcer cette confiance clinique.

Pour la sertraline, la paroxétine, la fluvoxamine et le citalopram, seules des études concernant de petits échantillons sont disponibles (7, 9, 10, 16, 17). Aucune des métaanalyses, études prospectives et rétrospectives ne montre d'association entre une exposition au premier trimestre de grossesse à ces molécules et un risque majoré de malformations congénitales majeures. La fiabilité de ces premiers résultats, bien que rassurants, reste insuffisante du fait du nombre insuffisant de cas d'expositions étudiées.

Pour l'exposition in utero à la venlafaxine, une seule étude prospective contrôlée concernant 150 femmes est disponible (8). Elle ne montre pas de majoration du risque tératogène lié à l'utilisation de cet antidépresseur. Une étude montre une augmentation des malformations congénitales après une exposition prénatale aux inhibiteurs de la monoamine-oxydase (IMAOs) (18). Par ailleurs, les IMAOs sont classiquement contre indiqués à la prescription durant la grossesse du fait du régime associé et du risque de crise hypertensive au moment de l'accouchement.

Pour les autres antidépresseurs, aucune donnée prospective n'est disponible.

## Risque de toxicité néonatale

De nombreux cas rapportés décrivent des syndromes périnataux chez les nouveaux nés exposés in utero aux antidépresseurs tricycliques. Les symptômes caractéristiques du sevrage aux tricycliques sont les tremblements, l'irritabilité, et de façon moins fréquente les crises convulsives ; ces dernières n'ayant été observées qu'avec la clomipramine (19). La toxicité néonatale attribuée aux effets anticholinergiques des tricycliques, associant l'occlusion intestinale fonctionnelle et la rétention urinaire, a également été rapportée. Dans tous les cas ces symptômes ont été transitoires.

Le risque de toxicité néonatale associé à l'exposition aux ISRS in utero n'est pas encore clairement défini. Une seule étude prospective décrit des complications périnatales liées à l'exposition in utero à la fluoxétine associant une mauvaise adaptation néonatale (score APGAR faible), une détresse respiratoire, des difficultés pour la tétée, et des trémulations (13). Les autres études prospectives ne montrent pas de détresse néonatale chez les enfants exposés à la fluoxétine (5, 7, 14, 20). Des cas de sevrage à la paroxétine ont été décrits chez des nouveaux nés exposés in utero. Les symptômes de sevrage sont transitoires et associent une irritabilité, une hypertonie, des difficultés à la tétée, des troubles du sommeil et des détresses respiratoires (22, 23, 24). Une étude prospective concernant 55 nouveaux nés exposés au troisième trimestre à la paroxétine, montre une fréquence élevée de complications nécessitant un traitement intensif (21). Les autres études prospectives ne démontrent pas d'effets néonataux des antidépresseurs sérotoninergiques (5, 7, 9, 14, 21). D'autres études sont nécessaires pour compléter ces données initiales. De plus, il semble important d'évaluer les autres facteurs qui modulent la vulnérabilité à la toxicité néonatale comme, par exemple, la prématurité, le petit poids de naissance.

## Risque neurodéveloppemental

Les études animales montrent un changement dans le comportement et dans les circuits de neurotransmission après une exposition prénatale à des agents psychotropes. Peu d'études prospectives ont évalué le développement neurocomportemental de enfants exposés in utero aux antidépresseurs (5, 25, 26, 27). Les trois premières études ne montrent pas de différence

## LIVRES

### Monoparentalité précaire et femme sujet

Gérard Neyrand, Patricia Rossi  
Erès, 22 €

L'augmentation de la monoparentalité va de pair avec une précarisation accrue de beaucoup de femmes élevant seules leurs enfants. Pour elles, occuper la position de « chefs de famille » est d'autant plus difficile qu'elles n'y ont généralement pas été préparées, et que la précarité économique se conjugue avec un isolement relationnel et une fragilisation psychologique. Cette évolution pose la question de la place des femmes dans la démocratie ainsi que celle de la maternité et du féminin, et de leur lien à la paternité, pour les psychismes individuels. Elle nécessite de concevoir un soutien qui ne soit pas seulement économique, mais qui intègre les dimensions sociale et psychologique. Dans cet ouvrage, les auteurs articulent sociologie et psychanalyse pour rendre compte de la complexité de ce problème social et explorent les pistes possibles pour une meilleure prise en charge de ces femmes chefs de famille par les intervenants sociaux.

### Des enfants sourds à l'école ordinaire

#### L'intégration, des principes aux pratiques pédagogiques

Jean-Yves Le Capitaine  
L'Harmattan, 24 €

L'intégration scolaire des enfants sourds et malentendants pose la question de l'adaptation d'un système à ces nouveaux élèves, en raison du fonctionnement du système lui-même, et en raison de l'identité et de la place que tiennent ces enfants dans les représentations sociales. Il s'y opère un certain nombre de changements au niveau des pratiques pédagogiques et institutionnelles et au niveau de la réflexion sur l'action professionnelle et des représentations sur les élèves. A ce titre, l'intégration scolaire est un levier de changement et d'innovation, en ce qu'elle est formatrice des acteurs concernés au travers de deux facteurs : le face à face avec ces élèves et les dispositifs partenariaux qui accompagnent ce face à face. A partir de cette réalité peut se construire une professionnalisation des différents acteurs engagés.

### L'enfant et la peur d'apprendre

2ème édition

Serge Boimare  
Dunod 22 €

La deuxième édition de cet ouvrage comporte deux nouveaux chapitres consacrés à la dyslexie et à l'échec scolaire. La confrontation avec la règle et l'autorité, la rencontre avec le doute et la solitude, inhérente à la démarche pour apprendre et penser, peuvent réveiller, alors, une inquiétude profonde, contre laquelle il est illusoire de vouloir lutter avec les outils pédagogiques ordinaires. Apprivoiser les peurs, leur donner une forme acceptable par la pensée afin qu'elles n'entraînent plus de rupture de la démarche intellectuelle, telle est la condition indispensable pour réconcilier ces enfants avec le savoir scolaire. Le recours à des thèmes culturels pouvant métaphoriser ces craintes semble être un excellent moyen de libérer le désir de savoir des préoccupations personnelles trop envahissantes. C'est en ce sens que Serge Boimare s'appuie sur les romans de Jules Verne pour aborder les mathématiques ou la grammaire, et sur la Bible ou la mythologie pour apprendre à lire et à écrire.

## Un constat de plus en plus étayé

Cette étude est intéressante à plus d'un titre :

- par sa rigueur méthodologique ;
- par l'ampleur de la population concernée : plus de 3000 personnes qui se répartissent entre une population 1 pour les deux tiers (séjour de plus de neuf mois continus dans l'année précédant le jour de l'étude, dont la moitié depuis cinq ans et plus) et une population 2 (dépendance institutionnelle entre réponse ambulatoire et hospitalisation répétitive) pour le dernier tiers ;

- par la description d'une population suivie en psychiatrie à partir de critères spécifiques qui ne sont pas uniquement d'ordre médical, même si ces déterminants sont inclus (CIM 10 et CIF). Ils concernent, également, l'évaluation des aptitudes liées au fonctionnement cognitif, des habitudes dans la réalisation de la vie quotidienne, des problèmes de fonctionnement global. Ils s'inscrivent dans les propositions de l'OMS à propos de l'évaluation globale des états de santé et le travail international concernant la mise en œuvre d'une échelle d'évaluation des incapacités (WHODAS-II).

Cette enquête permet de déduire des modes de réponse adaptés aux besoins, la gamme des métiers nécessaires pour les mettre en œuvre, pour des patients handicapés psychiques connus des services de santé mentale, mais qui ne devraient pas l'être, mais aussi non hospitalisés. Sont perceptibles les programmes ambulatoires à mettre en œuvre, l'ampleur et les problèmes de financement : 3172 personnes au sein d'une région de 11 000 000 d'habitants environ, organisée en 149 secteurs de psychiatrie générale, ce qui représente plus de 21 patients par secteur (4). L'enquête ne se réduit pas aux patients hospitalisés. Elle tente d'approcher ceux vivant dans la communauté, qui présentent des caractéristiques d'utilisation des services et des besoins communautaires assez proches du premier groupe. Les projets d'orientation concernent 3 patients sur 4 (MAS, FDT) sans qu'on sache si les patients non orientés sont considérés comme hors de portée d'une réponse ambulatoire, ou s'il existe un déficit de construction ou de représentation, par les professionnels eux-mêmes, de solutions ambulatoires adaptées aux patients les plus dépendants (échecs répétés de solutions alternatives, manque d'expérience ou de connaissance de solutions innovantes ou expérimentales se situant résolument hors du champ sanitaire). On peut se demander si certaines caractéristiques des patients comme, par exemple, leurs difficultés de gestion financière, sont uniquement les conséquences d'une maladie invalidante ou de troubles cognitifs et ne sont pas induits, ou ne se cumulent pas, avec les effets sociaux iatrogènes résultant d'une désafférentation sociale prolongée. La plupart de ces patients, logés, nourris,

entretenus, assistés pendant des années, ne bénéficient pas d'une stimulation ou d'une mobilisation suffisante dans ce domaine.

Ces personnes conservent, en majorité, une famille qui garde des liens avec l'équipe soignante dans 72% des cas et visite ses patients quotidiennement, dans quatre cas sur dix. L'enquête confirme une représentation fréquente, par les professionnels, de patients chroniques isolés ou « orphelins ». Elle ne conforte pas l'idée qu'il s'agit de patients qu'on peut placer « n'importe où », y compris sur le site d'hôpitaux éloignés d'un lieu de vie non identifiable sous le prétexte, erroné, d'une perte de racines et de support familial. L'enquête amène à se demander si quelque chose n'a pas fonctionné, durablement, avec les familles et dans la recherche de solutions alternatives à l'hospitalisation, c'est-à-dire dans la négociation de la répartition du rôle de chacun. On remarquera un taux élevé de réponse qui confère une solide représentativité régionale, traduisant la prise de conscience, par les professionnels, de l'importance du problème et de leur volonté d'aborder la question sans préjugés.

On peut penser que la population concernée est probablement sous-évaluée car l'enquête s'est fixée des critères précis, donc limitants. A la périphérie de la population décrite existent des patients handicapés psychiques non connus du dispositif de santé mentale, ou non suivis régulièrement, qui ne se confondent pas, uniquement, avec d'autres, non comptabilisés, issus de populations fortement précarisées (SDF) pour lesquels les dispositifs sectorisés sont peu performants ou s'abstiennent. En outre, l'enquête indique qu'un certain nombre de structures privées n'ont pas répondu, ou n'ont pas été enquêtées. Pour être complètement exhaustif, peut-être conviendrait-il d'étudier, pour les inclure ou non dans une logique de planification, de nombreux patients jamais, ou rarement, hospitalisés, mais dépendant de structures sanitaires telles que les foyers de post-cure, les hôpitaux de jour, les appartements thérapeutiques. ■

(1) Cf. Chapireau F. (2003). Connaissances nouvelles à propos des personnes recevant des soins en santé mentale : *Enquête Handicap Incapacité Démendance*, pp 181-207, Revue Française des Affaires Sociales, n°1-2, janvier-juin 2003, La Documentation Française.

(2) Makdessi-Raynaud, Y. & Peintre C., sous la responsabilité scientifique de Barreyre J.Y. (avril 2003). *Etude des patients séjournant au long cours dans les services de psychiatrie adulte en Ile-de-France*, publication de l'ARHIF.

(3) Barreyre J.Y., Makdessi-Raynaud Y. & Peintre C. (2003). *Les patients au long cours dans les services de psychiatrie adulte en Ile-de-France*, Vie Sociale (*La psychiatrie : entre l'ornière et l'échappée*), n°3, juillet-septembre 2003, CEDIAS-Musée Social.

(4) Ce qui signifie que chaque capacité d'hospitalisation d'un secteur de psychiatrie générale francilien fonctionne avec n lits moins les 2/3 de 21, soit moins 14 lits en moyenne, occupés à l'année.

## LIVRES

## Pourquoi la violence ?

Jack Messy  
Payot, 18 €

Puisant sa réflexion dans un travail d'accompagnement d'équipes soignantes en milieu gériatrique où l'agressivité est quotidienne (attribuée la plupart du temps aux personnes âgées de façon bien souvent projective), l'auteur distingue, tout au long de son ouvrage, agressivité et violence. Remarquable, tout d'abord, que l'agressivité semble passée de mode de nos jours, au profit de termes plus médiatiques (violence, terreur, horreur...) il maintient la distinction entre les deux termes : « L'agressivité est une forme que peut prendre toute pulsion face à un danger. C'est une réaction de défense ». « Deux individus qui s'insultent font preuve d'agressivité, mais si l'un des deux frappe l'autre, avec l'intention de le tuer, il entre sur la voie de la violence. Si, effectivement, il le tue, cette même force qui se manifestait dans l'agressivité devient violence parce que cet acte est contraire à la Loi ». Autrement dit, imaginaire dans un cas, réel (passage à l'acte) dans l'autre, pour utiliser un langage « lacanien » dans lequel se situe l'auteur, qui s'oppose à Bergeret car, selon lui, « la violence à l'origine de la vie serait l'existence du symbolique avant le réel ». La question du pourquoi (agressivité ou violence) ne semble pas pour autant résolue...

M. Goutal

## Vivre sans violences ? dans les couples, les institutions, les écoles

Micheline Christen, Charles Heim, Michel Silvestre, Catherine Vasselier-Novelli  
Préface de Jean-Claude Benoit  
Erès

Micheline Christen, est assistante de service social ; Charles Heim, psychologue ; Michel Silvestre, psychologue ; Catherine Vasselier-Novelli, psychologue. Ils travaillent dans la région marseillaise (Centre La Durand et pratique libérale). S'inspirant d'un modèle québécois, ils ont élaboré un modèle d'intervention face aux situations de violences, spécifique au contexte français, et s'appuyant à une épistémologie éco-systémique. A travers de nombreux exemples, ils exposent leur réflexion qui, partant des violences conjugales et familiales, les a amenés à s'intéresser aux violences et à leur prévention au sein d'institutions médico-sociales et scolaires. Ils nous incitent à penser la complexité des phénomènes pour ne pas céder au manichéisme - qu'il soit individuel, familial, social, politique ou scientifique - qui engendre les violences.

Comme le relève Jean-Claude Benoit dans sa préface : « La densité de réflexion de ce livre, et le fait même qu'un groupe uni sur ses principes d'action l'ait composé, viennent prouver la force d'appui que constitue l'approche systémique des faits vivants et complexes. Les schèmes figurés et les faits cliniques apportés appuient une transmission claire des théories de la complexité ».

## Fonction de l'image dans l'appareil psychique

Céline Masson  
Erès 25 €

Ce livre explore le champ de l'image, considérée comme étant au cœur même de la vie psychique, dans une approche anthropologique et psychanalytique. Il analyse son lien avec la mémoire et l'imagination, mais encore les rêves, la psychopathologie, notamment les hallucinations visuelles, et surtout ses rapports au mode même du créer.

significative de quotient intellectuel (QI), de tempérament, de comportement, de distractibilité, d'humeur, de niveau d'activité et de réactivité entre les enfants exposés ou non exposés aux antidépresseurs tricycliques et à la fluoxétine (5, 25, 26). Une étude plus récente comparant le développement psychomoteur d'enfants, âgés de 6 à 40 mois, de mères déprimées exposés (n=31) ou non (n=13) in utero à différents ISRS montre des différences significatives entre les deux groupes (27). Si le développement cognitif et émotionnel est comparable dans les deux groupes, les enfants exposés ont des scores d'APGAR plus faibles que les enfants non exposés, mais présentent également un retard de développement psychomoteur et des changements dans le contrôle des mouvements marqués par des trémulations et un mauvais contrôle des mouvements fins. Cette étude présente, cependant, certaines limites qui imposent une certaine prudence dans l'interprétation des résultats. La taille de l'échantillon étudié est très réduite. La dose, le moment de l'exposition durant la grossesse et le type des ISRS reçus ne sont pas pris en compte. Enfin, les enfants ont été testés à des âges différents ce qui peut induire une grande variabilité dans les capacités motrices et donc influencer sur les résultats concernant le développement psychomoteur. D'autres études sont nécessaires pour mieux comprendre l'impact sur le développement cognitif et moteur des enfants exposés in utero aux antidépresseurs.

## Conclusion : traitement des épisodes dépressifs durant la grossesse

La conduite à tenir dépend largement de la sévérité de l'épisode dépressif. Il paraît également important d'évaluer les antécédents psychiatriques de chaque patiente, mais aussi le déroulement des précédentes grossesses.

Pour les femmes présentant un premier épisode dépressif pendant leur grossesse, les traitements non pharmacologiques (psychothérapies de soutien, thérapies cognitives et comportementales) seront privilégiés pour les formes mineures ou modérées. Pour les formes sévères pour lesquelles le traitement antidépresseur devient nécessaire, le choix doit s'orienter vers les molécules les plus sûres. Parmi les tricycliques, la désipramine et la nortriptyline seront à privilégier du fait de leurs plus faibles effets anticholinergiques. L'accumulation des données de la littérature concernant la fluoxétine en fait le premier choix parmi les antidépresseurs sérotoninergiques. Les autres ISRS peuvent être prescrits, notamment pour une dépression ne répondant ni aux tricycliques ni à la fluoxétine en gardant en mémoire le faible nombre de données dans la littérature concernant la sécurité de leur utilisation. Les IMAOs sont classiquement interdits à la prescription pendant la grossesse.

Lorsqu'il existe des antécédents psychiatriques, il faut évaluer au mieux la sévérité de l'épisode mais également les risques de rechute en cas d'arrêt des traitements antidépresseurs. Pour les formes mineures ou modérées et les risques de rechute faible, l'arrêt du traitement antidépresseur est préconisé pendant la grossesse. Des traitements non pharmacologiques doivent être instaurés ainsi qu'une surveillance rapprochée de l'évolution thymique. Dans les formes sévères, résistantes, à fort risque de rechute en cas d'interruption thérapeutique, la prescription d'antidépresseurs doit être maintenue. Les médicaments les plus sûrs doivent être privilégiés tout en tenant compte de l'efficacité des différentes molécules dans l'histoire de chaque femme. Durant le déroulement de la grossesse, il est nécessaire d'adapter les posolo-

gies médicamenteuses. Les changements de volume plasmatique, du métabolisme hépatique et de la clairance rénale, induisent des modifications des taux sanguins des médicaments. Plusieurs études prospectives décrivent une diminution des taux sanguins des tricycliques et de la fluoxétine au début du troisième semaine de la grossesse (30, 31, 32). Dans ces études, les posologies des antidépresseurs devaient être majorées pour induire une rémission symptomatique. Pour les femmes présentant un syndrome dépressif sévère, notamment en cas de symptômes psychotiques associés, le traitement de choix est l'électro-convulsivo-thérapie (ECT). Deux études récentes concernant l'utilisation des ECT durant la grossesse montrent que cette technique semble être efficace et sans danger (33, 34). Dans l'analyse de 300 cas rapportés de l'application de cette technique pendant la grossesse, sont signalés quatre cas d'accouchements prématurés, et aucun cas de rupture prématurée des membranes. Du fait de leur relative fiabilité d'utilisation, les ECT peuvent être considérés comme une alternative aux traitements pharmacologiques pour les femmes qui souhaitent éviter une exposition prolongée aux médicaments psychotropes durant la grossesse ou pour celles ne répondant pas aux traitements médicamenteux antidépresseurs. Dans tous les cas, les risques foetaux liés à l'utilisation des antidépresseurs doivent être clairement exprimés ainsi que l'absence de données suffisantes pour certaines molécules. Le praticien doit limiter la morbidité liée à la dépression maternelle tout en minimisant les risques pour le fœtus. La décision thérapeutique sera discutée et prise en accord avec la patiente et son conjoint. ■

Françoise Cornic\*

\*Service du Dr Caroli, CH Sainte-Anne, Paris.

## Bibliographie

- (1) KESSLER RC, MCGONAGLE KA, SWARTZ M. et al., *Sex and depression in the national Comorbidity Survey : lifetime prevalence, chronicity and recurrence*, J Affect Disord 1993, 29, 85-96.
- (2) OHARA MW, *Depression during pregnancy*, in *Postpartum Depression: Causes and Consequences*, New York, NY Springer-Verlag, 1994, 110-120.
- (3) EVANS J, HERON J, FRANCOMD H, OKE S, GOLDING J, *Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth*, Br Med J 2001, 323, 257-260.
- (4) ORR S, MILLER C, *Maternal depressive symptoms and the risk of the poor pregnancy outcome. Review of the literature and preliminary findings*, Epidemiol Rev 1995, 17, 165-171.
- (5) NULMAN I, ROVET J, STEWART DE, WOLPIN J, PACE-ASCIAK P, SHUHAIER S, KOREN G, *Child development following exposure to tricyclic antidepressants or fluoxetine throughout fetal life: a prospective controlled study*, Am J Psychiatry 2002, 159, 1889-1895.
- (6) PASTUSZAK A, SCHICK-BOSCHETTO B, ZUBER C et al., *Pregnancy outcome following first trimester exposure to fluoxetine (Prozac)*, JAMA 1993, 269, 2246-2248.
- (7) KULIN N, PASTUSZAK A, SAGE S et al., *Pregnancy outcome following maternal use of the new selective serotonin reuptake inhibitors: a prospective controlled multicenter study*, JAMA 1998, 279, 609-610.
- (8) EINARSON A, FATOYE B, SARKAR M et al., *Pregnancy outcome following gestational exposure to venlafaxine: a multicenter prospective controlled study*, Am J Psychiatry 2001, 158, 1728-1730.
- (9) ERICSON A, KÄLLEN B, WILHOLM BE, *Delivery outcome after the use of antidepressants in early pregnancy*, Eur J Clin Pharmacol 1999, 55, 503-508.
- (10) MCELHATTON P, GARBIS H, ELEFANT E et al., *The outcome of pregnancy in 689 women exposed to therapeutic doses of antidepressants. A collaborative study of the European Network of Teratology Information Services (ENTIS)*, Reprod Toxicol 1996, 10, 285-294.
- (11) MISRI S, SIVERTZ K, *Tricyclic drugs in pregnancy and lactation: a preliminary report*, Int J Psychiatry Med 1991, 21, 157-171.
- (12) HENDRICK V, SMITH LM, SURI R, HWANG S, HAYNES D, ALSTHULER

L, *Birth outcome after prenatal exposure to antidepressant medication*, Am J Obstet Gynecol 2003, 188, 812-815.

(13) CHAMBERS C, JOHNSON K, DICK L et al., *Birth outcomes in pregnant women taking fluoxetine*, N Engl J Med 1997, 336, 258-262.

(14) GOLDSTEIN DJ, *Effects of the third trimester fluoxetine exposure on the newborn*, J Clin Psychopharmacol 1995, 15, 417-420.

(15) GOLDSTEIN DJ, CORBIN LA, SUNDELL KL, *Effects of first trimester fluoxetine exposure on the newborn*, Obstet Gynecol 1997, 89, 713-718.

(16) SIMON GE, CUNNINGHAM ML, DAVIS RL, *Outcomes of prenatal antidepressant exposure*, Am J Psychiatry 2002, 159, 2055-2061.

(17) HEIKKINEN T, EKBLAD U, KERO P, EKBLAD S, LAINE K, *Citalopram in pregnancy and lactation*, Clin Pharmacol Ther 2002, 72, 184-191.

(18) HEINONEN O, SHAPIRO SD, *Birth defects and drugs in pregnancy*, Littleton (MA), Publishing Services Group, 1977.

(19) BROMIKER R, KAPLEN M, *Apparent intrauterine foetal withdrawal from clomipramine hydrochloride (letter)*, JAMA 1994, 272, 1722-1723.

(20) COHEN LS, HELLER VL, BAILEY JW et al., *Birth outcomes following prenatal exposure to fluoxetine*, Biol Psychiatry 2000, 48, 996-1000.

(21) STISKAL JA, KULIN N, KOREN G et al., *Neonatal paroxetine withdrawal syndrome*, Arch Dis Child Fetal Neonatal 2001, 84, F134-135.

(22) COSTEI AM, KOSER E, HO T et al., *Perinatal outcome following third trimester exposure to paroxetine*, Arch Pediatr Adolesc Med 2002, 156, 1129-1132.

(23) DAHL M., *Paroxetine withdrawal syndrome in a neonate (letter)*, Br J Psychiatry 1997, 177, 391-392.

(24) NORDENG H, LINDENMANN R, PERMINOV KV, REIKVAM A, *Neonatal*

*withdrawal syndrome after in utero exposure to selective serotonin reuptake inhibitors*, Acta Paediatr 2001, 90, 288-291.

(25) NULMAN I, ROVET J, STEWART ED, WOLPIN J, GARDNER A, JOCHEN GW, KULIN N, KOREN G, *Neurodevelopment of children exposed in utero to antidepressant drugs*, N Engl J Med 1997, 336, 258-262.

(26) MATTSO S, EASTVOLD A, JONES K, HARRIS J, CHAMBERS C, *Neurobehavioral follow-up of children exposed in utero to antidepressant drugs*, Teratology 1999, 59, 376.

(27) CASPER RC, FLEISHER BE, LEEACANJAS JC, GILLES A, GAYLOR E, DEBATTISTA A, HOYME E, *Follow-up of children of depressed mothers exposed or not exposed to antidepressant drugs during pregnancy*, J Pediatr 2003, 142, 402-408.

(28) NONACS R, COHEN LS, *Depression during pregnancy: diagnosis and treatment options*, J Clin Psychiatry 2002, 63, 24-30.

(29) NONACS R, COHEN LS, *Assessment and treatment of depression during pregnancy: an update*, Psychiatr Clin N Am 2003, 26, 547-562.

(30) WISNER KL, PEREL JM, WHEELER SB, *Tricyclic dose requirements across pregnancy*, Am J Psychiatry 1993, 150, 1541-1542.

(31) ALTSCHULER LL, HENDRICK VC, *Pregnancy and psychotropic medication: changes in blood levels (letter)*, 1996, 16, 78-80.

(32) HOSTETTER A, STOWE ZN, STRADER JR, MCLAUGHLIN, LLEWELLYN A, *Dose of selective serotonin uptake inhibitors across pregnancy: clinical implications*, Depression and Anxiety 2000, 11, 51-57.

(33) FERRILL MJ, KEHOE WA, JACISIN JJ, *ECT during pregnancy: physiologic and pharmacologic considerations*, Convuls Ther 1992, 8, 186-200.

(34) MILLER LJ, *Use of the electroconvulsive therapy during pregnancy*, Hosp Comm Psychiatry 1994, 45, 444-450.

## Vignettes cliniques décollées

Être créatif ou être créateur plutôt, ne serait-ce pas quelques instants de grâce qui nous font trouver à un moment donné des idées nouvelles ? Qui nous permettent d'accueillir nos patients sans présupposés, sans vignette, sans étiquette, chacun dans leur singularité ? Ou qui nous font entendre aussi, les mots avec un son, un sens autre ?

C'est dans cet état d'esprit que nous avons tenté de ré-écrire quelques termes employés fréquemment en psychiatrie.

Soignants, thérapeutes exerçant en institution, nous sommes plongés dans un univers de mots, de signes dont nous ne mesurons parfois plus le poids.

Exemples :

- tel patient est suivi par tel soignant,
- un joueur est forcément pathologique,
- un buveur invétéré,
- un rire immotivé,
- une fenêtre devient thérapeutique,
- un voyage pathologique,
- une sortie contre l'avis médical (la vie / l'avis),
- le sujet est « un ou une grande hystérique » au féminin le plus souvent,
- un tel est « pervers »,
- un patient est en sortie - d'essai.

Nous pourrions poursuivre ainsi, longtemps, la liste des mots prononcés, sans souvent les entendre. Proposons une autre version, voulez-vous ?

Et si les voyages des patients étaient une tentative géographique pour s'extraire ou quitter un état psychique trop difficile ? Le voyage « pathologique » ne deviendrait-il pas alors un voyage « thérapeutique » ?

Sur la proposition faite d'une « sortie d'essai ».

Confrontés à la psychose et à des sujets qui, de par leur pathologie prennent le mot pour la chose, c'est à dire à la lettre, nous annonçons spontanément : sortie d'essai - décès ? Evaluons-nous la portée de cet énoncé ? car nous espérons tous que cette sortie ne se fera jamais les pieds devant !

L'expression « sortie à l'essai » ne permettrait-elle pas davantage d'espoir ?

Quant aux hystériques, si nous pensions à eux, avec tendresse et reconnaissance plutôt qu'avec mépris ? N'est-ce pas grâce à eux que Freud inventa la psychanalyse et rappelons-nous ce qu'il écrivait à leur propos : « l'hystérie semble plutôt résulter d'un rejet d'une perversion, que d'un refus de la sexualité ! ».

Pour conclure, alors qu'en est-il donc de nos patients qui, rebelles, résistent à prendre leur traitement à la date convenue, c'est-à-dire à vie ! Qui demandent leur sortie contre avis médical ? Qui n'acceptent pas forcément de loger là où nous nous sommes donnés tant de mal à les conduire ? Au-delà de notre déception, ne devrions-nous pas, au contraire, apprécier, qu'ils rejettent ainsi la case dans laquelle ils devraient entrer ?

Ce refus n'est-il pas une révolte contre leur maladie et l'expression aussi des pulsions de vie et de mort qui les animent ? Difficile mouvement pour nous soignants ! D'une part, surmonter les échecs de nos projets, dépasser le sentiment d'impuissance, de dépit même et, simultanément, déceler dans cet acte qui fait refuser au sujet l'aide et les soins si laborieusement mis en place, un signe de vie, cette vie que nous traquons sans cesse.

Convenons ainsi qu'être soignants en psychiatrie est un métier impossible, qui consisterait, paradoxalement, à nous réjouir parfois de certains de nos échecs. ■

Florence Reznik\*

\*Psychologue, psychanalyste, Hôpital Esquirol, Service 75G10

## Contexte historico-politique et tentatives d'explications

En premier lieu, il convient de rappeler que Magnan et Bouchereau avaient inauguré à Sainte-Anne le 26 avril 1868 les leçons théoriques et cliniques sur les maladies mentales qui ont lieu le dimanche à 9 heures dans l'amphithéâtre du rez-de-chaussée du service des admissions sous l'impulsion de Valentin Magnan devant l'École Française de la Médecine Psychiatrique. Comme ne le manquera pas de souligner Lunier, Médecin Inspecteur des Asiles d'aliénés, en réaction à cet article, on peut se demander pourquoi cette leçon clinique a donné lieu à un tel esclandre alors que cette pratique existait déjà depuis plus d'un demi-siècle à Bicêtre et à la Salpêtrière. On parle à plusieurs reprises de « pressions occultes » qui seraient à l'origine de ce scandale et qui n'auraient pour autre but que celui de mettre un terme à l'enseignement de la clinique qui venait de débiter à Sainte-Anne.

Sur le plan historique cela se passe trois ans après la fin du second empire dont la chute coïncide avec la défaite des Français contre la Prusse en 1870. Cette guerre, ainsi que l'insurrection de la Commune, avaient causé la suspension des cours dispensés à Sainte-Anne. Il convient, également, de rappeler que l'Asile clinique a été construit pendant le règne de Napoléon III sous l'impulsion du Baron Haussmann et du Docteur de Cailleux. Ce dernier sera mis à pied le 4 août 1870 en même temps que l'Empereur déchu. La Commission départementale de la Seine proposait, dans son rapport de 1861, la construction d'un asile à Paris pour promouvoir l'enseignement de la clinique psychiatrique qui n'existe pas vraiment dans les autres établissements. Quand l'Asile Sainte-Anne est créé, il est considéré comme le « foyer de la science aliéniste » et l'intention de le substituer à la Salpêtrière et à Bicêtre est évidente. Au moment de l'installation de la chaire de clinique et des maladies mentales, en 1879, il y aura, d'ailleurs une hésitation entre Sainte-Anne et la Salpêtrière. On sait, par ailleurs, que le *Figaro* est un journal républicain modéré, c'est-à-dire plutôt défavorable à l'Empereur.

Au vu de ces éléments, on peut se demander si ces pressions occultes dirigées contre Sainte-Anne et son enseignement n'auraient pas, en fait, été indirectement dirigées contre l'Empereur à qui l'on doit sa construction et sa vocation clinique. La rivalité existant depuis le début entre Sainte-Anne et la Salpêtrière pourrait également avoir nourri la querelle. Il pourrait, aussi, s'agir de la continuation d'une controverse déjà ancienne contre les aliénistes et la loi de 1838 qui, selon leurs opposants, favorisait les mauvais traitements et les internements arbitraires. A la fin du second empire, cette controverse semble connaître un regain d'intensité. On trouve, en avril 1872, dans le quotidien « *Le Temps* » une série d'articles suivant l'affaire de la Maison de santé d'Evere en Belgique, dans laquelle les trois médecins et des gardiens sont désignés comme responsables de la mort de deux malades. A l'occasion du procès seront évoqués les mauvais traitements régulièrement infligés aux patients de l'établissement : coups, mesures d'enfermement dans le froid, privation de nourriture. On signale dans « *Le Temps* » du 14 avril 1872 « l'affluence de curieux considérable » au procès des dirigeants de l'établissement et le fait que la gendarmerie ait été obligée, à plusieurs reprises, d'employer la force pour contenir la foule. On ne peut s'empêcher de repenser à la foule attirée par la présentation dénoncée dans l'article du « *Figaro* » de 1873 que mentionne une réunion de curieux. Par ailleurs, l'auteur de l'article du

# Les fous donnés en spectacle

## L'article du *Figaro* du 1<sup>er</sup> avril 1873

« *Figaro* » semble, à plusieurs reprises, comparer le dispositif de la présentation à un procès, où les patients sur le banc des accusés, auraient à se défendre et à se justifier. Doit-on en déduire que les présentations, comme les procès, attirent une foule de curieux ? S'agirait-il des mêmes personnes ? Quoi qu'il en soit, dans les deux cas, le dénominateur commun est l'intérêt porté à l'aliénation mentale.

Un article du « *Temps* » du 2 septembre 1873 montre à quel point la loi de 1838 suscite encore des polémiques. Il s'agit d'un commentaire sur la critique d'une pièce de théâtre adaptée d'un roman d'Hector Malot intitulé « *le beau-frère* » qui relate l'histoire d'un enfer-

Sainte-Anne qui tend à se substituer à la Salpêtrière, plutôt sous la tutelle des neurologues, ce sont les aliénistes qui peuvent être visés et même, indirectement, l'Empereur. Voilà ce que peuvent regrouper ces « pressions occultes » s'opposant à la clinique et à l'enseignement des maladies mentales à Sainte-Anne.

## Les conséquences de ce scandale

La réaction des « *Annales médico-psychologiques* » est immédiate et Lunier proteste dans un article de mai 1873. Il explique que le début des cours à



mement abusif rendu possible grâce à la corruption d'un médecin et destiné à déposséder un membre d'une famille de ses biens. L'article vise à relativiser les attaques des opposants à la loi de 1838. Il affirme, en effet, qu'elle n'est pas inattaquable mais qu'il faut être prudent si l'on veut condamner cette loi car si elle « a soulevé tant de controverses passionnées » elle présente, tout de même, de multiples garanties. Peut-être existe-t-il des motifs sous-jacents dans l'article du « *Figaro* » de 1873 ? Une attaque contre l'Empereur ne serait pas contradictoire avec un coup porté contre les aliénistes puisque l'Asile clinique Sainte-Anne, considéré comme « le foyer de la science aliéniste », a été construit et dirigé, au départ, par des personnes rattachées à l'Empereur, comme Girard de Cailleux, dont le successeur direct au service des admissions sera Valentin Magnan. Ce dernier, même s'il n'a pas été formé dans les asiles, est placé du côté des aliénistes et, au même titre que Dagonet, qui est dénoncé dans l'article du « *Figaro* », il fait partie des médecins qui donnent des cours le dimanche matin à Sainte-Anne.

Au moment de la création de la chaire de psychiatrie à « *la candidature légitime de Valentin Magnan* » sera préférée celle de Benjamin Ball, élève de Jean-Martin Charcot, qui n'aura pas été mêlé à ce scandale. A travers cette attaque contre les médecins de Sainte-Anne dont Magnan fait partie et contre

scandale aura pour conséquence la suppression des cours à Sainte-Anne. En effet, l'action du Conseil Général de la Seine, de l'Assistance Publique et du Préfet avait été vivement sollicitée. Dans le numéro du « *Figaro* » du 11 avril 1873, on note la satisfaction des journalistes : « nous avons signalé dernièrement l'écoeuvant spectacle que donnaient chaque dimanche aux curieux les professeurs de l'Asile Sainte-Anne en exhibant des fous pendant les cours. Nous sommes heureux d'apprendre qu'à la suite de notre note des mesures ont été prises pour que pareil fait ne se renouvelât pas ». A la suite de cela, une Commission a été créée pour demander au Ministère de l'Intérieur, malgré ces interventions journalistiques, la réouverture des cours. Un an après l'incident, l'Administration se montre disposée à revoir sa décision « sous la réserve d'une réglementation pour empêcher les abus ». Dans un premier temps, seuls cinq élèves en médecine sont autorisés par le Préfet de la Seine, d'après une liste présentée par la Faculté de Médecine, à suivre les cours de façon régulière.

L'Asile clinique Sainte-Anne et les Asiles périphériques ayant été rattachés en 1874 à la Préfecture de la Seine, une collaboration devient nécessaire entre le corps médical de ces établissements et l'administration préfectorale qui ne souhaitait probablement pas que l'on aille regarder de trop près ce qui se passait dans ces Asiles dont elle venait d'avoir la charge. Deux ans plus tard, un arrêté du Préfet du 23 novembre 1875 autorise la réouverture des conférences cliniques sur les maladies mentales à Sainte-Anne, Bicêtre et la Salpêtrière en fixant des règles qui empêchent l'accès des personnes indésirables. Les personnes admises devront présenter une carte d'entrée délivrée par le Directeur de l'établissement à des élèves en médecine, des médecins, des magistrats, des avocats qui en feront la demande avec la justification de leur profession. En 1877, les leçons de Magnan reprennent à Sainte-Anne et on y rencontre, non seulement des médecins mais, également, des philosophes, des hommes de lettres et des hommes politiques.

## Le contexte de l'article du *Figaro* dans l'enseignement clinique de la psychiatrie

Jean-Pierre Falret a déjà joué un rôle important dans le développement de l'enseignement des maladies mentales par la clinique en insistant, en 1850, dans ses deux ouvrages, « *De l'enseignement clinique des maladies mentales* » et « *L'enseignement clinique dans les Asiles d'aliénés* », sur la nécessité d'instituer cet enseignement. Dans ce dernier, il inclut la présentation de malades comme étant un constituant de la clinique et précise qu'il en représente un élément en affirmant que la curiosité des étudiants n'a rien à voir dans cette situation car ceux-ci ne sont pas de simples visiteurs. Il répond, également, aux objections concernant le secret de famille qui s'inscrit dans le secret médical car cette situation ne peut se concevoir puisque les malades et les étudiants n'étant pas issus du même milieu social, ces derniers ne peuvent être appelés à rencontrer des personnes de leur entourage. Cet argument ne saurait être valable de nos jours où la règle tacite de rigueur, comme le confirme S. Lebovici dans un entretien du 13 mars 1995, est que si l'on connaît personnellement le patient présenté on est tenu de sortir. Selon Falret, la présence de ces visiteurs - les étudiants - permet de rompre l'isolement et la monotonie de l'enfermement auxquels est confronté le malade d'autant qu'elle ne trouble pas l'ordre de l'asile et n'excite pas les malades en faisant éclore un délire que

l'on voit même, quelquefois, se suspendre pendant l'examen. Il semble même que, pour certains patients, la présentation clinique constitue une occasion de sortir de la contrainte de l'hospitalisation, d'entrer en contact avec des personnes extérieures et de se faire entendre différemment. Falret va même jusqu'à écrire que la présence du public donne plus de poids à la parole du médecin et que la présentation peut être thérapeutique. Il existe, par ailleurs, un certain nombre de règles qui permettent de sauvegarder l'intérêt du malade tout en servant ceux des élèves et des professeurs, et par exemple il stipule qu'il ne doit pas y avoir de discussion de la part des élèves avec le professeur en présence du malade. Il mentionne « *des visites processionnelles* » que le public faisait dans certains asiles d'aliénés pour se donner le spectacle de leur folie. C'est sûrement par référence à ces circonstances que Benjamin Ball répète plus tard dans les Asiles d'aliénés du département de la Seine en organisant des visites publiques auxquelles l'affluence est considérable et qui ont pour but de faire tomber les préjugés. Ce bénéfice que peut tirer le patient de la présence du public sera repris, bien plus tard, par nombre de psychanalystes qui mettront en évidence la position de tiers médiateurs prenant en charge la parole du malade bien que leurs analyses ne concordent pas en tous points. Ainsi, Porge, en 1985, considère que le public est nettement séparé du présentateur sur le modèle d'une pièce de théâtre, alors que Dorey, en 1987, parle plutôt d'une assistance qui prend part à l'action en s'engageant libidinalement et en se faisant le témoin du drame du patient. ■

Maurice Goudemand\*

Conservateur, Fondateur du Musée Sainte-Anne.

## LIVRES

### Ecrits sur l'aphasie (1861-1869)

Paul Broca  
Introduction historique et textes réunis par Serge Nicolas  
L'Harmattan 16,80 €

Paul Broca (1824-1880) fut celui qui a découvert le siège de l'aphasie. L'objectif de l'ouvrage est de donner des repères historiques inédits sur cette découverte et de permettre au lecteur l'accès aux articles originaux de Broca.

Dans une première partie, sur la base de documents de l'époque, ce livre décrit l'histoire de cette découverte médicale qui eut tant d'implications pour la psychologie et la neurologie. Broca va largement bénéficier des travaux et des idées de ses devanciers, en particulier ceux de Franz-Joseph Gall (1758-1828) et de Jean-Baptiste Bouillaud (1796-1881). En 1861, Broca décide de s'intéresser au débat sur la localisation du langage articulé dans le contexte d'une discussion qui eut lieu à la *Société d'Anthropologie de Paris*. Il va être le premier à montrer que les manifestations du langage sont dépendantes de l'intégrité d'une portion localisable du cerveau. Le livre montre les hésitations de Broca devant les conséquences de sa découverte car, à partir du siège du langage articulé, il va être progressivement amené à parler de sa latéralisation gauche : une révolution en physiologie et en psychologie. Dans une seconde partie, l'ouvrage rassemble toutes les publications originales de Broca sur la localisation cérébrale du langage articulé.

## LIVRES

**Requiem pour François Villon**Pierre Léo  
Masson 38 €

L'auteur propose une approche phénoménologique afin de percevoir la subjectivité de François Villon pour mieux participer à ses émotions. Dans ce cadre, l'ouvrage analyse la formation de la personnalité de François Villon, ses œuvres : le petit testament, le grand testament et des ballades diverses, divers aspects de sa personnalité, les thèmes dominants abordés dans ses poèmes, les dictons et locutions populaires chez François Villon, la santé de François Villon - son aspect médico-légal. Pierre Léo montre que, dans la diversité de ses thèmes, François Villon fut souvent le poète de la misère. Il la décrit et l'analyse comme il l'éprouve... du dedans.

**Franz Kafka****Aspects d'une poétique du regard**Jacqueline Sudaka-Bénézeraf  
Peeters Publishers\*, 20€

L'œuvre de Kafka, se situe dans la continuité du « passant » baudelairien anticipant le « flâneur » de Walter Benjamin, qui évolue à partir de 1916 vers le personnage du « Juif errant » (Le chasseur Gracchus) livré à l'incompréhension des hommes. Le théâtre d'Oklahoma de l'Amérique, éclairé d'une lumière nouvelle le statut de l'artiste. L'impersonnalité du narrateur, le coefficient d'étrangeté qui fait du personnage un intrus, cèdent la place à l'activité du regard. Son « jeu » dans *La Métamorphose*, ouvre un espace de mouvement qui a moins pour fonction de signifier une histoire que de l'instaurer par les moyens de l'expression mimique. Les cahiers des années 1916-1922, révèlent le processus de « fabrication » de ses écrits, désormais fragmentaires, hésitant entre linéarité montage, collage. Le rêve impose les lois de son fonctionnement à de courts récits, les libérant de la narrativité. L'écrivain se définit comme un « bâtisseur » (La Muraille de Chine) qui, dans la besogne quotidienne de l'inscription scriptuaire, s'interroge sur l'écriture autant que sur sa raison d'être et ses limites. Les lettres-signes sont les matériaux qui construisent des puzzles de textes, déplacent les frontières de la littérature, définissent une nouvelle « cartographie » de l'écriture.

\*Bondgenotenlaan 153, 3000 Leuven, Belgique. Tel. 32(16) 23 51 70 Fax 32(16) 22 85 00. E-mail : PEETERS@peeters-leuven.be

**La saignée des âmes**Jean-Marie Truchot  
Editions des Écrivains, 19 €

Voici un beau livre d'un infirmier de secteur psychiatrique, événement assez exceptionnel pour être salué, et qui mérite qu'on en parle. De quoi s'agit-il, en effet ? Non pas d'un X<sup>ème</sup> écrit technique, théorico-clinique, administratif ou éthique, mais d'un véritable roman, drôle, émouvant et qui se lit de bout en bout avec plaisir. Après la rupture sentimentale et la décompensation, l'hôpital psychiatrique est évoqué, et bien vu, avec sa galerie de portraits allant du polyhandicapé terrorisé hurlant à la maniaque expansive, au délirant chronique et au déprimé... en mal d'amour fantasmant sur la belle infirmière, jusqu'au psychiatre-psychothérapeute qui pose le cadre et ramène notre héros à une dure mais saine réalité. Ce retour au réel est, bien sûr, douloureux mais garant d'un nouveau départ dans la vie à travers un état amoureux flambant neuf que ne désavouerait pas Woody Allen.

M. Goutal

Je dirai que c'est là, dans le tourment d'une relation très particulière entre une sœur et un petit frère, que semble résider la trame de ces deux récits de Marguerite Duras, trame omniprésente, revisitée, déclinée, éclairée à chaque fois différemment dans ces deux écrits, mais qui structure toute son œuvre. Nous avons évoqué, précédemment, la position particulière du petit frère dans l'économie psychique de ses proches, nous pouvons même dire dans l'économie psychique de celle qui raconte leur histoire à tous, la sœur dans ce roman, l'héroïne de tous les écrits de Marguerite Duras, celle qui se raconte et raconte les autres, de son point de vue à elle.

Entrons maintenant plus avant dans le récit.

Dans « *Une vie tranquille* », l'auteur choisit de raconter la décision d'une sœur d'encourager son petit frère à se bagarrer avec son frère aîné qui a commis une faute impardonnable, celle d'avoir séduit sa femme. La sœur, l'héroïne du récit, s'attend à ce que la bagarre physique soit en défaveur de son frère aîné, ce qui va être le cas. Elle prend l'initiative avec la complicité du reste de la famille de retarder les secours que son frère aîné implore. Le médecin quand il sera appelé, ne pourra plus rien faire. Toute la famille aura été témoin complice de la lente agonie du fils aîné, du frère aîné. Et à cela, tous peuvent justifier d'une rancœur à son endroit : le père, qui a dû voler, quand il était maire, de l'argent public pour sortir son fils aîné de la spirale de ses dettes de jeux ; la mère, sa fille et son fils cadet contraignant d'affronter avec le père les retombées de ce scandale ; et pour tous l'exil dans une ferme isolée d'une campagne lointaine, le repli social, la perte de leur train de vie et de leurs relations.

Après la mort de son amant, le frère aîné, la femme du frère cadet choisit l'exil. Elle fait ce choix mais elle n'a pas le choix, pas plus qu'elle ne l'a de ne pas leur laisser son fils, le fils du frère cadet, son mari.

Mais malgré le sordide des connivences familiales, de ces non-dits inavouables, de ces complicités, deux histoires d'amour éclosent. Pour notre héroïne, elle sait que Tienne, un ami de son frère cadet qui est venu le rejoindre et prendre pension à la ferme, est l'homme qu'elle attend. Elle se décrit faite pour lui, tant physiquement que psychologiquement. Et elle va attendre le temps qu'il faudra pour que sa certitude d'être pour cet homme la femme qu'il attend, le devienne et le soit aussi pour lui. Elle sait receler en elle ce quelque chose qui fascine les hommes, et entre tous c'est celui là qu'elle choisit, l'ami de son frère cadet. Parce qu'en effet elle saisira ce dont il s'agit entre elle et les hommes après avoir laissé se noyer un homme rencontré dans un hôtel au bord de la mer où elle s'est rendue pour récupérer après le décès de son frère aîné, de sa lassitude. Elle l'a regardé se noyer, du moins elle se rend compte qu'il se noie et elle ne provoque encore une fois aucun secours. Il la regarde, l'implore, comme son frère aîné qui se mourait. Elle reste fascinée par ce qu'elle voit et sait de ce spectacle, de ce qui ne s'y dit pas mais s'y révèle. Elle comprend que cet homme est prêt pour la conquérir à y mettre le prix, l'enjeu n'est rien moins que sa vie.

Elle doit, à son tour, quitter l'hôtel, l'hôtelière l'y invite, car tous ont appris sa présence au bord de la plage et ce qu'elle n'a pas fait.

De retour à la ferme, elle va assister à la conclusion d'une idylle amoureuse entre son frère cadet et une amie d'enfance évincée quand ce frère cadet avait choisi d'en épouser une autre. Cet amour se révèle impossible pour le frère cadet. Il choisit de sortir plus sûrement de la vie en se donnant la mort, il se laisse décapiter par un train. Cette

# Marguerite Duras ou l'énigme d'une femme

conclusion, notre héroïne l'avait présentée pour son frère cadet, tourmenté par les passions des autres qui l'animent sans qu'au fond elles soient vraiment les siennes. Il exécute un acte commandité, le meurtre de son frère haï, acte qui fait retour, à son tour, à sa façon dans son tourment qu'il fait cesser par le suicide. Ce petit frère est comme absent de son enveloppe humaine. Il vit tant qu'il est habité par la passion des autres et surtout celle de sa sœur. Il meurt quand la passion des autres ne l'habite plus, quand ces autres vivent les leurs à part entière et sans partage.

Les parents se pétrifient dans leurs souvenirs, notre héroïne sans culpabilité revient auprès de Tienne avec la force que donne un amour partagé, et enfin l'enfant du frère cadet retrouve sa mère venue le chercher.

Marguerite Duras écrit : « *Certains écrits sont épouvantés. Ils ont peur d'écrire. Ce qui a joué dans mon cas, c'est peut-être que je n'ai jamais eu peur de cette peur là. J'ai fait des livres incompréhensibles et ils ont été lus. Il y en a un que j'ai lu récemment, que je n'avais pas relu depuis trente ans, et que je trouve magnifique. Il a pour titre : La vie tranquille. De celui-là j'avais tout oublié sauf la dernière phrase : « Personne n'avait vu l'homme se noyer que moi ». ... Dans ce livre-là on peut aller plus loin que le livre lui-même, que le meurtre du livre. On va on ne sait où, vers l'adoration de la sœur sans doute, l'histoire d'amour de la sœur et du frère, encore, oui, celle pour l'éternité d'un amour éblouissant, inconsidéré, puni ».*

**L'histoire de « L'amant de la Chine du nord » se passe dans une colonie française d'Indochine, et plus précisément à Saïgon.**

Marguerite Duras renoue dans ce dernier roman avec un style d'écriture plus fluide, moins haché, moins scandé par les ruptures de pensée que des phrases en suspens suggèrent. La pensée qui y est ébauchée, n'est plus aussi fragmentée. Elle se trouve partiellement complétée un peu plus loin dans le texte, par le même personnage ou par un autre. Les dialogues denses et concis qui se juxtaposent plus qu'ils ne se succèdent, sont tempérés par un récit plus narratif. Marguerite Duras abandonne le style d'écriture du « *Vice consul* » ou de « *Lol.V.Stein* » pour redevenir un écrivain de romans.

Marguerite Duras parle de la mère veuve, entourée de sa fille qui se désigne par le terme « *l'enfant* », de Pierre, son fils aîné joueur et opiomane, et de Paulo, son fils cadet inséparable de son ami Thanh, un enfant indochinois recueilli par la mère.

La mère est dans le déclin de son rêve de cultiver, grâce à un barrage édifé contre le pacifique, la concession qu'elle a acquise à la Direction générale du cadastre de la colonie, avec ses économies. Elle a abandonné le métier d'institutrice à la naissance de ses enfants. Elle a donné des cours de français et de piano à la mort de son mari, directeur d'une école indigène, puis a été pianiste à l'Eden-Cinéma, pour se reconverter et tenter de survivre dans l'exploitation d'une concession en réalité incultivable. Elle a longtemps voulu croire en l'honnêteté des fonctionnaires pour continuer à soutenir son utopie. Quand elle va se réveiller, ce sera pour cultiver un autre culte, celui de son fils aîné, fils prodigue, toxicomane et violent, qui la ruine et auquel elle continue néanmoins, à fonds perdus comme auparavant aux fonctionnaires de l'état français, à donner toutes ses économies. Elle n'hésite pas à envisager d'y

sacrifier sa fille. Sa fille, elle la ravale, la rejette, la malmène. Sa fille, appelée l'enfant, s'en défend par l'amour qu'elle porte à son frère cadet. Elle éprouve pour celui-ci, négligé par la mère et offert lui aussi à la violence du fils aîné, un amour éperdu. Parce qu'elle se sent perdue et sans amour, elle aime son frère cadet jusqu'à l'initier au désir, au désir de la femme, et au désir d'elle sa sœur pour lui, elle qui s'est découverte femme avec son amant, l'amant de la chine du nord. Aimer c'est donner ce qu'on n'a pas. Elle lui donne tout ce qu'elle n'a pas, y compris cet autre vécu d'elle-même qu'elle comprend mal mais qu'elle sait être précieux pour elle, et donc à partager avec ce petit frère plus désarimé à la vie qu'elle. Elle tente de lui insuffler la vie avec l'amour qu'un autre lui fait découvrir. Elle est aussi la seule à le protéger contre le frère aîné

qui l'exécute et le frappe au risque de le tuer. Et tout cela au vu et au sus de la mère qui n'intervient pas. Et parce qu'elle ne dit mot, la mère consent à cet état de chose. Elle en a une certaine conscience, mais c'est plus fort qu'elle, elle laisse faire. La mère consent même à ce que sa fille puisse se prostituer pour les bénéfices qu'elle pourrait en retirer pour son fils aîné. Le personnage de la mère est ambigu. Les seules relations qu'entretient la mère avec les hommes, ce sont celles qu'elle a eues avec les fonctionnaires de l'Etat et avec son fils aîné. Leurs liens, c'est l'argent qu'elle leur a donné à fonds perdus. L'argent, c'est celui du travail de toute une vie, la sienne, jusqu'à l'épuisement de cette vie qui la déshabite inexorablement au fil du temps, vie devenue asexuée depuis la mort de son mari, vide de tous les

**COLLOQUE CÉRISY 2004****Enjeux pour une psychanalyse contemporaine autour de l'œuvre d'André Green**

du 11 au 15 septembre 2004

Direction : François Richard, Fernando Urribarri.  
Avec la participation d'André Green.

COMMUNICATIONS (suivies de débats):

- \* *Les enjeux pour une psychanalyse contemporaine*, C. Botella, A. Green
- \* *Le modèle limite : où en est aujourd'hui la métapsychologie des cas-limites ?*, B. Brusset
- \* *Les transformations contemporaines de la méthode et du cadre analytique*, R. Roussillon, C. Smadja
- \* *Les après-coup de l'infantile - temps et sexualité dans la psychanalyse*, A. Denis, F. Duparc, G. Haag
- \* *La représentation revisitée : sa pluralité, ses potentialités, ses échecs*, M. Aisensetein, F. Urribarri
- \* « *Qui, moi ?* » *La question du sujet et la métapsychologie du Moi*, R. Cahn, F. Richard
- \* *Le langage en psychanalyse : de l'association libre à l'interprétation*, G. Diatkine, P. Guyomard, P. Miller
- \* *Pourquoi la destructivité ? Questions pour aujourd'hui*, C. Balier, N. Zaltsman
- \* *Le trauma et ses destins: le travail de l'hallucinateur*, C. Combe, G. Lavallée
- \* *Figures de la tiercéité*, S. Botella, J. Canestri

DIALOGUES D'ANDRÉ GREEN

\*avec R.-P. Droit (*La langue « barbare » et la question de l'altérité*), \*avec M. Godelier (*L'anthropologie et la psychanalyse*), \*avec J. Kristeva (*Le féminin, le langage et la sublimation*), \*avec J.-D. Vincent (*La biologie et la psychanalyse*)

André Green est devenu une référence essentielle dans le mouvement psychanalytique, car son œuvre peut se définir comme une recherche permanente visant à surmonter certaines impasses du post-freudisme. Il a élaboré un modèle original, qui articule une reconceptualisation des fondements avec une rénovation de la méthode clinique. Ses travaux les plus récents permettent une reprise heuristique de ses idées les plus originales (sur « le narcissisme de vie et de mort », la notion de limite, la « folie privée », le « travail du négatif ») conduisant à de nouveaux apports tant conceptuels que cliniques.

Nous discuterons, notamment, ses contributions désormais classiques, ouvrant un questionnement épistémologique fondamental sur la nature de la fonction de représentation du psychisme entre langage et corps (pulsions). L'on convoquera donc, non seulement le débat historique avec Lacan, mais aussi une confrontation toujours d'actualité avec la psychiatrie, la psychologie, la linguistique (et maintenant les sciences cognitives). Pour mieux éclairer cette problématique, et parce que l'épistémologie vivante de la psychanalyse implique des prises de position sur le « malaise dans la culture » contemporaine, nous étudierons, en conviant des spécialistes, la façon dont Green l'a traitée du côté de la culture. Compte tenu des changements de la théorie et de la pratique après Freud et d'une tendance à la dispersion du champ psychanalytique, l'enjeu est donc celui d'un nouveau paradigme susceptible de dépasser la crise de la psychanalyse contemporaine. La présence d'André Green ainsi que d'importants acteurs du mouvement psychanalytique devrait susciter une nouvelle avancée dans la perspective des échanges et débats entre psychanalyse et autres disciplines.

Centre Culturel International de Cerisy-la-Salle, Association des Amis de Pontigny-Cerisy, 50210 Cerisy-la-Salle. Tél. : 02 33 46 91 66. Fax : 02 33 46 11 39. Site internet : www.ccic-cerisy.asso.fr. E-mail : info.cerisy@ccic-cerisy.asso.fr. 20 rue de Boulainvilliers, 75016 Paris. Tél. : 01 45 20 42 53.

hommes excepté son fils, l'ainé. L'argent, c'est aussi celui que rapporte sa fille invitée à exploiter ses charmes auprès des hommes, bien qu'elle lui défende d'aller jusqu'à se prostituer. Cette barrière, le fils aîné ne s'autorise pas encore à la franchir vis-à-vis de sa sœur, mais la mère comme sa fille, perçoit que ce n'est qu'une affaire de temps. Il ne fait pour le moment l'exercice de la menace et de la violence qu'à l'encontre de son frère cadet, le plus faible. La mère sait qu'elle n'a plus l'énergie de protéger aucun de ses enfants contre eux même.

C'est autour de trois histoires juxtaposées, que se structure et s'organise le roman.

Les voici :

C'est d'abord l'enfant, pensionnaire au lycée français de Saïgon, qui rencontre sur le bac qui traverse le Mékong, l'amant de la Chine du nord. Il revient de Paris, elle retourne au lycée. Ils viennent tous les deux de Sadec où la mère de l'enfant a été nommée institutrice il y a deux ans.

C'est, ensuite, sa fascination pour Anne-Marie Stretter, sur fond de thème musical, celui de la Valse désespérée. Anne Marie Stretter attire autant Paulo et son ami Thanh, que Pierre, que l'enfant qui les cherche dans le parc de l'administration générale de Sadec.

Enfin, Pierre est là qui rode malveillant, autour de Paulo qu'il martyrise, autour de l'enfant qui devient femme, autour de la mère qui lui cède comme le barrage qu'elle a élevé et qui a cédé contre le pacifique, spectacle dont il jouit, encore et encore.

Et puis, l'histoire se poursuit. Elle se construit à partir de la rencontre de l'enfant avec l'amant de la Chine du nord. Il est attiré par elle. L'aime-t-il ? En tout cas, il sait qu'il peut commettre l'irréparable avec elle. Le sait-elle ? De ce flux et reflux d'attirance, de désespérance, de désir de possession de l'autre qui s'échappe, de désir sexuel, l'amour est déjà là, en souffrance avec ses souffrances, méconnu par l'enfant, interdit au chinois. Elle est mineure, elle le cache, il se défend de vouloir le savoir. Car, pour elle, ce sera le déshonneur et l'exclusion par les blancs et par les chinois, elle le sait confusément. Lui le sait et il demande l'autorisation à son père de l'épouser. Son père va refuser et il le sait. Il va voir la mère et il lui dit qu'il aime sa fille, qu'il veut réparer quelque chose qu'il sait irréparable et qu'il a commis. Il aime l'enfant. La mère accepte tout, l'argent surtout qu'il lui donne pour payer les dettes de son fils aîné et son retour en France. La mère donnera à son fils qui la presse, l'argent de l'amant de la Chine du nord. Il le jouera et le fumera en opium. L'enfant le dit à l'amant qui ne redonne mais qu'à elle, de l'argent. Il paye les dettes de Pierre auprès des fumeries d'opium et use de son influence pour inviter Pierre à quitter Saïgon.

La famille repart bientôt, l'amant doit et va se marier. Il regarde le paquebot s'éloigner, caché dans sa voiture garée à l'abri des regards. Elle, l'enfant, accoudée au bastingage l'aperçoit dans sa voiture noire, la Morris Léon Bollée. En mer elle découvrirait, à la souffrance qu'elle ressent en écoutant l'air de « *La Valse désespérée* » jouée au piano du salon, qu'elle l'aime. Le petit frère, lui, ne reverra jamais la France. Il se jettera par-dessus bord, en pleine mer, après un dernier regard appuyé à sa sœur assise dans la salle de restaurant qu'il traverse en compagnie d'une passagère rencontrée sur le paquebot. Elle n'en comprendra qu'après coup mais instantanément le sens quand l'annonce d'un homme à la mer est faite. Thanh, malgré l'argent qu'il a reçu de l'enfant, ne survivra pas, abandonné par deux fois, par les siens aux blancs puis par les blancs qui l'ont recueilli tout petit enfant, aux chinois. Eux, ne le reconnaissent plus comme l'un des leurs, il est devenu trop différent.

## Alcoolisme : la Cour des comptes critique les insuffisances de la politique nationale de prévention et de la prise en charge

La Cour des comptes critique, dans son rapport public 2003, les insuffisances de la politique nationale de prévention et de lutte contre l'alcoolisme et de la prise en charge\*.

Le constat portant sur les années 1990-2001, le ministère de la Santé souligne, dans sa réponse, que, depuis, il a adopté une stratégie d'action alcool 2002-2004, visant à « *intensifier la prévention et le traitement des problèmes de santé liés à la consommation d'alcool* ».

La Cour des comptes a enquêté sur les moyens de l'Etat, de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA). Elle constate l'insuffisance du poids et de l'influence de l'Etat, les lacunes de la prévention, l'absence de planification de l'organisation des soins et l'imprécision des données sur les financements et les activités. « *Les actions de prévention demeurent ponctuelles (...) et insuffisamment coordonnées au niveau local* » et certains « *domaines charnières* » comme le dépistage de la consommation à risques sont « *délaissés* ». « *Les capacités hospitalières et ambulatoires sont mal connues, les besoins non évalués et les efforts de planification inexistant* ».

La Cour des comptes souligne que les dispositions de la loi Evin du 10 janvier 1991 sur l'alcool « *ont été atténuées, voire vidées de leur sens par des amendements ultérieurs* » et que les recommandations de la commission d'évaluation de la loi en faveur de leur rétablissement « *n'ont pas été suivies d'effet* ». Elle précise que « *Cette situation tient, pour une part, aux hésitations et aux incertitudes entourant les choix stratégiques de base en matière de lutte contre l'alcoolisme* », et cite l'absence de suite donnée au plan triennal gouvernemental 1999-2001 contre les dépendances.

Au final « *L'Etat ne s'est pas donné les moyens de déployer une stratégie d'ensemble : la CNAMTS dispose d'une réelle autonomie et la coordination entre les différents acteurs est des plus limitée. Bien qu'en augmentation, les moyens financiers engagés restent modestes par rapport aux enjeux* ». « *Dans ces conditions, la Cour ne peut*

*que souhaiter une réhabilitation du rôle et de l'influence de l'Etat dans la définition de la politique de prévention et le traitement de l'alcoolisme conformément à ailleurs aux dispositions du code de la santé publique* ».

### Un tournant avec le plan alcool 2002-2004

Le ministère de la Santé fournit une longue réponse, montrant les avancées constituées par la stratégie d'action alcool 2002-2004 et fournissant des données plus récentes sur les moyens consacrés au dispositif : 17 millions d'euros en 1999 et 2000 pour le développement des équipes de liaison en alcoologie, 13,6 millions d'euros entre 2000 et 2002 pour la création d'équipes hospitalières de liaison en addictologie, dont un tiers pour l'alcoologie et 40% à l'alcoologie associée à la tabacologie et la toxicomanie ; 27 millions d'euros de mesures nouvelles entre 2000 et 2003 pour les CCAA ; 840.758 euros pour 8 associations nationales de lutte contre l'alcoolisme.

Le plan d'action alcool 2002-2004 comporte 5 objectifs (réduire la consommation d'alcool, la mortalité, la morbidité et les handicaps résultant des accidents de la circulation liés à l'alcool, prévenir l'usage nocif et l'installation de la dépendance, développer l'accessibilité des modes de prises en charge, améliorer le dispositif de suivi de la consommation), se traduisant par « *une centaine d'actions* ».

Le ministère rejette les critiques sur la non prise en compte de l'alcool à la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), estimant qu'elle a joué un rôle important dans la prise de décision. Sur le manque de données en alcoologie, le ministère de la Santé indique qu'un groupe de travail de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) est chargé de proposer des nouveaux indicateurs « *plus adaptés à l'évaluation des résultats des politiques publiques* ».

Concernant la loi Evin, le ministère souligne que le projet de loi relatif à la politique de santé publique propose de renforcer le dispositif, notamment par de nouveaux messages sanitaires sur les publicités et que le plan cancer prévoit « *des*

*avertissements sanitaires sur les emballages* ».

### La CNAMTS critique les conditions du transfert des CCAA

Le directeur de la CNAMTS profite de sa réponse à la Cour des comptes pour critiquer les conditions du transfert, en 1999, du financement des CCAA de l'Etat vers l'assurance maladie. L'Etat « *s'est désengagé financièrement de tous les aspects de la lutte contre l'alcoolisme au moment de l'accroissement des besoins, donc de l'augmentation des dépenses* ».

Ainsi, si les dépenses des CCAA s'élevaient au moment du transfert à 18,74 milliards d'euros, elles atteignaient 38,3 millions d'euros en 2002 et la CNAMTS les évalue à 43,5 millions d'euros pour 2003, soit une augmentation de 104,5%. La CNAMTS estime que ce mouvement à la hausse va se poursuivre en raison de l'accroissement de la demande et de la création de nouveaux centres, encouragés par les chantiers présidentiels de lutte contre l'insécurité routière et contre le cancer. Les besoins sont estimés à 600 centres, pour des dépenses estimées à 124 millions d'euros par la CNAMTS, alors qu'il existe 192 centres actuellement. La CNAMTS critique aussi le fait que l'intégralité des droits sur les alcools, qui aurait dû être affecté à l'assurance maladie, ait été affectée au Fonds de financement pour la réforme des cotisations patronales (FOREC).

De son côté, l'ANPAA souligne la bonne qualité du travail avec la Direction générale de la santé, notamment lors de l'élaboration du nouveau statut des CCAA en 1998 et 1999 et de la stratégie alcool 2002-2004.

L'association indique, par ailleurs, qu'un nouveau système de recueil des données d'activité des CCAA devrait être opérationnel début 2004, permettant de centraliser, tous les trois mois, des données quantitatives sur l'ensemble des consultants et les actes médico-sociaux. ■

F.C.

\* Cour des comptes, Rapport public 2003, « *La politique sanitaire de lutte contre l'alcoolisme* », p 415-452.

## LIVRES

### Autobiographie de Carl Rogers

#### Lectures plurielles

L'Harmattan, 21 €

Carl Rogers a questionné l'apprentissage autonome et l'évolution personnelle, en se demandant comment une personne extérieure pouvait accompagner ou faciliter ces processus. En 1967, il témoignait, à travers son *Autobiographie*, de son parcours et de ses engagements. Edité en France en 1971 chez l'Epi, l'ouvrage a rapidement été épuisé. En hommage à un auteur qui a marqué plusieurs de ses membres, le collectif « *Savoirs et rapport au savoir* » de l'Université Paris X Nanterre réédite ce texte, accompagné d'une série d'analyses qui poursuivent un double but : réactualiser la pensée de Rogers et approfondir la conceptualisation de la notion de rapport au savoir.

Les autobiographies offrent une occasion de comprendre, à travers ce qu'un auteur choisit d'afficher de lui-même, comment et pourquoi se construit son rapport au savoir, en situant ses théorisations dans une histoire propre qui les éclaire et leur donne sens.

Sont présentées dans ce livre, outre l'*Autobiographie*, six analyses croisées, appuyées sur des conceptualisations psychosociales et psychanalytiques, en lien avec le contexte socio-historique dans lequel vécut Rogers. Ces analyses montrent en quoi les choix de vie et les développements théoriques peuvent être considérés, aussi, comme des réponses aux conflits psychiques qui traversent tout individu en général et Carl Rogers en particulier, et comment l'individu s'empare de ce qui le prétermine (conditions extérieures, influence familiale, références culturelles, etc.) pour construire ces réponses.

Ont contribué à cet ouvrage : Jacky Beillerot, Claudine Blanchard-Laville, Philippe Carré, Françoise Hatchuel, Gérard Jean-Montcler, Nicole Mosconi.

### Objets de pensée

Arthur Prior

Vrin, 22€

Dans ce livre, Arthur Prior (1914-1969) a condensé un certain nombre de thèmes directeurs de sa philosophie de la logique et de sa philosophie de l'esprit en les regroupant autour de deux centres d'intérêt : « *Ce que nous pensons* » et « *Ce sur quoi nous pensons* ». Le terme d'objet de pensée peut, en effet, désigner soit le contenu des représentations que nous formons, soit l'objet - quand il y en a un - sur lequel porte notre pensée. Nous disons souvent que ce que nous pensons est un fait ou est une proposition vraie. Que voulons-nous dire dans ces cas-là ? Pour répondre à cette question, est-il indispensable d'admettre dans notre ontologie des entités telles que faits ou propositions ? En le contestant, Prior est conduit à réexaminer la syntaxe logique de nos énoncés, à étudier de près la nature des variables, et à introduire, pour analyser les énoncés qui décrivent non pas le monde, mais ce que nous pensons, un facteur d'un type inédit dont il explore les caractéristiques.

La seconde partie du livre est consacrée aux attitudes intentionnelles, dont la croyance est ici le principal représentant. Si la croyance ne peut être considérée comme une relation entre un individu et une proposition, Prior se demande à quelles conditions on peut admettre qu'elle établit une authentique relation entre deux individus. Sa réponse passe par des mises au point originales sur le discours rapporté ainsi que sur le nom propre, dont il discute diverses théories.

Marguerite Duras reprend, là encore, le thème de l'amour inconsidéré et puni. Elle nous dit : « *Je voulais écrire l'histoire d'amour entre le chinois et l'enfant. Mais je ne savais pas quel chemin prendre. Et j'ai pris le chemin du petit frère, d'un amour parallèle, du premier amour de l'enfant* ». « *Elle cherchait dans le parc de l'administration générale une femme qui aurait pu être Anne-Marie Stretter, elle cherchait son petit frère martyr. Et là-dessus j'ai entendu Blue Moon et l'histoire a commencé avec la musique* ». « *Cette fois-ci au cours du récit est apparu tout à coup, dans la lumière éblouissante, le visage de Thanh et celui du petit frère, l'enfant différent. Je suis restée dans l'histoire avec ces gens et seulement eux. Je suis redevenue un écrivain de romans* ».

### Elle revient à son premier roman par son dernier roman. Mais quels chemins a-t-elle parcouru depuis ce premier roman ?

L'histoire du petit frère et de son suicide est restée identique, immuable, figée, sans que rien n'ait pu en modifier le dénouement inéluctable. Enigmatique,

l'amour de sa sœur pour lui, n'empêche pas qu'il se détruise. C'est l'absence d'une loi qui fasse limite et qu'il puisse contester, qui le détruit. Rien ne fait barrage pour lui, pas de barrage pour lui contre la déferlante de quelque chose d'aussi fort que le Pacifique, ni l'amour de sa sœur, ni sa rencontre d'une autre femme que sa sœur, que sa mère. Il se jette dans le Pacifique et renoue avec la mer, la mère et sa bataille perdue d'avance contre le Pacifique. Mort psychologiquement, il meurt une deuxième fois à la vie en se noyant. Il est devenu lui aussi, l'homme désespéré du premier roman de Marguerite Duras, « *Une vie tranquille* ». Cette loi, la mère ne la transmet pas. Sa fille ne la maîtrise pas, mais elle la recherche. Cette loi le frère aîné s'en est affranchi : il lui a réglé son compte à sa façon avec l'opium, avec le frère cadet comme souffre douleur, avec sa sœur qu'il prostituerait volontiers en Chine aux chinois et à l'amant de la Chine du nord. Mais l'amant de la Chine du nord va restituer la valeur d'une loi au frère aîné. Par son autorité sur le milieu chinois et ses lois, par l'amour qu'il lui

voue à elle, l'enfant, la sœur, il va mettre un terme à la toute puissance du frère aîné. Du même coup, la sœur pourra, définitivement, se protéger de son frère aîné.

Le cheminement de l'enfant qui devient femme, retient plus particulièrement mon attention, car c'est à mon avis ce cheminement là qui fait écrire Marguerite Duras.

L'enfant découvre les effets sur sa mère de la disparition du père. La mère perd pied. Elle se voue à son fils aîné et délaisse ses deux autres enfants. Elle ne s'autorise plus aucun homme dans sa vie, plus aucun désir d'homme, plus aucun amour d'homme. Le seul homme qui compte dans sa vie, c'est ce fils aîné auquel elle va tout donner, amour maternel, argent qu'elle gagne péniblement. Son fils aîné s'affranchit de toute loi quand il ne respecte plus rien de la mère et de ce qui la fait être encore mère pour ses deux autres enfants, son frère cadet et sa sœur. Il peut prostituer sa sœur et il martyrise son petit frère. Le petit frère n'arrive pas à se protéger tout seul, la mère ne le protège de rien et elle le sait, la sœur s'y

## LIVRES

## Examen de la phrénologie

Pierre Flourens  
Préface de Serge Nicolas  
L'Harmattan 12,50 €

Le livre critique sur la phrénologie du physiologiste français Pierre Flourens (1794-1867) est un ouvrage classique. Publié pour la première fois en 1842, il eut de nombreuses rééditions successives au cours du XIX<sup>e</sup> siècle. Le but de Gall était de déterminer les fonctions du cerveau en général, et celles de ses diverses parties, en particulier en examinant les protubérances ou les dépressions qui se trouvent sur le crâne. Au cours des années 1840, divers savants ne cessèrent de polémiquer contre la phrénologie en refusant d'opérer des séparations dans le fonctionnement du cortex cérébral. Selon cette doctrine fonctionnaliste, l'encéphale était réputé fonctionner comme un tout. Le livre de Flourens est la première véritable critique de la phrénologie et constitue l'étude, certainement, la plus précise, encore aujourd'hui, de l'œuvre de F.J. Gall (1758-1828) et de J.G. Spurzheim (1776-1832).

## Métamorphoses de la dialectique dans les dialogues de Platon

Monique Dixsaut  
Vrin, 10€

Comprendre ce qui est, c'est pour Platon dialectiser. Ce trait essentiel de sa philosophie est inséparable de sa conception de la pensée comme dialogue intérieur de l'âme et de sa position de Formes intelligibles. La dialectique ne peut, donc, ni se réduire à un simple art de converser ni à une procédure logique, elle est la forme même du savoir.

Ce livre examine les textes où se trouve réfléchi la discussion socratique et où sont tracés les chemins qu'emprunte la puissance dialectique. On verra que la forme antérieure - la capacité de donner et de recevoir les loges, d'interroger et de répondre - peut toujours se lire dans les formes raffinées que revêt la science dialectique : de la maïeutique à la division, il n'y a ni rupture, ni évolution continue. Et si les descriptions données diffèrent chaque fois, cela ne tient pas à une évolution de la pensée de Platon ; la puissance dialectique se métamorphose en fonction du problème posé. Il s'agit, donc, de mettre en évidence des mutations sans rupture, les reprises d'une pensée qui cherche toujours dans la même direction, et cependant toujours autrement.

## L.S.D.

## Entretiens avec Albert Hofmann

Antonio Gnoli, Franco Volpi  
Traduit de l'italien par René de Ceccatty  
Manuels Payot 12,50 €

En 1943, le chimiste suisse Albert Hofmann travaillant sur certaines propriétés cardio-actives des champignons, découvre, par hasard, une substance aux vertus hallucinogènes : le LSD.

On sait quelle fut son importance dans les années « psychédéliques ». Ernst Jünger, qu'Albert Hofmann rencontra très tôt, Cary Grant, Aldous Huxley, Allen Ginsberg, William Burroughs, Timothy Leary participèrent à populariser cette substance, tout d'abord utilisée en psychothérapie, puis attachée à la *beat-generation*, devenant, alors, le symbole d'une contre-culture de désobéissance civile, avant d'être interdite en 1967. Cette rencontre avec un chercheur conscient des dangers de sa découverte, est l'occasion de réfléchir sur le rôle des drogues dans la création artistique et dans l'évolution des civilisations.

essaie mais y mêle ses propres préoccupations de femme en devenir.

L'enfant, la sœur, découvre le désir, le désir de sa mère pour son frère aîné, qui lui fait renoncer à tous les hommes, et la jouissance.

Sa mère, en effet, se dévoue à la jouissance de son fils aîné, jouissance perverse puisqu'il l'instrumente de la drogue, de la prostitution éventuelle de sa sœur, et de la violence physique et psychique à l'encontre de son frère cadet, et enfin de la permissivité de la mère.

L'enfant se rend compte, néanmoins, d'un interdit qui fait loi pour sa mère. Est-ce l'interdit du père que sa femme puisse appartenir à un autre homme, et que sa mère en tout cas fait aussi sien, ou est-ce l'interdit que se fait sa mère de tout autre homme qui ne soit pas le père de ses enfants ? Mais la mère y trouve une compensation, son dévouement à la jouissance de son fils qui fait loi dans la famille. La jouissance qu'elle y trouve, est liée à ce fils aîné qu'elle consent à satisfaire, quelque forme que puisse prendre ses exigences. Quel est ce pouvoir qu'il exerce sur sa mère, au point qu'elle consente à prostituer sa fille, et à faire mourir son fils cadet ? Quelle jouissance y trouvent-ils, chacun ?

Ce qui se révèle à l'enfant, c'est une autre forme de jouissance. Elle s'éveille en elle avec le désir de l'amant de la Chine du nord. Une compagne de pension est prête à la vivre au risque de perdre tout, son honneur et même sa vie, quand elle choisit de se prostituer avec n'importe quel homme. Cette jouissance féminine qui est de pouvoir se faire être l'objet de désir d'un homme, qui est de se laisser aller au désir d'un homme jusqu'à y perdre son âme, son identité, sa vie, elle en fait à son tour l'expérience. Elle l'a déjà perçue chez sa mère qui s'en défend et s'interdit tout amour, chez sa compagne de pension qui, à l'inverse, choisit d'en jouir, chez son frère qui la sait plaire aux hommes et qui se verrait bien exploiter cette prédisposition de sa sœur.

## Comment Marguerite Duras déploie-t-elle cette question du désir de la femme dans ses autres romans ?

Pour ma part je retiens trois romans clefs écrits après « Une vie tranquille » et avant « L'amant de la Chine du nord ». « Hiroshima mon amour », parle toujours de l'amour interdit. Une jeune femme s'éprend d'un soldat allemand, jeune comme elle, seul aussi comme elle, d'abord rencontré dans la pharmacie de son père, puis qui a continué à venir sous sa fenêtre l'écouter jouer du piano. Cela se passe vers la fin de la deuxième guerre mondiale. Le père a perdu sa femme, il ne s'en remet pas. Il s'en remet à sa fille et à sa maturité pour cheminer et grandir seule, dans cette période trouble de la fin de la guerre et de l'adolescence. Le soldat et elle s'aiment. Ils se cachent de moins en moins et ils deviennent imprudents. Ils sont vus et dénoncés. Le jeune soldat allemand est tué. La jeune femme qui le pleure au vu et au sus de tous, sera tondu, puis enfermée folle de douleur, dans une cave par sa famille, pour être oubliée des habitants de la ville et pour oublier sa douleur. Quand elle se sera remise, elle partira à Paris et apprendra par la radio qu'une bombe atomique a été lâchée sur Hiroshima. Beaucoup plus tard, elle tombera amoureuse au Japon dans le contexte d'un tournage de film à Hiroshima et sur Hiroshima, d'un japonais européenisé. Elle ne pourra raconter qu'à lui seul ce qu'elle n'a pu dire à personne, y compris à son mari. Elle raconte son amour pour lui, pur, pur de ne s'être construit qu'autour des signifiants « Hiroshima », « guerre », « ennemi », « amour » et « mort ». Elle raconte cet amour qui résonne avec le tout premier, celui-là qui était interdit, cet

amour de jeunesse où elle a désiré la mort qui lui a été refusée quand son amant le soldat allemand est mort tombé sous les balles d'un patriote. Cette attirance indicible pour ce japonais, c'est parce qu'il a comme elle et avec l'horreur de vivre, survécu à la mort qui lui était promise, alors qu'il la souhaitait avec tout ceux qu'il aimait. Est repris dans « L'amant de la Chine du nord » cette dimension de l'amour et du désir inscrit dans la limite du temps et de l'interdit, pris qu'ils sont dans une jouissance qui n'est pas folle mais presque.

« Dix heure et demie du soir en été », raconte ce que fait une femme pour un homme aux abois que la police recherche, et qui vient de tuer sa compagne qui voulait le quitter. Arrivée dans la ville au moment où la traque du meurtrier blessé a commencé, elle l'aperçoit qui se cache. Identifiée à lui et à sa détresse, elle choisit de le soustraire à la police avec la complicité, qu'elle force, de son mari et de son amie. Ils l'emmènent loin de la ville dans leur voiture et le laissent dans la campagne catalane là où il voulait mourir. Par cet acte, elle a voulu marquer dans le temps le moment où elle savait que son mari et cette amie voulaient s'unir. Elle a voulu aussi marquer l'union de ce couple en devenir, d'un fait signifiant qu'ils ne puissent jamais oublier et dissocier d'elle. La femme désaimée et délaissée qu'elle se sent être, décide ainsi de donner à son mari une autre femme. Du désir qu'elle connaît de l'homme, et ici de son mari, elle travaille à lui accorder ce qu'il pense désirer alors que c'est elle qui l'a décidé pour lui, comme elle a décidé de quelle amie il s'agirait pour son mari. Elle a, en effet, invité cette amie, sa meilleure amie, à venir avec eux en Espagne.

Marguerite Duras aborde là quelque chose qui touche à ce que veut une femme amoureuse, à ce dont une femme peut vouloir se déposséder par amour pour un homme. Elle tente de saisir ce dont il s'agit pour la femme quand un homme la désire. C'est comme une procuration donnée à une autre femme pour celui qu'elle aime, et vice versa. Elle calcule que le lien qui l'attache aux deux, permettra qu'ils lui en racontent quelque chose.

La jouissance féminine se trouve là abordée, mais encore marquée du contrôle et de la maîtrise, de soi et de l'autre.

« Le ravissement de Lol V. Stein » marque un tournant dans cette interrogation sur le désir de la femme et sa jouissance. Lol V. Stein se voit ravir son futur mari à un bal à T. Beach, par une certaine Anne-Marie Stretter qui fascine unanimement les hommes. Tatiana Karl, son amie était présente. Lol, après une période de repli se marie avec un homme musicien. Ils quittent S.Tahla pour revenir dix ans plus tard y vivre avec leurs trois enfants. Lol croise, au hasard d'une de ses promenades solitaires et sans but précis, dans la ville de S. Tahla, Tatiana, son ancienne amie. Lol va alors employer ses journées à retrouver Tatiana Karl entraperçue avec un homme qui a retenu son attention par son allure et ses manières qui lui rappellent celles de son premier amour, celui qu'Anne-Marie Stretter lui a ravi. Elle va donc s'intéresser à Tatiana Karl, la suivre, retrouver la maison où elle habite, renouer avec elle, et reconnaître dans les amis qu'elle et son mari invitent, l'amant de son amie. Elle va donc les suivre et restera à les regarder à leur insu passer devant la fenêtre de la chambre qu'ils occupent à l'Hôtel des Bois. Ce qui la ravit, la fascine, c'est de jouir par procuration de ce que donne à voir ce couple. Comprendre et saisir ce qui fait nécessité pour cette femme et cet homme d'avoir cette relation adultère, aiguise tous ses sens. Lol cherchera à faire connaissance avec l'amant de Tatiana, et lui demandera de lui parler de lui et de Tatiana, d'exposer

encore plus à son regard son amie qui jouit. Lol renoue inéluctablement avec la fascination qu'a exercée sur elle Anne-Marie Stretter. Point de jalousie, point de dépit chez Lol, mais un intérêt pour la jouissance de cette femme qui ravit les hommes. Cette jouissance féminine, elle voudrait la saisir pour la comprendre, la fixer pour la cerner et la décrire avec des mots, sans pour autant vouloir la vivre avec l'amant de son amie qui devient le sien. Il la désire et il l'aime, elle le laisse faire.

Ce n'est pas ce qu'elle cherche, voler l'amant de l'autre femme, c'est mettre des mots sur la jouissance de la femme, avec le recul qu'elle en a, de par la position qu'elle a choisi d'y occuper, celle de regarder. La jouissance qui voudrait se dire, parce qu'on croit en saisir quelque chose, échappe à l'être et échappe à un savoir qui se dirait à son propos. Si savoir s'il y a sur cette jouissance qui se donne si bien à voir, c'est celui que l'on acquiert pour l'avoir ressentie, pour l'avoir éprouvée, pour l'avoir provoquée. Lol se retrouve comme vidée de sa substance pour avoir voulu se perdre dans la jouissance d'une autre femme, celle de Tatiana, celle d'Anne-Marie Stretter. A son tour Lol ravie et ravit un homme à sa rivale et amie Tatiana, mais est-ce bien cela qu'elle voulait. Je pense que non. Si Lol fait à son tour l'expérience d'être elle aussi celle qui ravit un homme, un homme à femmes, ce n'était pas son objectif. C'est par surprise que cela lui est arrivé et qu'elle s'y est prêtée. D'aucuns disent que Lol V. Stein est devenue folle. Je dirai que l'histoire que raconte Marguerite Duras laisse la question en suspens, et que sa question à elle n'est pas celle là. Les questions de Lol tournent autour de : « Qu'est-ce que l'autre femme a-t-elle de plus que moi pour cet homme ? », « Puis-je le savoir en essayant de me faire comme elle entre les mains de son amant ? » « Puis-je être elle et comprendre de quoi il est question pour elle ? » jusqu'à consentir à l'ultime, ici à la déréalisation,

« Que veut un homme ? », « jusqu'ouï je peux aller pour soutenir son désir et son fantasme pour qu'il continue à me désirer et à m'aimer toujours ? » « Quelle est la place de mon désir et de mon amour dans tout ça ? ».

Lol raconte, ou fait raconter, ce que Marguerite Duras a commencé à raconter dans son premier roman, puis l'enfant dans « L'amant de la Chine du nord ».

## Qu'en conclure ?

Marguerite Duras, roman après roman, questionne depuis le premier « Une vie tranquille » jusqu'au dernier « L'amant de la Chine du nord », l'amour et le désir chez la femme : comment ils sont nés pour elle, ce qui a gêné leur épanouissement, les jouissances qui l'ont submergée et pourquoi. Cette articulation, toujours aussi serrée de l'amour et du désir, avec la jouissance qui se donne à voir, questionne et nourrit tous ses écrits. Cette connaissance profonde et familière d'une limite qui pourrait s'effondrer, cette jouissance si particulière et si difficile à dire, elle va essayer de la traduire dans un style presque non écrit pour la suggérer. « Le ravissement de Lol V. Stein » pour la femme, « Le vice consul » pour l'homme, tentent d'en dire quelque chose, d'en dire l'indicible via l'écriture. Ce qu'elle ne sait pas encore dans « Une vie tranquille » et qu'elle comprend par contre avec « L'amant de la Chine du nord », c'est que l'amour et le désir de cet homme pour elle, ont ordonné sa vie de femme. Ils lui ont fait découvrir sa jouissance de femme. Ils lui ont fait connaître qu'une limite est là pour elle qui fait barrage à la folie et à la jouissance qui lui est liée...le meilleur barrage contre le Pacifique...qui soit. ■

Joëlle Skriabine\*

\*CH Paul Guiraud, Villejuif

## Bibliographie

Duras, Romans, cinéma, théâtre, un parcours 1943-1993, Paris, Gallimard, 1997.

## LA SANTÉ MENTALE EN FRANCE : IMAGES ET RÉALITÉS

## Deuxièmes rencontres internationales du Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS)

du 25 au 27 octobre 2004 à Lille

## Une perspective, trois objectifs

Actualiser les savoirs sur la représentation de la santé mentale en France  
Le Centre collaborateur OMS propose de faire le point sur la santé mentale des français, grâce à la présentation, en avant-première, des résultats d'une enquête épidémiologique et anthropologique, réalisée auprès de 45.000 personnes. C'est le cœur de l'événement. Il s'articule autour d'une trentaine de communications sur des sujets abordés par l'enquête. Chaque intervention est confiée aux partenaires, à ceux qui, dans leur « champ » ont participé à l'étude. Les journées seront animées de six tables rondes sur des questions de société, parfois polémiques.

## Animer et stimuler

Dans les espaces qui complètent la salle du congrès (+ 2000 m<sup>2</sup>) seront accueillis et présentés des manifestations, des partenaires, des productions artistiques, des spectacles et autres formes d'animations qui se situent dans une perspective commune : combattre la stigmatisation et la discrimination des personnes souffrant de troubles mentaux. Ces manifestations se prolongeront au-delà du Grand Palais : Armentières, Lille Hellemmes, Roubaix, Tourcoing, etc.

## Communiquer avec les médias

L'événement, par l'importance et la nouveauté des informations mises à la disposition des participants, présente une opportunité exceptionnelle de mobilisation des médias. Il s'agit d'exploiter cette opportunité en mettant en place un dispositif de diffusion des informations auprès des médias et permettre ainsi des contacts entre les communicants et les professionnels de la santé mentale. L'enjeu est d'optimiser les approches médiatiques face à la santé mentale. ■

B.L.

Renseignements : Gladys Mondière, Coordinatrice Nationale « Images et Réalités », CCOMS / EPSM Lille Métropole, CMP Georges Van Belleghem, 286 rue Kléber, 59155 Faches-Thumesnil. Tél. : 03 20 62 07 28 ou 29. E-mail : ccoms@epsm-lille-metropole.fr

## Expérience spirituelle et sentiment religieux

Nous sommes persuadés de vivre dans un monde de causalité, enchaîné dans des cycles sans fin de cause à effet. La naissance physique serait le début du monde, et la mort physique en serait sa fin.

Or, tous les sages, saints et mystiques parlent d'un niveau différent de réalité. Si l'on examine, avec attention, notre propre expérience, nous verrons que nous avons tous connus des instants de joie parfaite, ce sentiment d'être comblé, heureux, sans besoin, sans demande. Dans ces instants, nul besoin de penser au futur, nul besoin de se remémorer le passé.

Le temps, à cet instant, a perdu sa réalité. Un sentiment d'intemporalité règne, dans lequel « moi », « mon » âge et « mon » histoire, sont devenus sans intérêt.

En examinant nos actes et comportements, nous allons voir qu'ils s'imposent à nous, plus que nous nous imposons à eux. Les actes se font, les comportements s'enchaînent, mais nous ne savons pas vraiment ce qui les régit.

Nous pouvons, bien sûr, dire que c'est le besoin et la nécessité, mais ces besoins et nécessités ne sont pas les mêmes à chaque instant et à chaque période de la vie.

En portant le regard sur la nature et le monde, derrière l'apparent chaos, transparait une intelligence. La vie semble intelligente. Elle fait pousser les plantes et les arbres à la place qui leur est adaptée. Elle unit et désunit les êtres au moment approprié.

La conscience de cette intelligence qui gouverne le monde et les êtres est à la base du fonctionnement de celui ou celle qu'on appelle le croyant : celui qui croit, qui pressent que la naissance et la mort ne sont pas l'unique réalité. La spiritualité s'enracine ainsi dans l'expérience de l'intemporalité et de l'intelligence de l'univers.

Coupez une orange en deux. Voyez l'organisation parfaite que dessinent les trames du fruit. L'harmonie et la symétrie sautent aux yeux. Voyez l'union d'un ovule et spermatozoïde. Regardez la manière dont le fœtus prend forme, s'anime, puis devient l'enfant qui jaillit à la vie.

Les religions ont bien tenté de mettre en forme l'expérience spirituelle, mais vouloir mettre en forme le sans-forme est une gageure risquée. Nous avons ainsi vu le pouvoir personnel tenter de s'approprier l'intelligence impersonnelle, et mener aux violences et incompréhensions qui sont encore légions dans l'humanité d'aujourd'hui.

## La maturation humaine et ses crises

Des crises multiples jalonnent le parcours humain. Elles sont régies par l'attachement et le détachement : attachement de l'enfant à son environnement proche, attachement de l'adolescent à son contexte social, attachement de l'adulte à son confort et aux personnes aimées, attachement du vieillard au passé qu'il regrette. Chaque attachement verra, tôt ou tard, s'imposer une nécessité de détachement, qui se fait de manière plus ou moins brutale et douloureuse, selon les êtres et les périodes.

C'est comme si toute saisie imposait, tôt ou tard, un lâcher. Souvenons-nous de l'histoire du singe qui attrape la banane en passant sa main à travers la grille, mais ne peut ramener sa main à lui qu'en lâchant la banane, perdant ainsi l'objet convoité.

Finalement, nous ne sommes guère différents de ce macaque. Dès que quelque chose nous plaît, nous tentons de l'attraper, de le faire nôtre, mais vient un moment où un lâcher va s'imposer, nécessaire pour trouver un nouveau niveau de liberté.

Les crises peuvent ainsi être vues

# Une psychiatrie spirituelle : défi ou hérésie ?\*

« Le XXI<sup>ème</sup> siècle sera spirituel ou ne sera pas »

André Malraux

comme des lâchers-prises douloureux, pendant lequel l'objet aimé doit être abandonné. Mais il n'y pas toujours une claire vision de ce vers quoi tend ce lâcher-prise. Ce lâcher-prise est alors vécu comme une punition, une souffrance, et une lutte s'installe pour tenter de conserver les acquis. Ce n'est que lorsque la lutte s'épuise et vient mourir dans une douloureuse résignation, qu'une paix peut commencer à s'installer, et qui ne sera à nouveau perturbée que par l'émergence du désir de saisie d'un nouvel objet.

Les objets d'attachement ne sont pas toujours des situations socio-professionnelles ou des êtres chers. Ils peuvent être plus subtils, et prendre la forme d'une certaine image que j'ai de moi-même, image difficile à abandonner, car son abandon signifierait de quitter une identité que l'on chérit.

## Par-delà les apparences

Cette question vient à l'esprit, lorsque nous constatons que les expériences successives vécues ressemblent étrangement à celles d'une mouche qui s'agitte dans un verre, se cognant sans cesse contre d'invisibles parois. Une fatigue, une lassitude, un épuisement, sont souvent l'occasion d'un retour vers soi. Finalement, derrière tout ce cirque, qu'est-ce que je cherche ? Qu'est-ce que je désire vraiment ? Ce n'est pas une question à laquelle il peut être répondu à la hâte. Cette question nécessite une approche patiente, une interrogation sensible sur les motifs qui gèrent mes actes. Mon altruisme est-il vraiment une qualité digne de considération, ou bien un besoin caché de se sentir aimé ? Les cadeaux que j'offre sont-ils vraiment des cadeaux, ou bien des demandes qui se transformeront en colère ou en dépit si elles ne sont pas satisfaites ? Observer ce qui sous-tend les actes et les comportements est un prémisses d'éveil de l'intelligence.

## Les niveaux de réalité

Nous voyons ainsi qu'il existe plusieurs niveaux de réalité.

A un premier niveau, le monde que nous percevons nous apparaît parfaitement réel. Il semble consistant, dense et indéniable dans la réalité qu'il contient.

Cependant, si nous fermons les yeux et passons un moment à goûter le silence de l'esprit et la paix du cœur, ou, à défaut, à observer l'agitation et l'émotion, nous constatons que, pendant ce moment d'intériorisation, le monde qui nous entoure ne nous concerne plus : les proches, les lointains, les lieux et le reste sont comme mis entre parenthèses. Lorsque les yeux s'ouvrent à nouveau, avant que nous reprenions nos vieilles habitudes, nous pouvons profiter d'un moment pendant lequel le monde est vu à partir d'un point de vision différent. Les formes, les couleurs et les sons paraissent émerger dans un espace plus vaste, plus lumineux. Ils sont encore imprégnés par la paix ressentie l'instant d'avant.

Nous voyons ainsi que la manière dont nous percevons le monde est fonction de notre état intérieur. Lorsque nous sommes agités et contractés, nous ne voyons pas le même spectacle que lorsque nous sommes détendus et relâ-

chés. Les rêves nocturnes sont aussi riches d'enseignement. A l'instant du rêve, le monde perçu apparaît tout ce qu'il y a de plus réel et consistant. Le lion qui rentre dans la chambre est un lion, l'incendie qui envahit la maison est bien réel et donne chaud, les êtres aimés ou détestés rencontrés sont tout aussi attirants ou repoussants que ceux croisés dans la vie diurne.

Et pourtant, à l'instant de la sortie du rêve, tout s'efface. Les personnages disparaissent, l'incendie n'est plus là, et le lion invisible !

Nous pouvons noter la même expérience lorsque nous pensons, avec beaucoup d'émotion, à un passé douloureux ou joyeux, que nous vivons comme une réalité, alors qu'il n'est pas présent. Et, de la même manière, lorsque nous pensons, avec appréhension ou délectation, à un futur proche ou lointain, qui n'a pas, non plus, de réalité en cet instant, en dehors de la pensée qui le crée.

## Les illusions de l'esprit

La pensée est ainsi source d'illusion. Elle tend à nous faire prendre le rêve pour la réalité. Ce n'est pas tant la pensée par elle-même qui est en cause, que la tendance à confondre le conte-

nu de la pensée avec la réalité qu'elle désigne, comme le reflet de la lune dans l'eau qui serait confondu avec la lune.

Lorsque nous portons attention au processus mental, nous allons constater qu'un personnage nommé moi est toujours au centre des préoccupations. Ce personnage est-il aussi réel qu'il le semble, ou bien est-il encore un fantôme créé par l'esprit ? La racine du délire : prendre le faux pour le vrai

De ce point de vue, sommes-nous si différents du « délirant », qui est persuadé être au centre d'un complot, qui entend des voix multiples qui le harcèlent, ou qui se sent habité par les pouvoirs d'un dieu ?

Pouvons-nous vraiment nous dissocier de ce « fou », tout en continuant à prendre pour réel la pensée d'un passé qui n'existe plus et la pensée d'un futur qui n'existe pas encore ?

Si l'on écoute, sans a priori, le discours du « délirant », nous allons y voir une suite qui a sa logique, sa cohérence. Et derrière cet enchaînement de croyances et d'opinions, nous pouvons sentir la détresse d'une solitude douloureuse, la peur de l'abandon et la terreur de n'être rien.

## Déception, désillusion et dépression

Dès qu'un objet désiré s'éloigne, naît un sentiment de résignation douloureuse, de dépression. La dépression est ainsi indissociable de l'idée de la perte. Seul celui qui est rien n'a plus rien à perdre. Mais tant que nous sommes englués

## GLISSEMENT SÉMANTIQUE, REMANIEMENT DE LA CLINIQUE

### « LES MOTS DE LA PSYCHIATRIE »

XXXIII<sup>èmes</sup> Journées Nationales de la psychiatrie privée  
les 1<sup>er</sup> et 2 octobre 2004, Paris Bercy

Notre acte, s'il utilise la référence neuroscientifique pour l'efficacité de son opératoire, trouve toujours son sens en questionnant la relation intersubjective, l'éprouvé humain, et l'horizon inconscient. Notre utile volonté de faire science suppose, certes, de simplifier pour modéliser. Faut-il, pour autant, souscrire à un espéranto réductionniste en acceptant l'hégémonie de discours aliénant la pertinence de tous les autres ?

Si l'évolution sociale modifie la demande thérapeutique, l'histoire de la psychiatrie rejoint, en fait, celle de ses concepts. L'actualité caricature les affrontements théoriques au risque de disqualifier notre discipline et, avec elle, son histoire. Les psychiatres craignent, aujourd'hui, une déqualification de leur pratique, voire une perte de sens de leurs outils nosologiques. La clinique à la mode comme une demande sociale consumériste ainsi que la recherche du moindre coût, orientent vers une réponse ciblée et à court terme : « just do it » dit la pub !

Dans un mouvement de sérialisation simplifiante, nos modèles différents, contradictoires, perdent leurs connexions pour flotter dans un vide où les métaphores s'égarent, au profit d'un multi outillage utilitaire. Même l'éthique et la déontologie menacent de se satelliser loin de la pratique quotidienne et du Sujet au profit d'une réponse comblante face au zapping des demandes. Si on parle de « dépression », selon l'usage commun, est-ce un syndrome, une maladie ? Cette étiquette aplatie dit-elle la vérité d'une souffrance personnelle et sociale ? Le tragique de l'angoisse se réduirait-il alors au banal du « stress » ?

Ne devons-nous pas entendre et penser pour soulager ? Pourrions-nous confondre l'automatique d'une prescription voire une simple « psychologie du bonheur » avec l'accompagnement médicopsychothérapeutique, individuel, familial et social d'un patient... au long du temps ?

Si notre vocabulaire, vulgarisé par la médiatisation et les dérapages conceptuels, oublie tout repère épistémologique, nous ne partagerions plus avec nos patients qu'une « novlangue » simplifiée propice aux malentendus. Comme la dé-métaphorisation galopante du monde, devenu, soi-disant, transparent, contingenterait la vie psychique au réel du corps et à un code chiffré, hors liens donc hors sens.

Dans 1984 le pouvoir totalitaire commande : « L'ignorance c'est ta force » ! Par sa mise en garde Orwell rejoint-il Freud pour qui « céder sur les mots, c'est céder sur les choses » ?

Alors, les mots de la psychiatrie... ?

Les thèmes des ateliers sont les suivants :

- 1/ « Angoisse » ou « Stress »
- 2/ « Gérer », « transparence », « usager »
- 3/ Psychothérapies ? Mot fourre tout et passions identitaires !
- 4/ « Evaluer »
- 5/ « Zapper »

Les propositions de communication sont à envoyer au siège de l'AFPEP : 141, rue de Charren-ton, 75012 Paris, avec le titre de l'intervention, l'atelier concerné, un résumé de 10 lignes maximum

## LIVRES

### Le besoin de croire Métapsychologie du fait religieux

Sophie de Mijolla-Mellor  
Dunod 27 €

Ce livre réinterroge les arguments que Freud a développés dans son combat militant pour opposer, face à face la vision religieuse du monde et la vision « scientifique » et laïque à laquelle se rattacherait la psychanalyse. Mais le fonds pulsionnel qui constitue la source et la genèse de la croyance ne se prolonge pas, nécessairement, dans la foi en une divinité, quelle qu'elle soit. Il peut aussi infiltrer le fait religieux lui-même, dès lors dénaturé en politique, voir en fanatisme, ou bien susciter la construction de prothèses de certitude pouvant aller jusqu'à la conviction délirante. Enfin, s'entremêlant avec le savoir, il tresse des liens passionnels autour de l'enthousiasme de la découverte, comme le montrent les échanges entre Freud et les premiers psychanalystes. A partir de l'analyse de ces ivresses, sacrées aussi bien que profanes, se dévoile une notion centrale, celle d'un « besoin de croire ». La prise en considération de ce besoin apparaît nécessaire pour éviter que le mouvement vers la spiritualité ne dégénère pas dans les divers fondamentalismes qui menacent la liberté de pensée.

### 20 Initiatives pour aider l'entourage des personnes malades ou dépendantes

Novartis  
Service Santé & Proximité

Ce livre rend hommage à une vingtaine d'associations présentes dans le domaine de la santé. Toutes ont en commun d'avoir élaboré des projets dédiés à l'entourage des personnes malades. Ceci leur a valu d'être sélectionnées dans le cadre du Prix de Proximité qui récompense des initiatives remarquables développées par des associations loi 1901 en faveur des parents, conjoints, enfants, amis, voisins qui soutiennent, au quotidien, un proche malade.

Créé en fin 2001 et soutenu par Novartis, le concept de proximité désigne une aire de recherche appliquée, à la croisée de la médecine, de la sociologie, de la psychologie et de l'économie, centrée sur la relation d'exception entre la personne malade et ses proches. Il fait de l'entourage un sujet d'étude spécifique, à travers la relation de soins à laquelle il participe et le retentissement de la pathologie sur sa propre vie. Cette approche est susceptible de révéler des considérations plus humaines, une pratique des soins plus globale et, sans doute, moins mécaniste. Car aussi perfectionné soit-il, notre système de soins ne saurait fonctionner sans l'appréhension de l'environnement relationnel de la personne en souffrance.

De manière plus concrète, une telle démarche est susceptible de fournir des pistes utiles pour les acteurs de la société civile qui souhaitent répondre, de manière adéquate, aux attentes de l'entourage. A l'initiative d'experts médicaux et avec le concours de plusieurs associations d'envergure nationale, un travail de fond a été entrepris pour mieux comprendre le retentissement de certaines pathologies sur les proches qui soutiennent la personne malade au quotidien. Dans des domaines aussi variés que le cancer du sein, l'épilepsie, l'insuffisance rénale, les maladies d'Alzheimer ou de Parkinson, le rôle joué par les proches, leurs attentes et besoins, sont mis en évidence.

## LIVRES

**La maladie du christianisme  
L'apport de Jung à la foi**John Paul Dourley  
Albin Michel

Alors que les « nouvelles religiosités » se développent dans les pays occidentaux, le christianisme, religion traditionnelle et structure de base de notre culture, connaît une certaine désaffection. Après des études de théologie et de philosophie à Ottawa puis à New-York, John P. Dourley, prêtre catholique, est devenu, en 1980, psychanalyste jungien. Il essaie de comprendre les raisons de cette crise. Pour lui, le christianisme, au fil des siècles, a favorisé son magistère au détriment des réalités symboliques, signes tangibles de la présence divine. La vie de l'âme s'est, peu à peu, trouvée asséchée, remplacée par des formules et des pratiques rituelles qui tendaient aux stéréotypes. Si l'on veut « sauver » le christianisme de sa maladie de langueur, Jean-Paul Dourley invite à le revivifier en reconnectant l'homme moderne aux exigences de son inconscient et de ce qu'il est convenu d'appeler sa « fonction religieuse ». Il s'agit de rendre son espace à sa psyché en la remettant en contact avec ses sources, il s'agit aussi de privilégier une expérience intérieure que les nouvelles religiosités ont redécouverte, fût-ce de manière anarchique.

**La santé en réseaux**Dossier coordonné par François Chobeaux  
V.S.T. n°81

Réseaux de soins, réseaux de santé, réseaux d'usagers : la mode sanitaire et sociale est aujourd'hui en réseaux. Comment naissent, vivent et meurent les réseaux ? Un réseau, c'est quelle surface ? Quelle étendue ? Un réseau doit-il être « animé » ? Le réseau est-il économie de moyens, résistance aux logiques trop instituées, nouvelle démocratie ? Faut-il rejeter les réseaux institués et imposés, aduler les spontanés. VST fait le point, donne la parole aux professionnels de santé concernés. La santé publique du XXI<sup>e</sup> siècle sera-t-elle communautaire, plus efficace, plus démocratique ?

**Missions et management  
des équipes en  
établissements pour  
personnes âgées  
De la relation humaine aux  
motivations**Sylvain Connangle, Richard Vercauteren  
Ères 23 €

Les auteurs proposent des outils d'analyse et d'action pour promouvoir le travail des équipes professionnelles ancrés dans une nouvelle culture gériatologique. Devant les problématiques de l'accueil de populations diversifiées, face aux récentes réglementations, il est évident que le « bon cœur » ne suffit plus et qu'il faut lui substituer une véritable éthique professionnelle. Il est nécessaire d'intégrer une logique de compétence, qui passe par le développement de la formation professionnelle du personnel mais aussi par son management. Celui-ci consiste à mettre en œuvre une forme de travail basée sur la reconnaissance du savoir-faire, augmentée d'un savoir-agir rendant chacun des acteurs, à tous les échelons de la hiérarchie, un peu plus responsable, dans le but d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées.

dans nos points de vue, opinions et habitudes, nous allons forcément souffrir du changement et de la contradiction.

De ce point de vue, la dépression est une initiation. Elle est l'occasion de prendre conscience de la vanité de nos projections et de l'habitude de chercher au dehors ce que l'on ne peut trouver qu'au dedans. Elle est donc une méditation forcée, imposant un changement de rythme pour s'approcher de ce que nous cherchons.

**La peur et le moi**

La peur est, en effet, en rapport avec un moi qui a peur : un moi qui cherche la sécurité et ne la trouve jamais, un moi qui désire le contrôle et ne l'atteint jamais, un moi qui désire ce qui est loin sans même connaître ce qui est près.

Prenons l'exemple d'une claustrophobie, cette peur d'être dans un lieu fermé, quel qu'en soit sa nature ; la peur d'être enfermé, cette sensation de restriction, d'étouffement ; ce sentiment de ne pas pouvoir bouger, ni avancer, ni reculer. Cela ne nous rappelle-t-il pas le désespoir de la mouche dans son verre ? Et si, au lieu de nous agiter, nous prenions le temps de nous poser. Voyant qu'il n'y a pas d'issue possible, est-il possible de s'asseoir, physiquement ou en nous-mêmes, et de respirer ? Nous allons voir alors que notre corps est tout contracté, tendu, agité, que notre souffle est court et haché. Si l'on prend un moment pour respirer, pour détendre ce corps apeuré, la sensation d'étouffement nous quitte. Le moi est comme une contraction. Plus il s'agit, plus il se rétrécit ; plus il s'apaise, plus il se dilate. Lorsque le silence intérieur a été touché, ou plutôt qu'il nous a touchés, la peur peut nous quitter. C'est la méconnaissance du silence qui maintient la peur et la souffrance.

**L'obsession et l'écueil de  
la discipline**

L'obsédé, lui-même, n'échappe pas à la quête de perfection qui est en nous, la recherche du juste son, de l'acte qui clarifie sans imposer, qui exprime sans violence, et qui transforme sans attente. L'obsession de la propreté n'est que le reflet d'une conscience de l'impureté, culpabilité projetée et orgueil déformé. L'obsession de la maladie, la conséquence de l'illusion du temps. L'obsession de la perte, le reflet du mirage de l'incomplétude, nous faisant croire que nous ne sommes pas déjà accomplis, et que ce que nous cherchons doit être acquis et saisi pour devenir nôtre.

L'obsession est, en fait, une forme particulière que prend la peur, lorsqu'elle passe à travers une personnalité qui fixe et retient. Elle est une déviance de l'esprit discipliné, qui s'accroche à une sécurité avec le désespoir du naufragé agrippé à son radeau. La sécurité recherchée peut être physique, émotionnelle ou mentale, mais conduit dans tous les cas à un comportement rigidifié, ritualisé et mécanisé. Le rite devient conditionnement. Il est coupé de la sensibilité et de la conscience qui, dans un autre contexte, lui donnerait sa valeur. En arrière-plan de cette peur sclérosée, existe une impossibilité à accepter, à lâcher et à abandonner le contrôle. Cette quête sans fin de sécurité est une impasse, car aucune sécurité ne peut être trouvée sur le plan de la manifestation. C'est paradoxalement dans l'abandon de la recherche de sécurité que se trouve une sécurité liée à l'aptitude à faire face à l'inconnu et à toute chose que la vie propose. Cette sécurité n'est pas de nature matérielle. Elle s'enracine dans la non-attente et dans le vécu propre à l'immuabilité de l'être.

Cette quête de perfection n'épargne pas la pratique spirituelle qui peut éga-

lement devenir obsédante, s'accompagnant d'une dépendance au rituel et d'une peur intense de l'abandonner. Dans ce cas, l'obsession n'est pas dirigée vers un objet matériel, mais vers une finalité spirituelle ressentie comme un but ultime à atteindre.

Dans tous les cas, l'obsession est nourrie par la croyance que ce que je cherche est en dehors de moi-même, idéal vers lequel toutes les forces de la personnalité sont orientées. Lorsque la conscience s'éveille que je suis ce que je cherche, les efforts tendus vers le lointain se retournent vers l'instant lui-même, qui apparaît contenir la totalité des objets désirés. La paix peut alors s'installer, nul objet ne pouvant nous apporter ce qui est déjà là.

**Soigner l'autre ou se  
soigner soi-même ?**

Alors, dans tout cela, où en est la psychiatrie ?

La psychiatrie est sensée étudier les maladies mentales. Mais peut-on étudier les maladies mentales, sans d'abord étudier notre propre mental ? Peut-on soigner la dépression de l'autre sans avoir fait face à notre propre chagrin, à la tristesse de ne pas pouvoir garder ce qui ne peut l'être ?

A leur manière, les psychanalystes avaient compris qu'il est inutile de vouloir soigner l'autre sans avoir commencé par nous-mêmes. Ils ont donc pris le temps d'explorer ce moi-même, mais pas forcément en allant jusqu'au bout de ce personnage, et de ce qui reste lorsque la pensée « moi » disparaît de l'esprit.

La psychothérapie vient, ainsi, débrouiller les tendances du moi, héritées du passé, et aider à mieux vivre le présent, après avoir fait la paix avec son passé.

Elle est un chemin vers l'acceptation.

**Et le médicament ?**

Le médicament est, pourrait-on dire, un cache misère. Il vient masquer la sensation de peur et de souffrance, pour quelques heures, et la remplacer par un sentiment de bien-être et de confort momentané.

Lorsque l'on entend parler des services de psychiatrie avant l'introduction des neuroleptiques, dans les années 50, on peut comprendre l'engouement pour ces remèdes qui calmaient en quelques minutes des agitations qui nécessitaient des mois de contention avant de s'apaiser, s'ils s'apaisaient jamais.

Depuis un demi-siècle, on a donc assisté à une ruée sur la neurochimie, et les possibilités de corriger les sentiments, sensations et pensées par le biais de molécules diverses. On en revient quelque peu. Les contraintes économiques, les effets secondaires parfois majeurs, et le sentiment d'aliénation au remède-roi, amènent une réflexion sur l'usage modéré des psychotropes, et une recherche de moyens non médicamenteux pour soulager la détresse humaine.

**La méditation, alternative  
thérapeutique ou  
nouvelle illusion ?**

Le méditant qui passe des heures innombrables à contempler le silence de la contemplation a épuisé les autres solutions. Il s'est déjà heurté à l'impasse de la psychologie et de la psychiatrie, et ne croit plus que le remède à la souffrance est dans le passé ou dans une pilule rédemptrice. Par dépit ou par nécessité, il en vient à la conclusion que ce qu'il cherche est en lui, et que rien d'extérieur ne pourra venir combler son attente. Il oriente, donc, son regard vers ce qui lui est le plus proche, et abandonne la croyance de chercher au loin ce qui est au près. Comme le chercheur qui cherche partout le trésor pour s'apercevoir qu'il était assis dessus !

Mais le méditant n'est pas, pour autant, à l'abri des mirages créés par son propre esprit. Il peut devenir esclave de sa pratique, si elle devient mécanisée, perdant ainsi sa substance et la grâce qui l'habite. Son désir d'atteindre ce qu'il cherche peut, ainsi, devenir un obstacle à être ce qu'il est.

**Où s'unissent sagesse et  
psychiatrie**

Peut-on donc imaginer une psychiatrie qui ferait de l'éveil à l'intelligence et à l'amour sa priorité ? Il est, en effet, paradoxal de voir que les mots « amour », « joie », « paix » et « liberté », sont absents des ouvrages de psychiatrie qui enseignent les futurs soignants.

Le « malade psychiatrique » est-il si différent de nous, pour ne pas avoir besoin d'apprendre à aimer et à goûter à la même paix que celle que nous recherchons nous-mêmes ?

Dans cette quête chaotique de la réalité de ce que nous sommes, il paraît bien sûr difficile de refuser au « patient » l'usage d'un psychotrope qui va momentanément apaiser sa souffrance, comme il serait difficile de refuser au « mourant » l'usage d'un antalgique qui va diminuer sa douleur. Mais apaiser la souffrance ne signifie pas rendre inconscient. Le médicament doit être utilisé avec la délicatesse de la mère qui nourrit son enfant : trop rend malade, pas assez ne comble pas le manque.

C'est en devenant pleinement sensible que le psychiatre pourra utiliser avec justesse les remèdes proposés, tout en sachant que le vrai remède ne git pas dans une pilule, mais dans celui qui la prend.

Le psychiatre et son patient ne sont ainsi pas très différents de l'aspirant à la sagesse qui recherche l'accomplissement dans une vie intégrée et la conscience d'une joie sans cause. Ils sont deux amis solidaires, qui partagent un temps ensemble, et contribuent à leur bonheur respectif : celui d'être écouté pour le patient en mal d'amour, et celui d'être respecté pour le psychiatre en mal de reconnaissance. Lorsque la sensibilité et le pouvoir s'épousent, l'amour devient force de conviction et de transformation.

Prions donc pour l'avènement d'une psychiatrie qui remplace la crise psychique dans un cadre plus vaste, celui de l'homme à la recherche de lui-même, d'un accomplissement inhérent à toute expression de la vie. La psychiatrie pourra alors pleinement incarner sa fonction, celle d'un éveillé de conscience et d'un artisan de paix. ■

Jean-Marc Mantel \*\*

\* Article publié dans le magazine Clin d'oeil (<http://magazine-clin-doeil.com>), printemps 2004 et reproduit dans Nervure avec l'aimable autorisation de la rédaction de Clin d'Oeil.

\*\*Psychiatre. <http://dr.mantel.free.fr>

**L'imagerie cérébrale pourrait être utilisée  
en psychiatrie en pratique quotidienne  
d'ici 5 à 10 ans**

Jean-Luc Martinot, directeur de l'unité mixte de recherche CEA-Inserm « Imagerie cérébrale en psychiatrie » a présidé les conférences Frédéric-Joliot organisées fin mars au service hospitalier du CEA à Orsay sur le thème « Imagerie et psychiatrie ».

L'imagerie cérébrale a commencé à se développer aux Etats-Unis dans les années 1970 mais c'est depuis une dizaine d'année que les progrès technologiques et informatiques permettent une nouvelle approche du cerveau, notamment la comparaison d'un individu à un groupe.

Les techniques d'imagerie par résonance magnétique (IRM) et de tomographie par émission de positons (TEP) ont fourni « un ensemble de données qui montrent, in vivo, comment les maladies mentales s'incarnent dans la structure et le fonctionnement du cerveau ».

Actuellement, en France, l'utilisation de l'imagerie cérébrale en psychiatrie se fait essentiellement dans le cadre de travaux de recherche. Il n'est pas encore question d'utiliser l'imagerie pour des examens de routine, bien qu'elle serve déjà à diagnostic différentiel dans certaines situations.

Même s'il existe « une tendance » des services de psychiatrie à s'équiper, les travaux de recherche dans ce domaine restent limités à des laboratoires rassemblant, à la fois, des compétences -psychiatres, informaticiens, ingénieurs- et un matériel particulièrement performant car les modifications cérébrales observées chez les patients sont très difficiles à détecter.

Il n'y a, aujourd'hui, en France qu'une seule plate-forme de recherche consacrée aux applications de l'imagerie cérébrale en psychiatrie, dirigée par Jean-Luc Martinot. Créée fin 2002, elle compte 2,7 emplois temps plein (contre une trentaine dans un laboratoire londonien) et travaille avec différents services hospitaliers.

Le recours à l'imagerie en routine devrait toutefois se développer dans « un avenir assez proche, d'ici cinq à dix ans » pour améliorer le diagnostic, en complément des examens cliniques, ou préciser la stratégie thérapeutique.

L'IRM pourrait servir au diagnostic, notamment des troubles de maturation morphologique et fonctionnels du cerveau, comme la diminution de la taille du cervelet et les hypofonctionnements de régions temporales impliquées dans la perception et l'intégration auditives observés dans l'autisme.

S'il semble que la schizophrénie soit également liée à des troubles du développement cérébral, l'imagerie devrait davantage avoir un intérêt dans la compréhension de ces perturbations pour adapter le traitement.

L'IRM fonctionnelle a permis de montrer, notamment, l'activation anormale de régions cérébrales impliquées dans le langage au moment où les patients schizophrènes ont des hallucinations auditives. Ces informations ouvrent la voie à des stratégies thérapeutiques ciblant la région perturbée, comme la stimulation magnétique transcrânienne.

Dans la schizophrénie, l'imagerie cérébrale a permis, également, d'étudier in vivo l'action des neuroleptiques, en particulier de mettre en évidence un lien entre la dose administrée et les régions cérébrales atteintes par le médicament. Ces informations servent à « optimiser la logique de prescription ».

On peut, également, citer en exemple l'utilité de l'imagerie cérébrale pour adapter la stratégie thérapeutique face à une dépression résistante, qui s'avère avoir des origines structurelles, une réduction de volume de matière grise dans des régions paralimbiques impliquées dans les fonctions émotionnelles. D'autres champs d'application s'ouvrent à l'imagerie cérébrale en psychiatrie, comme les toxicomanies, les troubles anxieux, les troubles alimentaires ou, encore, les troubles obsessionnels compulsifs (TOC). ■

P.C.

# Pourquoi faut-il opérer les transsexuels ?

## Good bye penis

La question transsexuelle a été définie pour la première fois en 1953 par Harry Benjamin, endocrinologue américain, élève du sexologue allemand Hirschfeld, dans un article pour l'*International Journal of Sexology*, puis lors d'une conférence prononcée devant la New-York Academy of Medicine : « *Les vrais transsexuels ont le sentiment qu'ils appartiennent à l'autre sexe, ils veulent être et fonctionner en tant que membres du sexe opposé, et pas seulement apparaître comme tels. Pour eux leurs organes sexuels, primaires (testicules) aussi bien que secondaires (pénis et autres), sont de dégoûtantes difformités devant être changées grâce au bistouri du chirurgien... Ce n'est qu'à cause des récentes et grandes avancées de l'endocrinologie et des techniques chirurgicales que le tableau a changé* ». Auparavant, George Jorgensen, ex-GI avait subi un traitement hormonal et chirurgical à la fin de l'année 1952 au Danemark pour devenir une femme, Christine. L'effet de ce « *good bye penis* » très médiatisé a auguré un mouvement important vers des demandes de changement de sexe, 465 pour l'année 1953 aux Etats-Unis. Plus d'une demande par jour.

Les premières opérations, plus limitées, avaient eu lieu, avant que le syndrome ne soit identifié, sous les indications de Magnus Hirschfeld (1868-1935), à Berlin, dès 1921.

## 50 ans après, quelles difficultés ?

Il s'agit de prendre en compte les difficultés rencontrées par les sujets eux-mêmes et les équipes médicales et psychiatriques concernées. La première difficulté est de pouvoir définir et évaluer la conviction d'un sujet qui demande une rectification aussi radicale de son être. En effet, la force et la constance de cette conviction sont déterminantes dans la décision thérapeutique. Elle est ramenée à une croyance du sujet, celle d'être de l'Autre sexe, et à la mesure subjective de ses répercussions dans les comportements de la vie sociale quant à la féminité ou masculinité alléguée. Ce qui est joint à cette question est celle du rapport à la psychose, question d'importance puisqu'il suffit pour le sujet d'en être dit psychotique pour qu'aussitôt la solution thérapeutique hormono-chirurgicale soit réfutée par les équipes.

Si nous examinons les définitions posées selon les classifications psychiatriques internationales les plus récentes de la CIM-10 et du DSM IV, nous trouvons, d'emblée, des contradictions : dans la CIM 10 tout trouble mental sévère est exclu, notamment la schizophrénie, dans l'autre, le DSM IV, il est admis, même s'il en est souligné, le caractère exceptionnel.

Du côté des psychanalystes, le symptôme transsexuel est fréquemment rattaché à une pathologie psychotique, et l'opération chirurgicale souvent condamnée.

La seconde difficulté concerne la variété des phénomènes cliniques rencontrés. Certains transsexuels ont un sentiment étrange d'être de l'autre sexe depuis l'enfance, d'autres bâtissent cette conviction plutôt à l'âge adulte, parfois après s'être marié, avoir eu des enfants. Ce qui est appelé, respectivement transsexualisme primaire et secondaire, n'est pas sans incidence thérapeutique et éthique ni non plus. Comment un père peut devenir une femme, une mère, un homme ? Certains psychiatres réfutent l'indication d'opération en cas de transsexualisme secondaire, même si

les enfants des sujets ne sont plus mineurs. De même des opérations sont refusées au motif que tel homme, transsexuel, émet le vœu de continuer à avoir une relation sexuelle avec des femmes après l'opération. Qu'un homme devienne une femme, soit ! Mais qu'un homme devienne lesbienne ! Ou encore qu'une femme devienne gay ! Il est pourtant un fait clinique à prendre en considération : la conviction d'être de l'autre sexe n'a pas comme corollaire absolu le choix de l'hétérosexualité après la transformation corporelle. Ces phénomènes sont à apprécier dans leur développement subjectif.

Qui plus est, certaines fluctuations dans la conviction vont régulièrement se rencontrer dans l'histoire des sujets transsexuels. Certains, face à l'énigme de leur être, vont se croire homosexuels, d'autres vont renoncer transitoirement à leur conviction d'être de l'autre sexe. Jan Morris, née James, journaliste au *Times*, bien que convaincu depuis l'âge de 3-4 ans qu'il était né avec un corps qui ne lui convenait pas et qu'il aurait dû, en réalité, être une fille <sup>(1)</sup>, s'engagera à l'âge de 17 ans comme volontaire dans l'armée. Paul Hewitt <sup>(2)</sup>, née Martine, convaincu d'être un garçon manqué dans l'enfance deviendra strip-teaseuse dans un cabaret avant de réclamer l'ablation des seins, le changement d'état civil et une prothèse pénienne !

Le point important est donc de pouvoir déterminer ce qui organise ces variations, dans le temps quant à la conviction, et, éventuellement, dans le choix d'objet sexuel.

## Une logique de retranchement

Nous avons dans notre thèse <sup>(3)</sup> soutenu l'idée d'une logique de retranchement qui est à l'œuvre dans l'inconscient transsexuel et qui aboutit, in fine, au retranchement effectué par le traitement de réassignation. Cela n'exclue aucune étiologie organique éventuelle.

Le retranchement est une constatation clinique qui concerne aussi bien le corps que le signifiant du sujet transsexuel, homme ou femme. Pour le corps, il s'agit d'abord de retrancher le pénis, les testicules et d'aboutir à une vaginoplastie et une mammoplastie, ou pour les femmes de retrancher les seins et d'adopter, éventuellement, un pénis. Pour le signifiant, il s'agit de changer l'état civil, à la fois le prénom et la mention du sexe, donc de retrancher ce qui fait signe du sexe d'origine dans le registre du signifiant.

A partir de notre expérience clinique, nous avons trouvé une affinité entre ce qui se transmet de la clinique transsexuelle et notre lecture du dernier enseignement de Lacan. Cette lecture que nous proposons est celle du sujet de la jouissance, croisée avec celle du binaire signifiant/pulsion d'une part, du nœud réel, symbolique et imaginaire, d'autre part. Des nouages et dénouages se produisent entre des pulsions du corps et des signifiants pour faire tenir un symptôme. En effet, avec la réassignation, il s'agit de retrancher du corps la pulsion érotique d'origine par l'hormonothérapie puis l'acte chirurgical, de modifier l'apparence du corps dans sa plasticité (la peau, la chevelure, la pilosité) et sa sensation (la peau) par l'hormonothérapie. Cela concerne, à la fois, la pulsion scopique (la jouissance de l'œil), et l'érotisme de la peau. Cette réassignation hormono-chirurgicale se noue avec la réassignation signifiante, celle qui touche à l'état civil, le fait d'être signifié « Monsieur »

ou « Madame ». Il se détache d'emblée une orientation de traitement pour le sujet transsexuel qui noue le scopique, la peau, le signifiant de l'autre sexe, le retranchement pulsionnel du sexe d'origine, ainsi que le retranchement du signifiant du sexe d'origine. Quelle est la cause de ce nouage et de ce retranchement radical ?

## La marque d'un laisser tomber, la captivation par la forme

Le premier point que nous avons mis en évidence et qui date de l'enfance précoce est la marque d'un laisser tomber qui touche le pénis, à la fois signifiant et corps. Le pénis n'est pas accroché au symbolique, il y a une forclusion du pénis, forclusion localisée que nous distinguons d'une forclusion paternelle qui signifierait une psychose.

Ce défaut localisé, forclusif, concerne le dire : en pénis, il ne peut en être dit fonction phallique. Le signifiant pénis ne se noue pas au manque, et ce défaut de nouage a pour effet qu'il n'y a pas l'écho habituel, commun, de ce signifiant et du dire qui s'y raccorde, dans le corps : c'est l'informe du corps, ce qui ne peut nouer dans une perte le regard et le pénis. Il n'y a pas eu de passage vers la perte, il y a eu défaut d'opération phallique. Ce qui donne sens au corps communément, le signifiant pénis noué au manque, ne fonctionne pas, ne prend pas valeur pour le sujet. Ce sont les effets de ce défaut localisé, à la fois dans le signifiant et dans le corps, qui vont se traduire dans la clinique rencontrée, aussi bien dans le cas du transsexualisme masculin que du transsexualisme féminin. Il y a, pour tout sujet, un lien étroit entre le regard et la perte : la première conséquence clinique de la forclusion localisée est que le regard, le scopique en tant que pulsion du corps va se manifester pour l'enfant sous forme d'un trop, un trop de regard, ou bien de son corrélat un vide, non raccordés au symbolique.

Nous allons déployer la clinique du transsexualisme masculin.

Ce qui vient d'emblée dans l'enfance est un sentiment, parfois étrange, d'harmonie avec les êtres féminins. Ce sentiment fait intégration dans le groupe, lien social. Sur quoi repose cette harmonie ? La beauté des traits, ceux du visage, des cheveux, de la peau et la forme que produit l'habit féminin. Là est le premier point : il y a une forme féminine, venue de l'extérieur qui captive et répond à l'effet de la forclusion localisée sur le regard. Cette forme qui vient répondre à l'informe du laisser tomber est le phénomène premier mais insuffisant pour organiser à lui seul le phénomène. Pour que le transsexualisme advienne, il en faut au moins deux autres : un événement de jouissance qui concerne la peau d'une part, la captivation par le signifiant fille, d'autre part.

## Un nouage de jouissance qui pousse vers la vie

La rencontre avec un sujet transsexuel permettra de saisir le nouage de jouissance qui fait avènement de corps et avènement de signification dans l'enfance, pare ainsi au laisser tomber et préside au devenir. Il a trouvé vers l'âge de 3-4 ans un apaisement dans une famille d'accueil en rencontrant une poupée sur un lit. Cette expérience pare au trop de regard qui pour lui est associé au personnage maternel. La conséquence est la suivante : il admire et envie la poupée, sa forme. Puis vient une jouissance autour de l'habit : il imagine qu'il porte un habit comme elle, « *Que j'étais bien à sa place à animer les vêtements qu'elle portait sur moi !* ». La jouissance scopique du sujet tranche quelque chose de la jouissance du regard en trop au prix que son moi se soit porté sous l'habit féminin qui recouvre un vide de corps, la poupée. Il y a donc un nouage premier pulsion scopique-habit féminin qui pare au vide et au trop. La rencontre avec la fille de la famille d'accueil et ses habits sera décisive ; il enfilera son collant : « *Je ne pourrais vous décrire la sensation que j'ai eue, à cet âge, je ne peux donner d'explication si ce n'est que de me sentir bien, très*

## Cinquième campagne du Neurodon en faveur de la recherche sur les maladies neurodégénératives

Des messages ont commencé à être diffusés en mars sur les chaînes télévisées, à la radio et dans les salles de cinéma dans le cadre de la cinquième campagne nationale du Neurodon, pour inciter les Français à faire des dons en faveur de la recherche dans le domaine des neurosciences.

La Fédération pour la recherche sur le cerveau (FRC) - qui regroupe l'Association pour la recherche sur la sclérose en plaques, l'Association pour la recherche sur la sclérose latérale amyotrophique, l'Association France Alzheimer, l'Association France Parkinson et la Fondation française pour la recherche sur l'épilepsie - a rappelé les enjeux de la recherche en neurosciences, particulièrement difficile dans le contexte actuel, lors d'une conférence de presse.

« *Depuis 1980, faute de moyens, la part relative de la recherche en neurosciences s'est amenuisée* », a déploré le président de la FRC, Bernard Esambert, dénonçant l'amputation de 30% des budgets consacrés à la recherche en neurologie.

Depuis la première campagne du Neurodon, la générosité du public a permis à la FRC de collecter 1.359.400 euros qui ont servi à augmenter le financement des projets de recherche fondamentale et clinique menés, notamment, au sein de l'INSERM et du CNRS.

Le grand public a pu discuter de ces sujets directement avec des neurologues en appelant un numéro Indigo (0.820.821.214, de 11 heures à 18 heures). Cette plate-forme téléphonique a été ouverte jusqu'au 30 avril pour faire une promesse de don ou demander une documentation.

Des dépliants d'appel aux dons ont été diffusés à plus de 2,5 millions d'exemplaires dans le magazine de la FNAC, les agences du Crédit Lyonnais, celles de l'EDF, les magasins Relay (groupe Hachette), des pharmacies de Gironde, Dordogne et Vendée. Une opération dans les magasins Carrefour, avec des bénévoles de l'EDF, du Rotary et de Sanofi-Synthelabo, et des conférences organisées par les chercheurs dans une vingtaine de villes.

Environ 1,5 million de personnes sont atteintes de l'une des maladies neurodégénératives cibles de l'action de la FRC, affectant 10% de la population. ■

B.L.

## LIVRES

### Géopolitique des drogues illicites

Hérodote

Revue de géographie et de

géopolitique, n° 112

La Découverte 18,30 €

Alors que l'alcool ou le tabac sont des drogues dont le commerce et la consommation sont autorisés, l'héroïne, la cocaïne, le cannabis sont, en revanche, des drogues dont le commerce a été interdit par différents Etats, les Etats-Unis notamment. Il s'agit donc de commerces illicites qui génèrent, cependant, d'énormes profits, en raison du développement de la demande et de la relative rareté des produits, du fait de la législation. En quoi la production et le commerce des drogues illicites relèvent-ils d'une analyse géopolitique, c'est-à-dire des rivalités de pouvoirs sur des territoires ? La production des drogues illicites s'opère sur des territoires où les pouvoirs étatiques ne peuvent s'exercer efficacement, des contre-pouvoirs tirant parti des données du relief, des difficultés de circulation et de certaines situations politiques. Le trafic des drogues s'opère sur des distances considérables par une série d'intermédiaires plus ou moins occultes qui prélèvent une part des profits et qui entretiennent avec les appareils d'Etat des rapports plus ou moins conflictuels.

Ce numéro d'*Hérodote* a été réalisé par Pierre-Arnaud Chouvy et Laurent Laniel qui ont sollicité les auteurs de leur choix et qui se sont chargés des traductions des articles rédigés en anglais et en espagnol. Pierre-Arnaud Chouvy a publié en 2002 un remarquable ouvrage *Les Territoires de l'opium* (Olizane, Genève), sa thèse de doctorat en géographie.

### Substances de l'imaginaire

George-Henri Melenotte

EPEL, 25 €

Privilegiant le point de vue de l'usage du plaisir, George-Henri Melenotte s'attache au bouleversement que fait connaître la pratique de la drogue et qui porte sur l'expérience de l'image du corps propre, principalement sa fluctuation fait valoir la grande diversité des formes de subjectivation qui se construisent à chaque fois que l'on pratique la drogue en s'appuyant sur les expériences et le travail de Henri Michaux, Michel Foucault et Joel-Peter Witkin. Dans la deuxième partie du livre, l'analyse de ces fluctuations de l'image se poursuit et s'élargit avec Lacan et son élaboration de l'image spéculaire, rendue instable par l'introduction de l'objet *a*. L'étude lacanienne de l'imaginaire prend ici place pour éclairer l'usage que Lacan en a fait. Une modalité négligée de l'image est prise en considération : son étrangeté. Ce n'est pas un nouvel imaginaire que Lacan découvre ainsi mais l'un de ses nouveaux modes, qui intègre l'angoisse dans le rapport au semblable. Dans quel état se trouve l'image du corps propre dès lors que s'y manifeste l'objet *a* ? Lacan présente trois modalités de cette nouvelle configuration : révélation, transformation et mue. Ainsi, après l'invention de l'objet *a*, deux qualités de l'image disparaissent de l'horizon : la fixité et l'Urbild qui donne à l'image sa valeur d'archive. Le livre s'achève en s'ouvrant sur deux questions laissées en suspens : celle de la belle image d'où peut surgir inopinément son envers, l'horreur, et celle de la persistance, dans la psychanalyse, de la cocaïne, en dépit de son abandon par Freud, au moment même où il invente la psychanalyse.

bien. Comme si mon corps, que j'avais en partie ignoré jusqu'à maintenant prenait un véritable sens, une valeur supplémentaire de bien être ». Il y a avènement de corps, la jouissance de la peau au contact du collant donne sens à son corps. Un autre nouage avec le scopique se fera en voyant la fille de la famille d'accueil faire sa toilette et passer des collants. Il y aura nouage du scopique avec le signifiant fille en voyant la fille jouir de son vêtement. Il enfilera un collant qui fera naître une jouissance localisée de la peau qui se produit en l'absence de la mère, réponse au laisser tomber maternel. Cette jouissance transsexuelle fondamentale fait avènement de corps et noue le scopique, l'habit féminin, la jouissance de la peau et le signifiant fille. Elle fait également par le truchement du signifiant fille, avènement de signification. Avènement renvoie par l'étymologie à la question de la dignité, question centrale dans la dynamique du sujet au moment de sa demande d'opération.

### L'obstacle d'être signifié garçon et une jouissance secrète

Un obstacle se dresse pour le sujet. Le sujet est signifié garçon par son entourage et se noue à la forme d'un impératif de l'entourage : « *Cela ne convient pas à un garçon* ».

Ce qui ne convient pas, ce sont « *ses manières de fille* », la façon qu'a le sujet de tenter de faire lien dans le groupe social. Dans un premier temps le sujet va tenter de se soumettre à cet impératif et tenter de « *jouer au garçon* ». Dans cette expérience très passivée, empreinte de renoncement, sa boussole est son secret de jouissance, la jouissance de la peau, localisée à un endroit du corps, qui vient au contact d'un habit féminin. Cette jouissance transsexuelle localisée tenue secrète répète l'avènement qui supplée au défaut de son être. Il se greffe alors à ces vécus hostiles, ce qui est interprété comme une ambiguïté de l'entourage parental à son égard, à savoir de lui mettre des habits jugés par le sujet comme partiellement féminins et de le nommer parfois au féminin. Le noyau de la souffrance transsexuelle se trouve dans l'ambiguïté et la moquerie de l'entourage parental, à l'égard du corps et du signifiant, la soumission à l'impératif « *tu es un garçon* », qui touchent au secret de jouissance qui a fait avènement d'être et pousse vers la vie. Le sujet se retranche pour retrancher quelque chose de ce qui jouit de lui : il retranche par sa jouissance de travestissement, un morceau de jouissance de la jouissance qui le suit de façon cruelle, celle de l'Autre qui témoigne d'une moquerie et d'un impératif contraire. De ce fait, le sujet se pense soit au moment même de l'enfance, soit à posteriori, « *comme une petite fille* ». Cependant, le « *comme* » signe quelque chose qui rate, qui « *n'est pas tout à fait* ». C'est un point qui sera mis en tension dans les moments où l'opération sera mise en question subjective. Le « *comme* » renvoie au comment donc au ment (4) : « *Vous êtes comme une petite fille, mais comment ?* ».

Cela renvoie à l'ambiguïté, là où ça jouit de lui, ce qui sera central plus tard et prendra une autre signification, « *comment être une fille alors qu'on a un pénis ?* » ou plus précisément comment pouvoir en être dit fille.

Quel est le destin de cette souffrance transsexuelle de l'enfance que nous avons mis en évidence ? Comment le sujet sait ou ne sait pas y faire avec cette souffrance ?

### Comment faire avec ?

Lorsque l'avènement d'être est produit, le sujet se trouve dans la position d'une fixation entre le signifiant fille (avènement de signification) et la jouissance

transsexuelle localisée du corps (avènement de corps). Cette fixation est mise à mal par son entourage, dans deux registres différents qui sont la moquerie et l'impératif. Cela a pour effet de mettre en place le retranchement du sujet du regard des autres et notamment du regard maternel pour exprimer sa jouissance transsexuelle localisée.

Cela fonctionnera jusqu'à un certain point, celui où le sujet sera poussé à ne plus se retrancher du regard de l'Autre pour exprimer sa jouissance transsexuelle, où il souhaitera être vu comme femme dans la société. Quelle est la logique du retranchement qui s'effectue auparavant ? Il y a, de façon constante, la tentative de consentir à l'impératif, c'est-à-dire de tenter de nouer le signifiant garçon. Ainsi, tel enfant va, en réponse à cet impératif, tenter de jouer au garçon. Il tente de retrancher sa manière de fille du nœud de jouissance.

Mais, il est alors un fait : il est signifié fille par les filles, il pense qu'il est traité par les autres comme une fille ! Cela le suit cruellement au point de développer de la haine envers celles qui le traitent ainsi. Cette tentative de retrancher ce qui noue fille au nœud a un effet : le corps se manifeste.

Ainsi, lorsque l'enfant met, par exemple, un pantalon de garçon, ce qui a pour effet de le faire signifier garçon par les autres, vient alors une énigme pulsionnelle : le pantalon le gêne dans le bas du ventre. Le consentement à l'impératif signifiant « *tu es un garçon* », le retranchement du signifiant fille, aboutissent à un malaise énigmatique dans le corps, la pulsion virile n'a pas pris sens et valeur. Cela est typique du malaise transsexuel dans l'enfance et avant l'opération. S'il varie dans son sentiment et essaye d'en être dit garçon, en accord avec son sexe anatomique, un malaise dans le corps se pointe. Après une tentative du sujet sur le signifiant pour ôter le malaise vient un phénomène dans le corps qui fait malaise, manifestation non symbolisée du signifiant pénis.

Le sujet ne fait, généralement, pas le lien à cette époque de l'enfance avec l'organe viril pourtant mis en évidence dans cette manifestation du corps. Que faire avec cette énigme pulsionnelle qui est nommée plus tard par le sujet comme défaut du corps ? Le comme une fille revient alors pour lever l'obstacle. Ainsi, pour faire face à un défaut gymnique dans le groupe des garçons à l'école, lors de l'activité sportive, tel sujet trouvera la solution de s'acquitter du mouvement « *comme les petites filles* ». Cette solution qu'il garde, secrètement, dans sa pensée, explique, en partie, le fait que le sujet a alors le sentiment certain de préférer être une fille qui est rattachée en priorité à « *avoir la forme de la fille* », le scopique qui pousse vers la vie, et à « *avoir les vêtements, l'habit d'une fille* », qui noue le scopique à la peau.

### La passivité du sujet et la tentative de renoncement

Ce qui insiste aussi bien, et de façon contradictoire, est la passivité du sujet. Cette passivité le conduit à tenter de se conformer à l'impératif jusqu'à très tard dans la trajectoire transsexuelle. Ainsi, début de l'âge adulte, tel sujet confronté au désir d'une amie qui l'incite à se montrer à l'extérieur en femme, même s'il est tenté d'« *être bien à sa place, enfilé sous la beauté et la forme* », y renonce ayant peur d'être moqué, devenir déchet du regard de l'Autre.

Ainsi, alors même qu'il peut se confier sur sa préférence à être femme, il tente paradoxalement d'être viril, de fumer, de boire et de draguer.

Ce qui aboutit à un échec puisqu'il est à nouveau traité à cette occasion par les femmes comme une femme.

### L'événement du pénis et de la masturbation

Le pénis en tant qu'organe génital est ignoré longtemps par le sujet. Ce qui est manifeste dans l'enfance des sujets transsexuels est que le lien entre différence sexuelle, être dit fille ou garçon, et présence ou absence de pénis, ce qui noue le regard, l'organe et le signifiant, est fait très tardivement (5). Que se passe-t-il lorsque le pénis en tant qu'organe génital fait événement de jouissance pour le sujet ? Ce qui apparaît avec la masturbation et persécute le sujet jusqu'à l'opération est rattachée souvent à l'initiative d'un autre. Quelqu'un a initié le sujet à la masturbation. Quel en est l'effet ? Le sujet est divisé, il se sent pour la première fois dans sa sensation corporelle un être double, masculin, féminin. Contrairement au malaise habituel de l'adolescent, la division ne concerne pas le signifiant, l'identité liée au discours, « *suis-je assez viril, assez masculin ?* » mais la pulsion. Il se sent dans son corps à la fois masculin du fait de l'activité pénienne, féminin : à cause de la jouissance transsexuelle. Dans la continuité logique de la mise en fonction du pénis comme organe de jouissance, l'arrivée du coït avec une femme pour tel sujet a pour corollaire un glissement subjectif : pendant le coït, il est traité comme s'il était La Femme, Elle, comme si il était elle. Le « *comme si* » vient de l'autre et non pas du sujet.

### La virilité devient un masque mais de son corps, il ne pense pas pouvoir en être dit femme

La mise en action de la pulsion virile a comme conséquence un changement quant à la fonction du masque pour le sujet. Avant le masque est féminin, après, il est masculin. Avant il a pour fonction de mettre un visage féminin au sujet, ce qui aurait pour effet de soustraire la masculinité et de mettre le sujet en harmonie avec sa pensée, celle de pouvoir paraître « *femme* » sans ambiguïté. C'est la solution scopique. Après, il s'agit d'une question de jouissance du corps, de sensation, ce qui concerne la peau. Le masque est ce qu'il y a d'homme, de masculin en lui. Son corps viril n'est plus qu'un masque qui habille une sensation féminine. L'expression de la virilité n'est plus une tentative de se conformer à l'impératif, « *tu es un garçon* » mais est devenu un masque encombrant pour le sujet, un masque dont il conviendra à terme de se débarrasser. Cela nécessitera du temps et beaucoup d'élaboration dialectique entre le signifiant et la pulsion. En effet, le sujet du signifiant ne consent pas à la féminisation : *De son corps, il ne pense pas pouvoir en être dit femme*. Ainsi, tel sujet marié se stabilisera un temps pensant être un homme désaccordé, remplissant le rôle d'une femme sous la forme d'un homme, notamment pendant le coït.

### La lutte pulsionnelle et son destin

Le fait d'être père peut modifier la donne et éclaircir la logique. Ainsi, le « *supplice de l'accouchement de sa femme* » provoque un destin pulsionnel particulier pour un transsexuel avant l'heure, l'« *Homme se sentant femme* » (6), dont l'auto-observation a été publiée par Krafft-Ebing dans *Psychopathia sexualis* et dont nous avons fait cas paradigmatique dans notre thèse. En effet, ce premier cas reconnu comme cas de transsexualisme a l'immense avantage d'être décrit de façon très précise par un sujet qui était médecin et de déployer une grande pureté clinique, puisque sans traitement hormonal ni traitement chirurgical. L'énigme pulsionnelle de départ, la

### 6e journée de Médecine et Santé de l'Adolescent

### Contrôler sa faim, contrôler son poids Questions d'adolescence

Samedi 27 novembre 2004 à Poitiers

Dans nos sociétés, la sédentarité et l'abondance conjuguent leurs effets : le corps prend du poids. Les médecins, nutritionnistes ou de santé publique, la population et les responsables politiques ont pris, peu à peu, conscience de cette dérive. L'obésité devient l'ennemi à combattre. Dans le même temps les linéaires des grandes surfaces se chargent de produits toujours plus attractifs, plus nombreux, plus faciles à consommer. Cet étalage est relayé par d'intenses campagnes publicitaires promouvant la satisfaction de nos désirs comme droit fondamental de l'être humain : plus rien ne semble justifier la frustration. Toutefois, les spots publicitaires utilisent tous des mannequins filiformes, longilignes sur lesquels les calories semblent glisser comme l'eau sur les plumes du canard ! Où passent-elles ces calories ? L'image du corps ainsi mis en scène va bien en deçà de la courbe de poids idéale et se situe volontiers dans les marges de l'anorexie. Confronté à de telles contradictions, comment l'adolescent peut-il réagir : doit-il satisfaire ses envies, refuser de se frustrer mais en gardant la ligne, reprendre à son compte l'idéal obsédant de la bonne image... Attentifs à l'image de leur corps comme au discours social, peu préparés à affronter l'insatisfaction, avides d'expériences nouvelles, les adolescents de nos consultations concentrent sur eux-mêmes ces multiples paradoxes dont ils souffrent et dont, surtout, ils font souffrir un corps vite maltraité. Comment peut-on les entendre, les accompagner, que leur proposer ?

#### 1ère table ronde. Poids idéal, idéal du poids

Fonction de son sexe, de son âge, de sa taille, chaque corps présente un poids idéal. Entre plus ou moins deux déviations qu'on appelle standards, ce poids idéal s'étire le long d'une ligne, asymptote d'un équilibre parfait entre masse grasse et masse maigre, entre calories dépensées et calories absorbées, entre nutriments à absorption rapide ou lente, entre glucides, lipides, protides, etc. Le poids idéal est-il le garant d'une bonne santé, à tout le moins d'une absence de surmortalité ? Ne devient-il pas un idéal en soi qui commence à peser sur le psychisme des individus ainsi assignés à une représentation d'eux-mêmes capturée par la médecine... Les corps se font pesant et le poids devient un vrai problème, nous en sommes responsables ! Les adolescents, quêteurs naturels d'idéal, ne sont-ils pas les premières victimes de cette épure asymptotique ?

#### 2ème table ronde. Image du corps et société de consommation

Votre nouvel antidépresseur ? La bouchée au chocolat X, nous vante la publicité. Mangez et prenez-en tous, pas de privation, pas de frustration pour cette communion généralisée : consommez ! Petite ou grosse faim, petite ou grosse envie, douceur ou saveur : pourquoi vous priver ? Tirez la languette de notre barquette, vous découvrirez prêt à déguster votre plat préféré. L'industrie agroalimentaire veille sur nos envies : elle les entretient et les prévient. Mais le même consommateur est sommé, aussi, de tenir le cap d'une image idéale de légèreté : sachez garder la ligne, soyez mince, restez sveltes. Bouche pleine, ventre plat et muscle ferme, il faut définitivement chasser le gras, le gros, le gélatineux, l'informe, en un mot l'ennemi, l'obèse. Entre campagne de pub promotionnelle et campagne de santé publique où en sommes-nous ?

#### 3ème table ronde. Une faim d'adolescence : envie, rage et frustration...

L'adolescence serait-elle une plaie, une béance ? L'adolescent a faim, il est en manque. Il veut saisir, absorber, consommer ce monde excitant, plein de tentations. Tenaillé par une sexualité aux aguets, l'adolescent est envie, une envie tournée vers des objets qui semblent s'offrir mais souvent se dérobent. Comment vivre avec cette part désirante de soi-même, tolérer cette incomplétude nouvelle ? La frustration n'est définitivement plus une valeur éducative, la satisfaction devient en revanche une valeur sociale. L'enfant est volontiers comblé, transformé en enfant roi dont le désir apparaît souverain. Et voici soudain que le corps pubère réclame son dû : l'adolescent doit s'accommoder d'une frustration difficilement tolérable, celle de ne pas trouver aussitôt un objet d'apaisement. Sera-t-il tenté de construire une carapace musculaire de protection, véritable clôture identitaire ? Etoufferait-il sa rage dans un débordement orgiaque ? Se tournera-t-il vers un substitut de bouche que son entourage lui propose complaisamment ?

#### Intervention de clôture : Idéauté et image idéale dans la société actuelle.

Avec la participation de : A.D. Cassuto, P. Doyard, E. Feur, A. Hubert, A. Lebigot-Macaux, M. Lefourn, D. Mioque, P. Ritz, J.L. Venisse.  
Conférence de clôture : F. Jullien, philosophe.

Renseignements : Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent Centre Hospitalier Henri Laborit, BP 587, 86021 Poitiers. Tél. : 05 49 44 57 59. Fax : 05 49 44 57 51.

gêne de l'organe lorsqu'il met un pantalon, mais qui est aussi la démangeaison qui part du fondement génital et remonte le long du dos, sans qu'il ne le raccorde au signifiant pénis qui n'a pas de valeur, se précise : c'est le supplice de la douleur masculine dans le corps. Elle vient, pour ce sujet, sous la forme de la maladie de la goutte, maladie typiquement masculine. Une autre maladie, féminine cette fois, l'anémie, vient tenter de soigner cette pulsion qui persécute. Il tente de retrancher la masculinité de la pulsion par une pulsion féminine, à son insu. Il décrit ce qui

est le destin de l'énigme de la pulsion dans le transsexualisme, à savoir une lutte intense entre ces pulsions masculines et féminines dans le corps, qui semble une lutte incessante, sans fin et qui surtout n'a pas de sens. Cela mène le sujet aux bords de la folie, la folie des oscillations de pensée concernant son corps. Sa question subjective est : qu'est-ce qui fait tenir un corps ? La solution qu'il trouve est de prendre un bain, soit un traitement qui concerne la peau. C'est là précisément que se produit la bascule décisive vers la transformation en femme et le temps

de pouvoir se montrer à l'extérieur en femme. Il a senti la mort de près, se précipite hors du bain : il a senti la libido comme une femme. Il est un corps nu qui sort du bain au regard de l'Autre. Le regard envahit toute la peau du sujet. Cela marque le temps logique où le retranchement solitaire du sujet pour jouir de ce qui lui fait avoir un corps, la jouissance transsexuelle localisée, n'est plus suffisant : le regard des autres produit un effet de jouissance sur toute la peau qui doit être validé. La peau présente ainsi une fonction essentielle dans la bascule vers la féminité. Elle est un pousse à passer vers l'autre sexe dans son raccord à la jouissance scopique. Une fois franchie cette étape d'avoir ressenti la libido comme une femme, par la peau, il reste deux obstacles pour la transformation : le signifiant garçon et le corps.

## La transformation en femme

Cet envahissement de jouissance dans tout le corps que le sujet interprète comme féminine est contemporain d'une abolition de la parole, du signifiant. Le sujet ne peut rien en dire. La transformation en femme est, premièrement, la sensation d'une transformation corporelle. Elle est interprétée après coup comme la conséquence d'un désir qu'a présenté un homme envers lui ce qui signifiait bien pour lui qu'il avait l'âme d'une femme. La pulsion est donc ainsi nouée, après-coup, au signifiant « femme » par l'interprétation d'un dire qui vient de l'Autre. Dans la suite logique vient un savoir sur la mort, la mort du signifiant « garçon » en lui. Ainsi ce signifiant est définitivement retranché pour lui d'une tentative de nouage.

Cependant la pulsion virile, l'érection du pénis, est toujours présente ce qui a pour conséquence la persistance d'une confusion, l'être double. Il confond encore le mal-être lié au signifiant, pouvoir ou pas en être dit femme, avec le mal-être pulsionnel viril, la sensation de l'érection du pénis. Comment tente-t-il de soigner ce mal-être ? Il choisit, à nouveau, la solution du bain, soit l'action sur la peau. Il tente les bains féminisants pour diminuer la démangeaison, l'irritation de la peau, l'équivalent de l'érection phallique. La solution est que s'impose pour lui la contrainte (Zwang) de la sensation d'être femme qui devient plus forte. Ce qui est le plus fort, car poussant vers la vie, est le nouage premier « regard-peau-habit féminin ». Ce nouage doit, nécessairement, se raccorder au signifiant « femme ». Il est devenu femme « à tous points de vue et dans tous les sens » et perd le souvenir de l'ancien temps, celui où il était garçon puis homme. Il ne porte plus que le masque de l'homme. Ce repérage est essentiel. Il est l'étape où le nouage « regard-peau-habit féminin » au signifiant « femme » tient debout. Il peut en être dit femme.

## La fonction de la peau

La fonction de la peau est donc essentielle dans le développement vers la transsexualité. La peau est ce qui permet de nouer « regard » et « habit féminin » au niveau de la jouissance. Elle est ce qui donne jouissance du corps à la forme féminine qui a captivé le sujet et lui donne vie après le laisser tomber dont il a été l'objet. Ce laisser tomber est le laisser tomber du signifiant pénis et de son écho dans le corps. La peau passe d'une jouissance localisée du corps, qui est présente dans l'enfance vers l'âge de 3 ans, à une jouissance de l'ensemble de la peau, à l'âge adulte. Ce phénomène est essentiel, contemporain de la position « hors de », se faire voir en public en femme. Il est une solution au déploiement énigmatique de la pulsion masculine. Ce nouage qui « pousse à jouir » pousse

aussi vers la vie. Il est nécessaire de se raccorder au signifiant « femme » pour que cela tienne.

Il faut, cependant, faire avec la pulsion virile, aussi bien celle qui touche la texture de la peau que celle du pénis qui peut être en érection. Il y a donc une lutte du sujet pour forcer vers ce qui s'impose à lui, la contrainte (Zwang) de la sensation d'être femme qui devient plus forte. Il y a un dernier combat pulsionnel entre ce qui reste de la pulsion énigmatique du départ, la pulsion virile et le « pousse à jouir » où la peau a une fonction centrale. Le développement clinique du binaire « pulsion, signifiant » permet donc de repérer les différentes étapes dans l'évolution vers le « devenir femme » où la peau est au centre des nouages, dénouages. Cela est précieux puisque, de nos jours, la lutte interne que nous avons décrite est très atténuée par les sujets, voire effacée : le sujet dit qu'il a toujours su qu'il était une femme et sa problématique se résume, alors, au fait qu'il y a une erreur de la nature.

## L'incidence de l'hormonothérapie

Dans la première étape thérapeutique, une telle approche va permettre de saisir, de façon, précise à quel endroit logique intervient l'hormonothérapie. Il y a, en effet, deux versants à l'hormonothérapie, celui qui favorise la féminisation en faisant pousser la poitrine et en féminisant la texture de la peau, et celui qui éteint la pulsion virile. L'hormonothérapie qui intervient sur la peau a donc un effet sur cette fonction centrale, une fonction qui pousse vers la bascule des rapports pulsionnels et signifiants par l'orientation « être une femme ». La contrainte pulsionnelle qui pousse vers la vie, « se sentir une femme », a des effets dans le corps, le sujet sent venir une poitrine, développe une forme féminine au niveau des bras, des jambes, le pénis semble être un clitoris, le méat un vagin. L'hormonothérapie fait passer dans le réel biologique cette sensation qui est augurée par la pulsion scopique. Par ailleurs, l'hormonothérapie qui intervient sur le pénis a pour effet de retirer la pulsion virile, l'érection.

## L'incidence de la chirurgie

Le but de la rectification chirurgicale est de donner une image féminine. Elle est aussi de faire solution à la question de la jouissance. Faire disparaître la possibilité d'érection est le point le plus évident. L'autre point est de considérer que, face à l'envahissement de jouissance féminine, ce que le sujet appelle flux corporel, le sujet a besoin de régulation. Il aspire à avoir une régulation du flux et pour cela désire avoir les menstruations féminines. Les saignements de nez sont ainsi parfois interprétés comme des menstruations féminines. Pour faciliter la régulation du flux, l'envahissement de jouissance corporelle, il convient donc de placer un trou dans la peau à la place du pénis. Il s'agit toujours de réguler un trop, un excès : il y a un trop d'effet de la jouissance scopique sur la peau, il faut de cette jouissance du corps en déléster. Nous trouvons là le raccord avec la question de la sexualité. La peau, du fait de l'effet de la forclusion du pénis, vient dans l'économie libidinale prendre une place privilégiée : elle supplée au pénis pour que le sujet ait de la jouissance. De même que l'érection du pénis dans la sexualité aboutit à une cessation de cette érection après l'obtention de jouissance, il convient que l'envahissement de jouissance qui concerne la peau, enveloppe du corps, trouve un moyen pour que cela cesse. L'existence du trou, fait par la chirurgie, a cette fonction. La castration imaginaire et symbolique qui vient avec l'idée de l'arrêt de l'érection dans la sexualité du névrosé

passé pour le sujet transsexuel dans le réel du corps pour se nouer à l'imaginaire : il faut un trou, un orifice dans la peau pour qu'elle ne soit pas tout le temps « envahie de jouissance féminine ». Il s'agit, également, d'en finir avec ce masque de virilité qui sur le corps mis à nu renvoie le sujet à une position de déchet. Dans la vie publique où le sujet est habillé en femme, a l'apparence d'une femme, la présence dans son intime du pénis le renvoie à la question de son être « Qu'est-ce que cette chose en jupe ? ». Il convient d'ôter toute ambiguïté sexuelle, le « comme ». Ce trou permettra, de plus, d'avoir un rapport sexuel avec un homme sans être qualifié d'homosexuel masculin, ce dont le sujet a horreur.

## Le choix du partenaire sexuel et l'opération

La question du choix du partenaire sexuel peut donner lieu à différentes solutions. La plus fréquemment désirée par les sujets est d'avoir un partenaire sexuel masculin. Il peut y avoir, également, la solution de devenir lesbienne, d'avoir un partenaire sexuel féminin. Il peut, enfin, se mettre en place une certaine a-sexuation. A chaque fois ces choix sont des solutions par rapport à la question de la jouissance du corps qui envahit le sujet et qui est interprétée comme féminine. Avoir un partenaire sexuel masculin est la plus fréquente. Cette solution est parfois choisie avant l'opération et s'accorde éventuellement un temps avec la pratique de la sodomie. Pour ôter toute ambiguïté et ne pas en être dit homosexuel, il conviendra de mettre en place une vaginoplastie. L'opération peut avoir une influence sur le désir du partenaire de maintenir ou non la relation. Certains choisissent de devenir lesbiennes. Ce choix correspond à une fixation au plus-de-jouir scopique, à ce qui captive le sujet : regarder la forme féminine et l'envie de s'y produire. Il correspond, également, à une fixation à l'obtention de la jouissance de la peau et la recherche d'un contact homogène avec le partenaire par la peau. Ce sont deux fixations qui correspondent au premier temps de la jouissance transsexuelle. La relation avec une femme est possible par l'obtention de la jouissance de la peau.

Cela nécessite que soit attribuée à la partenaire une certaine virilité dans le maniement de la relation érotique et surtout que là encore que l'opération ait lieu afin que le sujet qui a une relation sexuelle avec une femme puisse en être dit femme, et non pas homosexuel ou travesti.

Certains sujets choisissent, à travers l'opération, une position d'a-sexuation : ne plus avoir de relation érotique. Cela correspond à une fixation sur le fait que l'envahissement de jouissance interprété comme féminin a été vécu comme une contrainte et que cela a prévalu. Le sujet choisit l'opération pour se libérer de cette contrainte, provoquer une fonction face à ce trop de jouissance du corps, et se libérer de cette persécution de l'érection pénienne.

Quelques sujets choisissent de conserver leur attribut pénien. Pour autant, ils se montrent en public habillés en femme, ont souvent une plastie mammaire, ont fait de la chirurgie esthétique pour parfaire l'apparence féminine. Ils peuvent en être dit femme, ne sont pas des travestis qui jouissent de leur pénis, mais ne veulent pas franchir l'étape de l'opération. Ce qui est lié au franchissement vers la transformation en femme, nous l'avons souligné antérieurement, est le passage d'une jouissance localisée de la peau à une jouissance-toute.

Cela est également contemporain d'une subjectivation de la mort du signifiant garçon pour le sujet. Cela peut avoir un impact réhibitoire sur le passage au réel de l'opération.

## Le transsexualisme féminin

Le transsexualisme féminin renvoie à la même logique de retranchement à partir d'une forclusion du pénis, et à sa même conséquence concernant le regard, la forme d'un trop ou d'un vide. Face à ce vide, nous retrouverons la même structure de nouage « scopique - habit masculin - peau - garçon ». Le primat de la forme, masculine, cette fois-ci, supplée au défaut du signifiant. Mais il y a une asymétrie clinique par rapport au transsexualisme masculin que nous pouvons repérer à la fois comme effet du signifiant et effet de la pulsion.

Du côté du signifiant, c'est l'existence du signifiant garçon manqué, du côté de la pulsion, la précocité de la masturbation du clitoris, avant la puberté. Cette sensation indescriptible et énigmatique de la masturbation sera tenue secrète et prendra sens par rapport à la mère et son absence.

Le secret du corps de la jouissance transsexuelle masculine ne se confine pas à la jouissance de travestissement, inconstante, mais comporte cette jouissance de l'organe qui met en jeu ce que Freud a identifié comme envie du pénis, *penisneid* mais sur son versant pur réel. Ainsi, certaines transsexuelles pensent qu'elles ont un organe masculin interne ou encore demanderont que leur clitoris soit excisé de son enveloppe et allongé.

Du point de vue du signifiant, le sujet transsexuel féminin se raccorde, un temps, au syntagme garçon manqué lorsqu'il évoque les traits virils de ses jeux.

Mais l'identification au garçon manqué a ses limites : il n'est pas signifié garçon par les autres, son entourage lui fait faire les corvées domestiques comme à une fille !

L'entourage jouit de lui. Il peut donc y avoir un temps où, garçon manqué, vient tenter de se nouer, ce qui n'est pas possible avec le signifiant fille dans le transsexualisme masculin. Cela tient jusqu'à ce que le sujet s'aperçoive que « garçon manqué » veuille dire « fille réussie ». Il y aura donc une variété clinique plus importante selon que les nouages seront plutôt réalisés avec la peau et l'habit, avec la masturbation ou avec le signifiant garçon manqué. L'étape cruciale, comme dans le cas du transsexualisme masculin, est la période de la puberté.

Le point de déstabilisation n'est donc pas la masturbation mais l'arrivée des seins et des règles.

Paul Hewitt dans son autobiographie le signale : « En passant de l'enfance à l'adolescence, je dus abandonner mon comportement de garçon manqué et me couler dans le moule des conventions sociales. Ce ne fut pas de gaieté de cœur : rien ne me parut facile ou évident. Un matin, je venais d'avoir dix-sept ans, je me réveillai avec l'horrible impression que quelqu'un ou quelque chose partageait mon lit. La veille, je n'avais pas une ombre de poitrine et voilà que deux énormes seins avaient poussé pendant la nuit. Sur l'instant je fus persuadé que j'avais servi de cobaye à une expérience génétique »<sup>(7)</sup>.

La puberté entraîne une division de jouissance, de sensation dans le corps, selon le même modèle logique que dans les cas masculins.

Cependant, cela n'est pas la masturbation, l'activité érotique du pénis qui provoque cette division pulsionnelle, masculine ou féminine, mais l'arrivée des seins et des règles. Il y aura alors les mêmes oscillations de pensée du sujet que dans le transsexualisme masculin, avec une lutte entre les pulsions.

Du point de vue de la sexualité, il se manifeste, dans ce contexte, tout d'abord une attirance vers le corps de la femme. Il s'agit de la faire jouir, par les caresses sur la peau mais aussi par la masturbation, voire l'introduction d'un objet dans son vagin.

## LIVRES

### Les enfants intellectuellement précoces

Gérard Bléandou  
Coll. *Que sais-je ?* n°3698  
Presses Universitaires de France

Dès qu'il est question d'enfants surdoués, on tombe dans la passion et on ne peut éviter les controverses. Une option consiste à prendre ouvertement leur parti et à apporter ses forces au groupe de pression. Il en va, ainsi, des associations de parents d'enfants précoces et leurs alliés professionnels (ils portent fréquemment une double casquette). Une autre option, plus délicate à tenir, conduit à se tenir à distance de la passion, à essayer de rester objectif. C'est celle choisie dans cet ouvrage, qui résume ces deux points de vue.

Gérard Bléandou aborde de façon claire et vivante l'historique et la définition du concept, donne des exemples, décrit les textes et leur emploi, précise les difficultés psychologiques des surdoués et les réponses pédagogiques, leur devenir et leurs rapports avec l'intelligence artificielle. Mais les enfants surdoués peuvent intéresser par-delà leur situation particulière. Ils apparaissent comme des révélateurs de l'évolution de notre société. Gérard Bléandou appréhende cette évolution en distinguant leur position sociale au cours de trois époques : au début du XX<sup>e</sup> siècle, avec la généralisation de l'enseignement obligatoire et l'épanouissement de la première révolution industrielle ; la seconde, juste après la Seconde Guerre mondiale, avec la nécessité de reconstituer les élites sociales et la remise en cause d'un ordre social traditionnel ; la dernière est celle des sociétés postindustrielles et individualistes.

G. Massé

### Mener l'évaluation interne dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux

Jacques Danancier  
Dunod 23 €

La démarche évaluative tend à se généraliser dans le secteur social. La loi du 2 janvier 2002 rend, en effet, obligatoire l'évaluation pour l'ensemble des établissements. Cet ouvrage s'inscrit dans ce contexte et propose une méthodologie permettant aux cadres et directeurs d'établissement de répondre à cette obligation. L'évaluation constitue la partie vive de la démarche qualité. Elle touche des enjeux concernant le sens, la dynamique et la continuité des modes d'actions choisis par les établissements. Elle requiert une construction et une mise en œuvre participative associant les acteurs de la vie institutionnelle selon leurs niveaux respectifs d'implication. L'évaluation interne peut revêtir plusieurs formes.

Cet ouvrage en développe trois, pour répondre aux exigences actuelles de l'accompagnement éducatif et social : l'évaluation de conformité attachée à la relecture générale des prestations et de l'organisation ; l'évaluation dynamique interne de projet (EDIPE) dans sa dimension qualitative, fonctionnelle et de résultat, elle accompagne le déroulement du projet d'établissement ou de service ; les évaluations spécifiques avec deux exemples : l'auto-diagnostic des formes de violence repérables en établissement et l'évaluation du partenariat.

Ce livre est construit sur le développement de modalités d'application pratique, avec de nombreuses illustrations et des préconisations issues d'applications sur le terrain.

Cette attirance pour la femme est l'héritière d'un trop de jouissance du corps avec la mère. Cela a pour effet que des relations sexuelles avec des femmes vont s'établir sur un mode homosexuel avec souvent une vie de couple stable. Ce qui est spécifique cependant est que le sujet transsexuel prend un rôle d'homme et se considère, plus ou moins secrètement, par rapport à sa partenaire, comme un homme.

S'il peut, un temps, se questionner sur une éventuelle homosexualité, ce « être comme un homme » ou « être un homme » va très rapidement prendre le dessus, au point que le signifiant homosexuelle deviendra persécuteur. Certains couples se défont dans ce contexte, la partenaire tenant à une relation homosexuelle classique et ne supportant pas l'évolution vers la masculinité de leur objet d'amour. L'autre point spécifique dans cette relation sexuelle est que le sujet transsexuel, tout comme le masculin, a un dégoût de ses organes génitaux.

Il cherchera donc à les cacher, cacher cette vacuité insoutenable et refusera tout contact corporel mettant en fonction son vagin ou son clitoris par la partenaire.

Le destin de la masturbation du clitoris n'est pas ici la jouissance clitorienne produite par la masturbation par la partenaire comme dans l'homosexualité mais le nouage avec l'envie du pénis qui ne provoque pas de métaphore et reste dans le réel. Il est nécessaire d'obtenir l'objet paternel, le pénis réel par la chirurgie.

Différentes possibilités feront autant de solutions : utilisation d'une prothèse ou mise en place par une chirurgie de plus en plus performante d'un pénis de chair.

Comme dans le transsexualisme masculin, mais de façon encore plus variée, différentes solutions seront trouvées par les sujets. Le point le plus commun aux transsexuels féminins est l'ablation chirurgicale des seins.

Après toute une période où il y a un bandage de la poitrine, l'opération chirurgicale est choisie après le moment de bascule qui fait sortir du retranchement solitaire, la certitude d'une erreur de la nature et d'être un homme.

L'insertion socio-professionnelle est souvent meilleure que dans les cas masculins.

## La question de la psychose

Notre opinion est que la mise en évidence d'une forclusion localisée, celle du pénis, ne doit pas avoir pour conséquence de ranger les transsexuels parmi les dits psychotiques.

Lacan a utilisé, de nombreuses fois, les termes de forclusion ou de Verwerfung dans des contextes cliniques sans rapport avec la psychose.

Il orientera, cependant, le transsexualisme dans une confrontation à la psychose dès 1958, dans « *D'une question préliminaire à tout traitement possible pour la psychose* »<sup>(8)</sup>, il indique que la structure qu'il dégage, la forclusion, éclaire l'exigence transsexuelle à être opéré et, surtout, prélève le signifiant transsexualiste pour parler de la jouissance du Président Schreber, d'où naîtra beaucoup de confusion entre psychose et transsexualisme. Il souligne, pourtant, un point souvent ignoré que « *ce n'est pas pour être forclus du pénis (...) que le patient (Schreber) sera voué à devenir une femme* »<sup>(9)</sup>.

En 1971, dans son séminaire, il parle au sujet des cas décrits par Stoller de forclusion lacanienne et dans la séance du 8 décembre 1971 de... *Ou pire*, indique que le transsexuel ne veut plus d'un signifiant et non pas d'un organe, pâtit de l'erreur commune qui confond l'organe et le signifiant : la folie du transsexuel serait de se libérer

de cette erreur, son seul tord étant de vouloir forcer le discours sexuel par la chirurgie. Ici apparaît notre point de divergence avec Lacan.

Nous avons vu que la clinique transsexuelle renvoie à l'énigme pulsionnelle, celle de l'organe, du pénis et déploie une logique à l'insu du sujet. C'est le traitement par le sujet de cette énigme pulsionnelle et de son destin de jouissance, qui pousse le sujet vers la vie par la correction dans le réel, par la chirurgie. Un nouage particulier peut se faire que nous pouvons nommer sinthome transsexuel, effet du destin pulsionnel d'une forclusion. La pulsion est l'écho d'un dire dans le corps pourvu que le corps y soit sensible indique Lacan dans le Séminaire *Le Sinthome*. La forclusion qui est toujours du dire a pour effet que l'écho dans le corps renvoie à un vide ou un trop énigmatique très localisé, sur le signifiant pénis.

Ainsi, le sujet transsexuel ne veut pas uniquement se débarrasser d'un signifiant, il veut aussi se débarrasser d'une pulsion. Le sinthome transsexuel supplée alors au défaut né de ce non record au symbolique. C'est en suivant de façon rigoureuse cette clinique que nous pouvons distinguer la fonction de la jouissance du Président Schreber de la fonction de la jouissance transsexuelle.

La clinique permet donc de repérer des psychoses où le thème transsexuel à un autre fondement que la jouissance transsexuelle que nous avons définie. Il y a dans ces cas nulle indication d'opération. Il se pose parfois le délicat problème pris en compte par le DSM IV de transsexuels schizophrènes ou psychotiques.

Cela est à examiner, au cas par cas, avec beaucoup de temps d'élaboration à la fois du sujet et des équipes, plusieurs années souvent. Il nous paraît intéressant de soutenir le point de vue qui distingue les sujets psychotiques qui présentent un syndrome transsexuel, avant comme après le traitement de leur psychose, pour poser l'indication d'un traitement.

## Une pratique de transfert

Les sujets transsexuels ne s'adressent que très rarement à un psychanalyste avant l'opération. Leur conviction d'une erreur de la nature ne va guère dans le sens d'un questionnement subjectif. Par contre, il est possible qu'une demande en rapport avec un malaise quant à l'identité sexuelle, avant que l'étiquette de transsexuel ne soit fixée, soit faite.

Nous pensons que les repères que nous avons dégagés, permettront de traiter par le signifiant l'excès de jouissance dans le corps qui se manifeste et qui est interprété par le sujet comme étant de l'autre sexe.

Ce traitement, à travers l'écoute et le respect de la construction du sujet produit un apaisement, une reconnaissance. Il est un soutien vers ce qui fait dignité pour le sujet. Certains psychothérapeutes ou psychanalystes auraient tendance à vouloir forcer le sujet vers un retour vers le sexe d'origine. Passée la puberté, cela est peine perdue et plutôt générateur de mal-être puis de refus. En ce qui concerne un traitement dans l'enfance précoce, les traitements psychothérapeutiques sont très rares, nous n'avons pas d'expérience à ce sujet. Ils sont décrits par Stoller comme les seules indications de retour possible vers la sexualité conforme au sexe anatomique.

Il nous paraît important de pouvoir respecter les temps d'élaboration du sujet quant à la subjectivation des effets de la forclusion du pénis que nous avons décrit.

Cela a pour conséquence de ne pas remettre en cause la conviction du sujet ce qui permet d'accueillir une souffrance, notamment dans les

moments charnière que nous avons décrit. Pour ce faire et qu'une pratique de transfert tienne, il convient, bien sûr, de respecter dans l'expérience d'énonciation le sexe proposé par le sujet. Il convient de pouvoir l'appeler Monsieur ou Madame, en contradiction avec le sexe d'origine.

Toute autre attitude ne peut aboutir qu'à un refus de prise en charge. Esquirol<sup>(10)</sup> déjà témoignait de ce repérage important, comment tel sujet féminin convaincu d'être de l'autre sexe était persécuté par le signifiant Madame et apaisé par le signifiant Monsieur. Cela est le repère minimum pour qu'une pratique d'écoute puisse opérer.

Avant l'opération, le traitement psychothérapeutique peut être sollicité du fait de la tentation de disparition du sujet par le suicide. Nous avons insisté sur les points structuraux qui poussent vers la vie et qui serviront de repères.

Après le traitement hormono-chirurgical, il est nettement moins rare que le sujet transsexuel ne s'adresse à un psychothérapeute ou un psychanalyste. L'opération ne résout pas tout du mal-être. Il s'agit, pour l'homme devenu femme, de parer au défaut du manque de féminité dans le corps et que l'autre ne le trouve pas assez femme parfaite.

La pratique de transfert permettra de tenter d'apaiser la surconsommation de chirurgie esthétique en devenant lieu de reconnaissance de cette féminité et en traitant par la parole le trop de masculinité.

Pour la femme devenue homme, il s'agit souvent d'un doute sur la masculinité non pas dans le corps mais dans la façon dont les autres la reconnaissent ou pas, la menace de n'être pas assez viril par rapport aux autres par exemple. D'autres sujets reviendront sur leur enfance, et proposeront au traitement leur histoire familiale qui mettra, la plupart du temps, en scène le trop maternel ou le trop paternel. D'autres pourront parler de leur paternité ou de leur désir d'enfant.

Nous pensons que l'étude de la clinique transsexuelle, d'un point de vue psychanalytique, permet de dépasser le trépid nosographique devenu obsolète de Névrose, Psychose et Perversion. Elle offre un gain de savoir sur un certain nombre de concepts, tels que forclusion ou phallus.

Une des pistes que nous proposons à ce sujet est sans doute de lier les nouages de jouissance et de signifiant au concept de retranchement, de refoulement et de forclusion. Beaucoup de syndromes nouveaux peuvent être éclairés par le concept de forclusion localisée lié à celui de retranchement. ■

Hervé Hubert\*

Psychiatre, Psychanalyste, Elan Retrouvé, Paris.

## Bibliographie

- (1) MORRIS J, *L'énigme*, Gallimard, Paris, 1974, p.11.
- (2) HEWITT P, *Un homme en elle*, Editions n°1, Paris, 1996.
- (3) HUBERT H, *Clinique du transsexualisme, une logique de retranchement*, Thèse du Département de Psychanalyse, Université Paris VIII, février 2003.
- (4) LACAN J, Séminaire *Le sinthome*, séance du 18 novembre 1975, publié dans *Ornicar* n°6, Navarin, Paris, 1976, p. 9.
- (5) ALBY J-M, *Contribution à l'étude du transsexualisme*, Thèse de médecine, 1956, Paris.
- (6) KRAFFT-EBING, *Psychopathia Sexualis*, Payot, Paris, 958, p.651-668.
- (7) HEWITT P, opus cité, p.67.
- (8) LACAN J, *D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose*, in *Ecrits*, Seuil, Paris, 1966, p.568.
- (9) *ibid*, p. 565.
- (10) ESQUIROL, *Des maladies mentales*, Paris, 1838.

# A corps perdu

## abcd, une collection d'Art brut\*

L'exposition « *A Corps perdu* » présente, à travers une sélection de plus de deux cent cinquante œuvres, un large éventail de la collection d'art brut « abcd » (Art Brut, Connaissance & Diffusion) réunie par Bruno Decharme.

Paris, qui a vu naître l'art brut au lendemain de la seconde Guerre mondiale, n'a accueilli d'exposition d'art brut stricto sensu dans l'un de ses musées « officiels » qu'en 1967, date de la présentation de la collection de Dubuffet au Musée des Arts Décoratifs. Si l'on excepte le travail que mène avec persévérance la Halte Saint-Pierre, dont le champ d'exploration va de l'art populaire à l'art singulier en passant par l'art brut, rares sont à Paris les manifestations exclusivement consacrées à l'art brut depuis près de trente ans. Il a donc semblé à la fois utile et opportun de répondre à la proposition de la collection abcd et de permettre ainsi au public parisien de se confronter à ces œuvres si particulières.

Sans doute est-il aujourd'hui difficile de démêler les différentes appellations qui se sont succédées autour de la catégorie « *inventée* » par Dubuffet. « *Art brut* » « *Art singulier* », ou le terme anglais d'« *Outsider art* », recourent des notions en réalité très différentes. Sous la pression du marché, notamment, on assiste depuis quelques années à une vague d'expositions qui se revendiquent de l'art brut et ne sont, pour la majorité d'entre elles, que l'occasion pour des artistes « *professionnels* » de trouver à s'exposer, pour des galeries ou autres « *foires* » d'utiliser le label créé par Dubuffet pour créer événements et profits.

La collection abcd, au contraire, cherche à revenir à l'authenticité du concept et s'est constituée en prenant appui sur les principes et les acquis de la collection de Dubuffet. Elle en reprend donc, à peu près dans les mêmes proportions, les principales catégories - œuvres médiumniques, œuvres réalisées par des personnes internées dans des hôpitaux psychiatriques et œuvres d'artistes solitaires - mais en restant fidèle à une conception stricte de l'art brut, dont la meilleure définition serait celle de Michel Thévoz : « *L'art brut est de l'art pratiqué par des personnes qui, pour une raison ou pour une autre, ont échappé au conditionnement culturel et au conformisme social : solitaires, inadaptés, pensionnaires d'hôpitaux psychiatriques, détenus, marginaux de toutes sortes. Ces auteurs, insoucieux ou ignorants de toute tradition ou de tout mode artistique, ont produit pour eux-mêmes, sans se préoccuper de la critique du public, ni du regard d'autrui en général, des œuvres hautement originales par tous leurs*

aspects » (Michel Thévoz, *La Collection d'art brut*, Lausanne, 1976).

## Qu'est-ce qu'une œuvre d'art brut ?

Pour l'essentiel constituées de dessins, de collages, d'assemblages, seuls les médiums utilisent la peinture sur toile, les œuvres d'art brut relèvent du bricolage le plus éhonté, le plus ludique aussi. Réalisées dans des conditions précaires, elles sont le fait d'hommes et de femmes en situation de rupture sociale et placés hors de la sphère de la production et du travail - il est frappant par exemple de constater que, lorsqu'ils ont eu une vie active, les artistes brut ne commencent leur œuvre qu'une fois à la retraite. Il n'est, par ailleurs, que de parcourir les biographies de ces artistes pour comprendre à quel point leur destin souvent tragique, leur vie faite d'accidents et d'errance, d'extrême dénuement dans lequel ils ont vécu, tes atteintes, enfin, de maladies psychiques très graves, ont pu à la fois les conduire hors de toute « *normalité* » et créer, a contrario, les conditions d'élaboration d'œuvres en tout point singulières et toujours inventives, qui en font de véritables œuvres d'art. Ces œuvres résultent donc, le plus souvent, d'une pulsion créatrice irrépressible, et constituent souvent pour eux le seul moyen de dire leur désarroi ou d'exprimer leur souffrance, de soulager leur détresse voire, pour certains, de retrouver un lien social. Directement en prise avec l'inconscient, elles expriment de fait quelque chose qui est de l'ordre du délire, de l'hallucination, ou d'une enfance - d'une prime enfance - brutalement réactivée. Œuvres fortes, parfois violentes, souvent dérangeantes, c'est parce qu'elles viennent de cette zone très lointaine et généralement refoulée que certaines d'entre elles ont le rare pouvoir de susciter en nous, comme par un effet d'écho, trouble, malaise ou rejet. Elles n'obéissent enfin à aucune visée « *extérieure* », n'ont d'autre but qu'elles-mêmes.

Les cas de Madge Gill ou d'Henry Darger, dont les dessins n'ont été découverts qu'après leur mort, sont ici des cas limites, mais exemplaires.

Exécutées avec des moyens rudimentaires (mine de plomb, crayons de couleur, gouache, broderies...) sur des supports précaires (papiers d'emballage, feuilles assemblées, carnets, cahiers), ou avec des matériaux de récupération, incluant parfois des matières inattendues (mercure au chrome, teinture d'iode, médicaments pilés, sang), ces œuvres parviennent, néanmoins, à trouver des solutions formelles originales

## Des psychiatres hospitaliers contre une diminution des stages hors CHU des internes en psychiatrie

La commission médicale d'établissement du centre hospitalier Esquirol de Saint-Maurice (Val-de-Marne) s'inquiète d'un risque de diminution de la durée des stages hors CHU des internes en psychiatrie. Dans une motion votée le 5 mars, la CME s'inquiète des discussions en cours sur la maquette du Diplôme d'études spécialisées en psychiatrie, pour laquelle seraient envisagées une diminution de la durée de l'internat, actuellement fixée à 4 ans, et une augmentation, de 1 à 4 semestres, de la durée des stages en service hospitalo-universitaire, au détriment des stages en service non hospitalo-universitaire. La CME s'oppose à « *toute modification qui irait dans le sens d'une diminution du nombre d'années de formation en psychiatrie* », sachant que, dans la plupart des pays européens, le cursus dure 5 ans. Elle s'oppose aussi « *très fermement* » à une diminution de la part relative des stages hors CHU, « *revendiqués par les internes eux-mêmes comme très formateurs pour une pratique ultérieure* » à l'hôpital ou en libéral. « *Il semble évident que toutes les modifications envisagées ont pour but essentiel de combler le manque d'internes dans certaines filières et qu'elles ne sont pas favorables à la formation des futures psychiatres* ». Cette formation « *se doit d'être d'une part suffisamment dense et d'autre part équilibrée entre les différents types de sites formateurs* ». ■

P.C.

L'ASSOCIATION FRANCO-ARGENTINE DE PSYCHIATRIE ET DE SANTÉ MENTALE

vous invite à la

**Soirée-débat en hommage à Enrique Racker  
(1910-1961)**Psychanalyste argentin, auteur des *Etudes sur la technique psychanalytique***"Vous avez dit contre-transfert?"**

Mercredi 2 juin 2004 à 20h

Avec la participation de

Diana Rabinovich, Daniel Widlöcher et Alejandro Dagfal

Amphithéâtre Charcot, Groupe Hospitalier La Pitié-Salpêtrière, 47-83 boulevard de l'Hôpital, Paris 5013. Informations: psy.francoarg.asso@free. Dr M. Reça : 01 48 00 83 86.

et inventives, en tout cas fortement personnelles et généralement en adéquation parfaite avec leur propos. D'expression naïve (Josef Kart Rädler), ou populaire (Mary T. Smith), fantastique (Friedrich Schröder-Sonnenstern) ou enfantine (August Walla), on aurait cependant tort de les réduire à ces catégories. Car toutes possèdent leur propre authenticité. Et, même quand l'artiste qui les a créées a reçu une formation artistique (Kart Fredrik Hill, Louis Soutter), la partie de leur œuvre qualifiée de « brute », généralement commencée à la suite d'un choc psychique, présente une forte rupture par rapport à l'apprentissage académique. Dans tous les cas, si emprunt il y a à des formes culturelles extérieures, la démarche relève plus de la prédation que de l'influence, de la captation que du mimétisme. Ces œuvres cheminent donc selon une logique qui leur est propre et, souvent répétitives, obsessionnelles, s'inscrivent parfois dans de très vastes ensembles formant sagas (Henry Darger), encyclopédies (Joseph Emile Hodinos) ou autres cosmogonies délirantes (Adolf Wölfl). Chaque technique, chaque procédé, chaque détail y a donc un sens précis et l'ensemble, pour autant qu'il puisse être démêlé, se révèle dans la plupart des cas d'une extraordinaire complexité. Les corps y sont reclus (Jaime Fernandès), troués (Carlo) décomposés (Attilio Crescenti, Philipp Schöpke) ou se muent en d'impossibles machines (L.C. Spooner), les visages se multiplient (Edmund Monsiel), ils s'imposent (Eugène Gabritschewsky) ou se fluidifient (Chartes Lanert). Le monde extérieur se fragmente en des milliers de micro événements qu'il s'agit, en temps réel, de noter et d'ordonner (Zdenek Kosek, Frances) ou prend l'allure d'imposantes machineries (Oscar Morales Martinez, Leos Wertheimer) La maladie fait partie prenante de l'œuvre : Martha Grünenwaldt dessine sur des feuilles d'électroencéphalogramme, Emmanuel, dit « *le Calligraphie* » incorpore dans ses œuvres son traitement médical réduit en poudre. Il faut noter enfin le rôle considérable que l'écrit tient dans nombre de ces œuvres. Légende ou commentaire, il tente d'en expliquer le cheminement (Henry Darger, Adolf Wölfl). Composé de mots empruntés à plusieurs langues ou parfois inventés, il devient, au même titre que le dessin, un élément plastique (Carlo, Janko Domsic, August Walla). Dicté par les « *esprits* » (Léon Petitjean) il peut être également la transcription des mots de la voix qui guide la main et parle aux médiums.

**Principe de l'exposition**

Nous avons choisi de présenter les œuvres et les auteurs d'art brut selon un principe géographique, divisant le parcours en trois zones - Europe occidentale ; Europe centrale et Europe de l'Est ; Amérique du Nord et Amérique du Sud. Outre que ces divisions correspondent à une réalité historique - les premières collections ont rassemblé des œuvres d'artistes d'Europe occi-

dentale et ce n'est que tout récemment que des prospections ont pu être menées en Europe centrale et en Europe de l'Est - les regroupements ainsi opérés permettront peut-être de repérer d'œuvres en œuvres, ce qui est issu d'un fonds culturel propre à chaque zone (par exemple l'imagerie populaire, ou l'imagerie de propagande chez les Russes Michaël Kaliakine ou Alexandre Lobanov) ou, au contraire, de faire apparaître des thèmes ou des images communes, quelle que soient l'origine de leurs créateurs, par exemple le thème des locomotives chez l'américain Martin Ramirez ou le tchèque Leos Wertheimer. Car il est probable que, contrairement à ce que Dubuffet avançait de façon provocante, ces artistes ne soient pas, ou pas tous, « *indemnes* » de toute culture.

**Parcours de l'exposition****Europe occidentale**

C'est en Europe occidentale (Suisse, Allemagne, France) que se sont constituées les premières collections d'art psychopathologiques et que, après les recherches menées en particulier par les surréalistes dans l'entre deux guerres, Jean Dubuffet a mené ses premières prospections à partir de 1945. On retrouvera donc dans cette partie les principaux créateurs, considérés comme « *historiques* » : Aloïse Corbasson, dite -, suisse, 1886-1964), présente par plusieurs carnets et dessins dont un immense dessin biface de près de trois mètres de haut ; Adolf Wölfl (suisse, 1864-1930) dont est, notamment, exposé l'immense Château Bremgarten mêlant dessin, écritures et portées musicales ; Scottie Wilson (anglais, 1888-1972) dont on verra un des tous premiers autoportraits ; Miguel Hernandez (espagnol, 1893-1957) est représenté par deux peintures, Auguste Forestier (1887-1958) par un bel ensemble de petites figures de bois et un grand bateau, Pascal-Désir Maisonneuve (1863-1934) par l'un de ses fameux masques réalisé avec des coquillages, Emile Josome Hodinos (Joseph Ernest Ménetrier, dit -, 1853-1805) par deux de ses étranges projets de médailles. Les grands médiums sont également présents, et l'on y retrouve les principaux noms qu'André Breton citait dans son article « *Le Message automatique* » paru en 1936 dans la revue *Minotaure*. Sont ainsi présentés la grande huile sur bois d'Hélène Smith (Catherine Elise Müller, dite -, suisse, 1861-1929) reproduite par André Breton, trois des quatre eaux-fortes de Victorien Sardou (1831-1908), de rares dessins médiumniques de Fernand Desmoulin (1853-1914), un grand drap de Madge Gill (anglaise, 1882-1961), plusieurs broderies de Jeanne Tripièr (1869-1944) et deux ensembles importants de toiles de Fleury-Joseph Crépin (1875-1948) et d'Augustin Lesage (1876-1954). Figurent, également, dans cette partie deux grandes toiles de Miguel Hernandez (espagnol, 1893-1957), quelques étranges sculptures de Joseph

Barbiero (1901-1992), de petits moulages de Henri Salingardes (1872-1947) et deux « *barbus Müller* », sculptures d'origine inconnue, l'un des rares vestiges de la maison de Camille Renault (1870-1954), des galets sculptés de Jean Pous (1875-1973), plusieurs dessins retraçant les diverses étapes de l'œuvre de Carlo (Carlo Zineli, dit -, italien, 1916-1974), quelques curieux dessins d'Hans Fahmi (allemand, 1874-1939), quelques unes des rares œuvres conservées de Jaime Fernandès (portugais, 1899-1968) et, parmi les artistes qui ont reçu une formation artistique et académique, des dessins de Carl Fredrik Hill (suédois, 1849-1811), Louis Soutter (suisse, 1871-1942) et Paul Goesch (allemand, 1885-1940). Place doit être, enfin, réservée aux artistes qui, internés à l'hôpital de Gugging, en Autriche, y ont bénéficié, sous l'impulsion du Professeur Navratil, de conditions particulières leur permettant de créer librement et de vendre leurs œuvres à l'extérieur grâce à la mise en place d'une structure particulière : la Maison des artistes. Parmi les artistes de Gugging, seront présents dans l'exposition Johann Fischer (né en 1919), Johann Hauser (1926-1996), Rudolf Horacek (1915-1986), Max (1937-1988), Philipp Schöpke (1921-1998), Oswald Tschirtner (né en 1920) et Auguste Watta (né en 1920).

**Europe centrale et Europe de l'Est**

La chute des régimes communistes a rendu possible, depuis une dizaine d'années, la prospection en Europe centrale : République Tchèque, pays de l'ex-Yougoslavie, Pologne et Russie. Repérées dans des galeries ou dans des expositions d'art thérapie, certains de ces artistes se révèlent d'immenses créateurs. C'est, évidemment, le cas d'Edmund Monsiel (polonais, 1897-1962) dont est présenté un ensemble de dessins qui, inspirés de l'iconographie traditionnelle, populaire et religieuse, se présentent comme la répétition obsessionnelle, multipliée, d'un seul et même visage. C'est également un visage que dessine Kazimierz Cycon (polonais, né en 1931) alors qu'Hélène Reimann (polonaise, 1893-1987) s'attache aux objets du quotidien. Janko Domsic (croate, 1915-1983), et Vojislav Jakic (serbe, né en 1932) traitent, chacun à sa manière, du corps confronté à son destin.

Les artistes d'origine tchèque excellent dans une certaine forme de fantastique, à l'exemple de Karel Havlicek (1907-1988) ou, au-delà d'une apparente simplicité, Anna Zemankova (1908-1986). Lubos Plyn (né en 1961) présente de très inquiétantes anatomies. Chacun selon sa propre grille, Kosek (né en 1949) ou Frances (né en 1974) notent leur quotidien immédiat, Kosek sous la forme de cartes météo portant mention du moindre événement, de la moindre perturbation, du moindre détail que sa maladie lui fait ressentir de manière exacerbée, Frances en se constituant des cahiers composés de collages, d'objets et de textes lui permettant ne pas oublier sa propre histoire. Il est à noter que ces deux artistes ont choisi de confier leurs œuvres à *La collection abcd* qui est donc la seule à en posséder.

Les œuvres ici présentées des artistes russes Alexandre Lobanov (né en 1924), Leonide Jilkin (?-?) (Michaël Kaliakine (?-?) Fiodor Smirnov (1905-1966) peuvent sembler plus directement issues de la culture populaire ou de l'imagerie de propagande, qu'elles détournent pourtant de leur sens traditionnel ou politique. Le cas d'Eugène Gabritschewsky (1893-1979) doit être traité à part : biologiste éminent et chercheur reconnu, il a créé une œuvre plastique profondément originale tout au long de son internement, à partir de 1929.

**Amériques  
Amérique du Nord**

Comme dans le cas de la Russie, on pourrait retrouver dans les œuvres des artistes bruts nés aux Etats-Unis une influence plus forte de la culture populaire ou du mode de vie américain. C'est le cas des visages des vedettes de la chanson ou du petit écran que dessine Gene Meritt (né en 1936), des schémas et plans de machines que L.C. Spooner (?-?) colle sur les pages d'un catalogue de mode, des immenses voies de chemin de fer de Martin Ramirez (né au Mexique en 1895, mort aux Etats-Unis en 1963) ou encore des images urbaines de Brooks Yeomans (né en 1957) Mary T. Smith (1904-1995) peut, quant à elle, paraître plus proche du folk Art, celle de Ted Gordon (né en 1924) influencée par la bande dessinée. Les dessins d'Helen Butter Wells (1854-1940) nous rappellent que le spiritisme est né aux Etats-Unis. Bill Traylor (1854-1947), né esclave, s'est mis à dessiner à plus de quarante ans. Sur des supports précaires il fixe des souvenirs puisés dans sa vie mouvementée. Toute son œuvre, qui vaut maintenant des fortunes, lui a été achetée contre deux hamburgers, et une bouteille de bourbon.

Il faut, enfin, mettre à part l'œuvre d'Henry Darger, composée d'immenses feuilles assemblées en une sorte de frise et qui, mises bout à bout, illustrent l'histoire des Vivian Girls. Utilisant la silhouette d'une petite fille (la petite Any, personnage très célèbre de la littérature enfantine aux Etats-Unis) découpée dans des journaux, Darger la multiplie et raconte ainsi comment les Vivian Girls parviennent (ou ne parviennent pas) à se sortir des menaces et agressions du peuple esclavagiste des Glandéliniens.

Quatre de ces immenses gouaches bifaces sont ici présentées. L'œuvre d'Henry Darger, dont personne n'avait jamais soupçonné l'existence, ne fut découverte qu'après sa mort lorsque les propriétaires de sa chambre voulurent débarrasser celle-ci. Depuis cette date, Nathan et Kiyoko Lerner se sont attachés à la sauvegarder et ils ont, notamment, créé une fondation vouée à la faire connaître.

**Amérique Latine**

Grâce au travail et à l'influence de deux médecins, Osorio Cesar puis Nise da Silveira, d'importantes collections de dessins d'aliénés ont pu être créées et conservées au Brésil. C'est des vestiges de la collection d'Osorio Cesar que viennent les dessins d'Albino Braz (?-?) de Consuelo « *Chelo* » Gonzales Amezcua, Pedro Cornas (1893-?) et des différents anonymes brésiliens présentés dans l'exposition.

La grande figure de Chico Tabibuia, descendant d'esclave, ou les petites sculptures de Nino se rapprochent, quant à elles, d'une certaine forme d'art populaire.

**Le Catalogue**

Outre la reproduction de 150 des œuvres exposées et des notices biographiques sur chacun des artistes présents, le catalogue laisse une large place au débat autour de l'art brut.

Soixante-dix ans après les premières prospections menées par Dubuffet, il peut sembler utile de s'interroger sur ce qu'a été, sur ce peut être l'art brut en ce début du XXI<sup>e</sup> siècle. Le catalogue, porte l'attention sur plusieurs axes de réflexion :

- *La collection abcd*, entretien avec Bruno Decharme, cinéaste, collectionneur, fondateur de l'association « *abcd* ». La démarche de Bruno Decharme entre dans le cadre d'un projet global. Celui du collectionneur réunissant un ensemble de qualité, très sélectif. Celui du cinéaste réalisant une série de documentaires sur des œuvres et des créateurs d'art brut. Celui du chercheur, s'attachant le concours de l'association « *abcd* » pour constituer à partir de 1999 un pôle de réflexion dont les travaux prennent corps à travers des livres, des expositions, des films et des enquêtes sur le terrain. Au cœur de ce projet, l'interrogation du concept d'art brut, la mise en perspective de la pensée de Jean Dubuffet sous les regards croisés de représentants de diverses disciplines intellectuelles et d'amateurs éclairés.

- *Cent ans de collection, un siècle de collectionneur*, par Barbara Safarova. Concept ouvert par excellence, l'art brut ne tire sa raison d'être que des œuvres qu'il rassemble. L'histoire des recherches et des collections successives qui ont fini par s'y cristalliser pourrait en éclairer la genèse et aider à comprendre les regards différents que l'on a porté, depuis la seconde moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, sur ces œuvres par définition marginales.

- *A la croisée des regards*, entretien avec Béatrice Steiner, psychiatre et psychanalyste. Marginales, ces œuvres le sont car, décalées, insaisissables, elles ont l'extraordinaire pouvoir de nous entraîner « *de l'autre côté du miroir* », fût-ce à notre corps défendant. Il a paru donc nécessaire de tenter d'expliquer ce pouvoir et, pour ce faire, de revenir sur leur processus d'élaboration, sur les conditions même de leur réalisation et l'investissement psychique très particulier dont elles témoignent.

- *Art brut, art culturel*, entretien avec Jean-Louis Lanoux, libraire, historien de l'art brut. Mais marginales, elles sont également en devant être, selon les principes mis en avant par Dubuffet, « *aussi peu que possible débitrices de l'art couturier ou des poncifs culturels* ». Brutale, mais sans doute nécessaire dans le contexte qui était alors le sien, cette opposition tranchée entre l'art brut et l'art « *culturel* », méritait d'être questionnée. ■

G.M.

\*Exposition ouverte du 30 avril au 26 septembre 2004 tous les jours sauf lundi et jours fériés de 11h30 à 18h30. Pavillon des Arts, Les Halles, Porte Rambuteau, Terrasse Lautreàmont. Tél. 01 42 33 82 50. Fax 01 40 28 93 22

**Prix Jean Trémolières 2004****PRIX DE SCIENCES HUMAINES APPLIQUÉES À LA NUTRITION**

Ce Prix récompense un ouvrage éclairant la psychologie alimentaire, les habitudes et comportements alimentaires individuels ou collectifs.

Le travail présenté peut être un ouvrage publié en librairie, une thèse de Doctorat en Médecine, de Doctorat ès Sciences, un Mémoire de D.E.S. de Psychiatrie, un D.E.A. ou Doctorat de Philosophie, de Psychologie, de Sociologie ou d'Histoire. Le montant du Prix est de 3000 euros.

Le Jury du Prix est composé de 4 spécialistes.

Les ouvrages doivent parvenir à l'APRID  
(Association des Praticiens pour l'Information en Nutrition et Diététique)  
avant le 31 décembre 2004  
B.P. 154 - 75770 Paris Cedex 16  
Tél. 01.47.04.87.44 - Fax 01.47.04.87.08  
e-mail : aprid@aprid.asso.fr

## ANNONCES EN BREF

**12 mai 2004.** Paris. Journée de formation organisée par *Décision & Stratégie Santé* en partenariat avec la revue *Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie* sur le thème : *Les consultations en neurologie-psychiatrie-gériatrie*. Inscriptions : *Décision @ Stratégie Santé*, 21 rue Camille Desmoulins, 92789 Issy-les-Moulineaux Cedex 9. Tél. : 01 73 28 16 17 / 16 10. Fax : 01 73 28 16 11. E-mail : cecile.desmet@medimedia.fr. Site : www.decision-sante.com.

**14 mai 2004.** Paris. Colloque Fil Santé Jeunes sur le thème : *Désordres amoureux à l'adolescence*. Renseignements et inscriptions : tél. : 01 44 93 30 79. Fax : 01 44 93 44 89. E-mail : colloque@epe-idf.com. Site : www.epe-if.com.

**14 et 15 mai 2004.** Reims. IX<sup>èmes</sup> Rencontres de la CRIEE sur le thème : *Aux limites du sujet*. Renseignements et inscriptions : Gérard Rodriguez, Patrick Chemla, Centre de Jour A. Artaud, 45 rue Jeanne d'Arc, 51100 Reims. Tél. : 03 26 40 01 23. Fax : 03 26 77 93 14.

**29 au 31 mai 2004.** Toulon. XIII<sup>ème</sup> séminaire du Comité Européen : Droit, Ethique et Psychiatrie sur le thème : *Echanges Européens sur les concepts et les pratiques*. Renseignements : Catherine Paulet, SMPR des Baumettes, 213 chemin de Morgiou, 13009 Marseille. Tél. : 04 91 40 88 63 ou 66 ou 72. Fax : 04 91 40 57 12. Dom. : 04 91 44 49 28. catherine.paulet@free.fr.

**1er juin 2004.** Paris. Séminaire organisé par le CTNERHI sur le thème : *Parentalité et handicap*. Renseignements et programme : Régine Martinez, CTNERHI, 236 bis rue de Tolbiac, 75013 Paris. r.martinez@ctnerhi.fr.

**2 juin 2004.** Paris. Séminaire organisé par le CTNERHI sur le thème : *Processus d'adolescence chez le sujet atteint d'un handicap : questions et enjeux*. Renseignements et inscriptions : Régine Martinez, CTNERHI, 236 bis rue de Tolbiac, 75013 Paris. Tél. : 01 45 65 59 180. Fax : 01 45 65 44 94. idehdition@ctnerhi.com.fr. Site : ctnerhi.com.fr.

**14 au 19 juin 2004.** Montpellier. 12<sup>ème</sup> Congrès mondial de l'Association Internationale pour l'Etude Scientifique des Déficiences Intellectuelles (IASSID) sur le thème : *La personne, l'environnement, la société : vers une compréhension mutuelle*. Renseignements : Pr David Felce. felce@cf.ac.uk.

**16 au 18 juin 2004.** Bruxelles. Congrès Européen francophone organisé par la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale et la Coordination Enfance sur le thème : *Et les enfants, ça va...? Transformations du lien et évolution des pratiques*. Renseignements : Anne Labby et Eric Messens, LBFMS, 53 rue du Président, 1050 Bruxelles. Tél. : 00 32 02 511 55 43. Fax : 00 32 02 511 52 76. E-mail : lbfsm@skynet.be.

**17 et 18 juin 2004.** Paris. Journées Annuelles de la Société Marcé Franco-phonie. En partenariat avec l'Institut de Puériculture et de Périnatalogie, Service de Psychopathologie du Jeune Enfant sur le thème : *De l'embryon au bébé, lorsque la parentalité paraît*. Pour obtenir un bulletin d'inscription, écrire à Mlle Armelle Broussard, Centre de Guidance Infantile, 26 bd Brune, 75014 Paris, en joignant une enveloppe timbrée portant votre adresse personnelle. Tél. : 01 40 44 39 12. E-mail : ippabgui@free.fr.

**18 juin 2004.** Montfavet. VIII<sup>ème</sup> Colloque inter-régional de Psy-Cause sur le thème : *Privé, public, social : quelles directions ? La psychiatrie est-elle aliénée ?* Inscriptions : Michel Bayle, La Méridienne, 13520 Le Paradou. Contact : D. Bourgeois. Tél. : 04 90 03 91 49. Fax : 04 90 03 91 48.

**18 et 19 juin 2004.** Arles. Colloque organisé par PROFAC, Centre de Psychologie Appliquée sur le thème : *L'art-thérapie : Pourquoi ? Pour qui ?* Renseignements : Profac, 19 ave. Lafayette, 1320 Arles. Tél. : 04 90 93 19 92.

**18 et 19 juin 2004.** Bordeaux. XXX-VII<sup>èmes</sup> Journées Nationales d'Etude de l'UNAFAM sur le thème : *Les orientations de la nouvelle loi sur le handicap*. Inscriptions : UNAFAM Congrès, 12 villa Compoint, 75017 Paris.

**19 juin 2004.** Mortefontaine (60). Journée d'études de la Société Française de Psychologie Individuelle sur le thème : *Violences conjugales*. Renseignements : Dr Debock, tél. : 03 44 57 16 181. Dr Compan : f.compan@wanadoo.fr. Site : www.adler-sfpi.net.

**24 et 25 juin 2004.** Toulouse. Colloque National organisé par l'Université Toulouse le Mirail et l'Université Paul Valéry sur le thème : *La Formation Professionnelle des Psychologues Cliniciens et l'Université*. Renseignements : Sonia Harrati. harrati@univ-tlse2.fr.

**25 et 26 juin 2004.** Luxembourg. Journées de printemps de la SFPE sur le thème : *Le statut ambigu de l'art : entre l'être et l'apparence*. Renseignements : Lony Schiltz, CRP-Santé. Tél./fax : 003 52 43 36 68. Lony.Schiltz@educatoin.lu.

**7 au 10 juillet 2004.** Cannes. 5<sup>ème</sup> Congrès européen Sciences de l'Homme et Société sur le thème : *Femmes/Hommes. L'invention des possibles*. Inscriptions : Cultures en mouvement, BP 155, 06603 Antibes Cedex. Tél. : 04 92 90 44 10. Fax : 04 92 90 44 11. cultures.en.mouvement@wanadoo.fr.

**21 au 24 juillet 2004.** Paris. X<sup>e</sup> rencontre internationale organisée par l'Association Internationale d'Histoire de la Psychanalyse (AIHP) sur le thème : *Psychanalyses et psychiatres. Une longue et complexe histoire*. Renseignements : AIHP-AIHP, 8 rue du Cdt Mouchotte, 75014 Paris. Tél./fax : 01 30 55 41 04. aihpsy@wanadoo.fr.

**2 au 5 septembre 2004.** Rome. 5<sup>th</sup> International neuro-psychoanalysis congress sur le thème : *Splitting, denial and narcissism : neuro-psychoanalytic perspectives on the right hemisphere*. Renseignements : Paula Barklay, Neuro-Psychoanalysis Centre, 21 Maresfield Gardens, London NW3 5SD, England. Paula.Barklay@neuro-psa.org.

**20 au 22 septembre 2004.** Vannes. 53<sup>èmes</sup> Journées Nationales de Formation Continue Croix-Marine sur le thème : *Maladie mentale et situations de handicap : évolutions des concepts, innovations dans les pratiques*. Renseignements : Fédération d'Aide à la Santé Mentale Croix-Marine, 31 rue d'Amsterdam, 75008 Paris. Tél. : 01 45 96 06 36. Fax : 01 45 96 06 05. croixmarine@wanadoo.fr.

**23 septembre 2004.** Douai. 7<sup>èmes</sup> Rencontres de l'Unité de Soins et d'Information sur le thème : *Addictions et créations*. Renseignements et inscriptions : secrétariat de l'USID, 91 rue du Pdt Maurice Wagon, 59500 Douai. Tél. : 03 27 97 67 94. Fax : 03 27 98 01 71. E-mail : christian.colbeaux@ch-douai.fr.

**24 au 26 septembre 2004.** Bordeaux. 12<sup>èmes</sup> Journées de rencontres d'automne de l'Atelier d'Expression Créatrice (ADAEC) organisées par Art-Cru sur le thème : *Emergence de la forme*. Tél. : 05 56 69 06 63. Fax : 05 57 10 60 80. art.cru@wanadoo.fr.

**29 septembre au 2 octobre 2004.** Dijon. XXIII<sup>èmes</sup> Journées de la Société d'Information Psychiatrique sur le thème : *Prescriptions, prescripteurs*. Renseignements et inscriptions : Secrétariat des Journées, Service du Dr M. Verpeaux, CHS La Chartreuse, 1 bd Kir, 21033 Dijon Cedex. Tél. et fax : 03 80 42 48 51. E-mail : michel.verpeaux@chs-chartreuse.fr.

**7 et 8 octobre 2004.** 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 : *Les troubles du comportement dans l'enfance et à l'adolescence*. 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).

**8 et 9 octobre 2004.** Toulouse. X<sup>ème</sup> Carrefour Toulousain sur le thème : *Dépendances, paradoxes de notre société ?* Renseignements : Joyce Aïm. Tél. : 05 61 74 23 74. Fax : 05 61 74 44 52. E-mail : carmed@carmed.org. Site : www.carmed.org.

**9 et 10 octobre 2004.** Paris. Colloque International Nicolas Abraham et Maria Torok sur le thème : *Psychanalyse, histoire, rêve et poésie*. Renseignements : Mme Monique Pelletier, Transition, 21

rue de Lisbonne, 75008 Paris VIII. Fax : 01 43 59 18 14. E-mail : jclauderouchy@wanadoo.fr.

**12 au 14 octobre 2004.** Lyon. Congrès International organisé par ORSPERE-ONSMP sur le thème : *La santé mentale face aux mutations sociales*. Renseignements et inscriptions : Hubert Guyotat Consultant, Le Lazaret, 69640 Denice. Tél. : 04 74 67 47 86. Fax : 04 74 67 43 77. E-mail : hubertguyotat@wanadoo.fr.

**21 octobre 2004.** Avignon. Colloque organisé par l'ARIP sur le thème : *Emotions du bébé, émotions autour du bébé*. Renseignements : ARIP, BP 36, 84142 Montfavet Cedex. Tél. : 04 90 23 99 35. Fax : 04 90 23 51 17. arip@wanadoo.fr.

**25 au 27 octobre 2004.** Lille. Deuxièmes rencontres internationales du Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS). Renseignements : ccoms@epsm-lille-metropole.fr.

**24 au 26 novembre 2004.** Marseille. Colloque organisé par l'association Anthéa et Brazelton sur le thème : *La bien-être, de l'aube de la vie aux premières séparations*. Renseignements : Association Anthéa, 7 place aux Herbes, BP 219, 83006 Draguignan. Tél. : 04 94 69 98 48. Fax : 04 94 68 28 74. anthéa@club-internet.fr.

**25 et 26 novembre 2004.** Paris. Congrès International organisé par l'Association

Parole d'Enfants sur le thème : *Don, pardon et réparation*. Renseignements : téléphone vert 0800 90 18 97.

**26 novembre 2004.** Paris. Colloque organisé par le Collège International de l'Adolescence et le Laboratoire de psychologie clinique et de psychopathologie (Paris V) avec le concours de la MILDT, de l'ISAP, de la SFPEP et de la Fondation Santé des Etudiants de France sur le thème : *Le cannabis à l'adolescence : explorations des limites du moi*. Inscriptions : Mme Auffret, Clinique Médico-Universitaire Georges Heuyer, 6 rue du Conventuel Chappé, 75013 Paris.

**26 et 27 novembre 2004.** Bron. Colloque organisé par l'hôpital du Vinatier sur le thème : *Anthropologie du foetus*. Renseignements : Secrétariat du Dr Slama, Hôpital du Vinatier, 95 bd Pinel, 69677 Bron Cedex.

**4 au 11 décembre 2004.** Martinique. Congrès sous l'égide de l'International Society for Adolescent Psychiatry et de la Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent sur le thème : *Santé mentale de l'enfant et l'adolescent : le point sur les prises en charge*. Renseignements et inscriptions : CARIB Congrès, 43-45 bd Saint-Denis, 92400 Courbevoie. Tél. : 01 47 88 04 22. Fax : 01 47 89 03 24. E-mail : psychiatriles@caribcongres.com. Site : www.caribcongres.com.

## UN ANNUAIRE RECENSE LES DISPOSITIFS DE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ATTEINTES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER

La fondation *Médéric Alzheimer* a publié un annuaire recensant les dispositifs français de prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et d'aide aux aidants. Préfacé par Xavier Emmanuelli, président de la fondation, l'annuaire se divise en trois parties : sa genèse, la façon dont on peut l'utiliser et le classement des structures de prise en charge par type, région, département et ville.

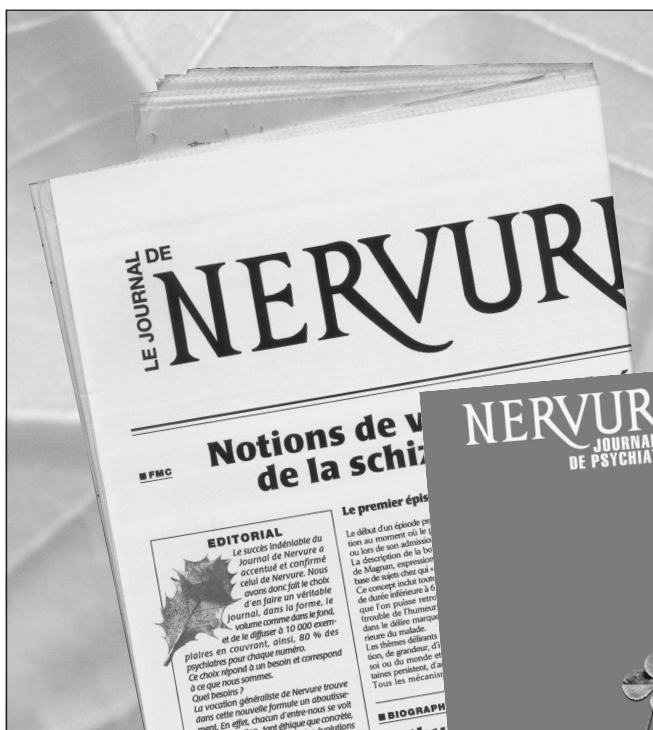
La Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors), à laquelle la fondation *Médéric Alzheimer* avait confié le recueil des données, a recensé :

- 384 lieux de diagnostic comprenant 16 centres mémoire de ressources et de recherche (CMRR, ex-centres experts), 203 consultations mémoire et 165 autres lieux de diagnostic,
- 712 lieux d'information ou de coordination dont 318 centres locaux d'information et coordination gérontologique (CLIC), 210 coordinations ou réseaux gérontologiques,
- 310 lieux de prise en charge et alternatives à l'hébergement dont 95 hôpitaux de jour, 186 accueils de jour et 29 accueillants familiaux,
- 268 dispositifs d'aide aux aidants (permanences téléphoniques, offres de formation, groupes de parole, soutien psychologique individuel,...),
- 5.710 établissements d'hébergement déclarant accueillir à l'entrée des personnes malades comprenant 4.116 maisons de retraite, 950 unités de soins de longue durée (USLD), 356 logements-foyers, 216 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et 72 hébergements temporaires.

Ces chiffres ont été affinés par rapport à la première synthèse nationale présentée par la fondation en septembre 2003, à l'occasion de la journée mondiale sur la maladie d'Alzheimer. (14)

B.L.

Annuaire disponible à la fondation *Médéric Alzheimer*, www.fondation-mederic-alzheimer.org



# Offre d'abonnement

## La Revue + le Journal de Nervure Nouvelle Formule

**45 €\***  
pour un an

**75 €\***  
pour 2 ans

**Tarif étudiant et internes 30 €.**

\*supplément étranger et DOM/TOM =30 €/an

Je m'abonne pour :  1 an  2 ans

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

CHÈQUE À L'ORDRE DE MAXMED à envoyer avec ce bulletin,  
54, boulevard de la Tour Maubourg, 75007 Paris  
Téléphone : 01 45 50 23 08

Je souhaite recevoir une facture acquittée justifiant de mon abonnement.

## NERVURE

JOURNAL  
DE PSYCHIATRIE

Pour vos annonces professionnelles  
contactez Madame Susie Caron au  
**01 45 50 23 08**  
ou par e-mail  
**info@nervure-psy.com**

### Association RENOVATION

#### recrute

pour son dispositif Rive Droite  
un **Médecin psychiatre à temps partiel**  
(0,42 etp).

Poste à pourvoir immédiatement (CCNT 1979).  
Adresser CV et Lettre de motivation à M. Le Directeur,  
IRP Terrefort, 1 route d'Yvrac, 33450 SAINT-LOUBES.  
E-mail : terrefort@renovation.asso.fr. Fax : 05 56 06 58 44.

### LE CENTRE HOSPITALIER DES PAYS DE MORLAIX (Finistère)

3 secteurs de psychiatrie générale, un secteur de  
pédopsychiatrie et un secteur d'alcoologie  
Agglomération touristique de 30 000 habitants,  
dotée d'une gare TGV, située à 10 mn de la mer,  
30 mn de Brest (ville universitaire, aéroport)

#### Recherche des praticiens en psychiatrie générale et infanto-juvénile (tous statuts)

Adresser candidature et CV à :  
Centre Hospitalier Direction des Affaires Médicales  
BP 97237 - 29672 Morlaix Cédex

Renseignements auprès du Président de CME : 02 98 62 60 70,  
de la direction des affaires médicales : 02 98 62 69 11,  
ou des chefs de services de psychiatrie par l'intermédiaire du  
standard : 02 98 62 61 60.

### CENTRE HOSPITALIER SPÉCIALISÉ DE BLAIN (Loire-Atlantique)

- 4 secteurs de psychiatrie adultes •  
situé à 40 mn de Nantes et de La Baule

#### Recrute un médecin psychiatre

Adresser candidature à :  
Monsieur le Directeur  
Centre Hospitalier Spécialisé  
BP 59 - 44130 Blain

Pour tous renseignements :  
Tél. : 02 40 51 51 55 ou cme@ch-blain.fr

### L'ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ DÉPARTEMENTAL DE LA MARNE



Implanté à Châlons-en-Champagne et Reims  
à 175 kms de Paris, proche autoroute A4  
à 1h20 de Paris par la SNCF

Comprenant 8 secteurs Psychiatrie Adultes, 1 SMPR, 1 intersecteur d'alcoologie,  
2 intersecteurs de Pédopsychiatrie

#### Recrute

POUR L'INTERSECTEUR INFANTO-JUVÉNILE MARNE SUD

#### Psychiatre temps plein

Les candidatures, avec curriculum vitae, sont à adresser à :  
Monsieur le Directeur des Ressources Humaines, 56 avenue du Général Sarrail  
51022 Châlons-en-Champagne Cedex

Renseignements au 03 26 70 37 74

### L'ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ DÉPARTEMENTAL DE LA MARNE



Implanté à Châlons-en-Champagne et Reims  
à 175 kms de Paris, proche autoroute A4  
à 1h20 de Paris par la SNCF

Comprenant 8 secteurs Psychiatrie Adultes, 1 SMPR, 1 intersecteur d'alcoologie,  
2 intersecteurs de Pédopsychiatrie

#### Recrute

POUR LE SERVICE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE RÉGIONAL

#### 1 psychiatre temps partiel

POUR LES URGENCES PSYCHIATRIQUES (CHÂLONS-EN-CHAMPAGNE)

#### 1 psychiatre temps plein

Les candidatures, avec curriculum vitae, sont à adresser à :  
Monsieur le Directeur de l'EPSDM, 56 avenue du Général Sarrail  
51022 Châlons-en-Champagne Cedex

Renseignements au 03 26 70 37 74



### LE CENTRE HOSPITALIER DU GERS

Etablissement public de santé départemental, situé à AUCH (32) - Préfecture du Gers

#### RECRUTE

Dans le cadre de son projet d'établissement récemment approuvé :

- ⑭ **Trois Praticiens Hospitaliers à temps plein et Un Praticien Hospitalier à temps partiel** spécialisés en psychiatrie pour son secteur de **psychiatrie infanto-juvénile**  
Secteur en totale restructuration au titre du projet d'établissement approuvé par l'ARH de Midi-Pyrénées. Création d'une unité d'adolescents en cours et projet de CATT. Chefferie de service associée à l'un des trois postes à temps plein. Equipe médicale en plein renouvellement.
- ⑭ **Deux Praticiens Hospitaliers à temps partiel** pour l'un de ses secteurs de **psychiatrie adulte** et pour son **service de médecine polyvalente**  
Le projet d'établissement du Centre Hospitalier du Gers prévoit la poursuite du développement de ses structures extrahospitalières (CMP, Hôpitaux de jour, CATT...).  
Chaque secteur repose sur une équipe médicale de 4 à 5 praticiens hospitaliers. Service de médecine polyvalente individualisé et intersectoriel. Garde commune aux trois secteurs adultes et au secteur infanto-juvénile (20 participants réguliers à la garde ; respect des dispositions relatives à la RTT médicale et au repos de sécurité).
- ⑭ **Un Praticien Hospitalier à temps plein pour son service d'information médicale**  
Ce poste, lié au départ à la retraite de son titulaire actuel, est associé à une chefferie de service. Informatique médicale bien installée (modules CORTEXTE notamment) ; projet de mise en réseau des structures extrahospitalières.

AUCH (25.000 habitants), ville principale du Gers, Capitale de la Gascogne, est située au cœur de Midi-Pyrénées, à 70 km de Toulouse, de Tarbes et de Montauban. 1H des stations de ski des Pyrénées, 2H de la Côte atlantique. Equipements scolaires (écoles, collèges, lycées, IUT/IUP/IUFM) et installations sportives de haut niveau.

Pour tout renseignement sur ces postes qui seront publiés dans le cadre du tour de recrutement 2004  
(mars - avril 2004) et à pourvoir à compter de l'été 2004 :

- Monsieur Patrick PROT, Directeur du Centre Hospitalier du Gers, tél. : 05.62.60.65.10. ; e-mail : p.prot@ch-gers.sante32.com  
- Monsieur le Docteur Jean-Pierre ESCALIER, Président de la CME, tél. : 05.62.60.66.80. ; e-mail : j.p.escalier@ch-gers.sante32.com

**LE CENTRE HOSPITALIER DU GERS**

10 rue Michelet - BP 363 - 32008 AUCH Cedex

Tél. : 05 62 60 65 00

## LIVRES ET REVUES

## Vieillir

## Le rôle de la famille

Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseau

De Boeck

Il paraît essentiel d'ouvrir une réflexion sur la place réservée, aujourd'hui, aux aînés dans leurs familles, leur société et leur culture. Juan Luis Linares analyse la manière dont les personnes âgées ont été traitées dans les différents modèles familiaux qui se sont développés au cours du temps. Il souligne l'importance d'appréhender les caractéristiques du vieillissement d'un parent sans les dissocier du cycle de vie de la famille ; il évoque également certaines psychopathologies présentes chez les personnes âgées, en les intégrant dans leur contexte interrelationnel.

Marco Vannotti poursuit dans cette ligne, en réfléchissant à la manière dont les relations entre les générations se sont transformées au cours de l'histoire. Il s'interroge aussi sur les ingrédients nécessaires à l'instauration de liens de solidarité intra-familiaux.

Si la vieillesse a été traitée différemment au cours du temps, la considération qu'on lui apporte varie aussi d'une culture à l'autre. Léandre Nshimirimana compare le statut du vieillard en Occident et au Burundi. Il souligne combien est relative la notion de vieillesse qu'il tend plus à concevoir comme une construction culturelle que comme un fait naturel. Lorsqu'on parle du vieillissement, on évoque le passage du temps et donc, comme le relève Edith Goldbeter, il peut être utile de prendre en compte les temps individuels de chaque membre de la famille comme celui des différents sous-systèmes qui la composent. Ces différents temps devraient entrer en intersection pour que des échanges fructueux et signifiants puissent avoir lieu. Or, la vieillesse survient souvent à un moment de forte désynchronisation des différentes entités familiales : le temps des adolescents s'accélère et est dominé par une tendance centrifuge, celui des parents est « speedé », soumis aux performances socio-professionnelles, enfin celui des membres plus âgés a tendance à ralentir. L'auteur propose une réflexion sur les âges à partir de ces éléments.

Le vieillissement de ses membres pousse la famille à reconsidérer les rapports qu'elle entretient en son sein. Michèle Myslinski s'attache à explorer l'incidence de l'augmentation des diverses dépendances (physiques, affectives, etc.) sur le tissu relationnel familial. L'idée qu'une approche psychothérapeutique menée avec une personne âgée est vaine, a prévalu longtemps dans les milieux professionnels. Actuellement, que ce soit en présence de la famille ou avec le patient âgé seul, de nombreuses interventions psychothérapeutiques sont pratiquées. Régina Goldfarb illustre ce type de démarche à l'aide de cas cliniques.

Les personnes âgées sont sensibles à l'image négative de la vieillesse dans notre société et à la perte d'estime qu'elles vivent. Jean Maisondieu en analyse les composantes et y associe la démence qui, parfois, permet d'occulter les peines et les culpabilités. Françoise Lotstra présente un tableau des évolutions neurologiques normales et leurs effets sur les interactions des personnes âgées. Elle les distingue des atteintes neuropathologiques plus spécifiques qu'elle décrit également. L'établissement de soutiens médicaux, en collaboration avec les familles, exige une attitude de respect et de confiance entre les professionnels et les proches de la personne âgée. C'est dans cet état d'esprit que Jean Gerin a créé l'un des premiers services de gériatrie à Bruxelles. Il présente le cadre d'intervention pluridisciplinaire qu'il a construit au sein de l'hôpital et ses conceptions humanistes des soins. Thierry Darnaud analyse le contenu dans le cas où un aîné souffre d'une maladie d'Alzheimer. Jacques Gaucher, Gérard Ribes et Louis Ploton complètent cette réflexion en abordant les problématiques familiales et institutionnelles qui se croisent et, parfois, s'amplifient dans des liens de réciprocité autour de la personne âgée. Ils insistent sur la nécessité, pour les professionnels, d'avoir pour eux-mêmes des temps de réflexions et d'échanges. Catherine Colinet, Marc Clepkens et Philippe Meire soulignent enfin combien il est important que l'aidant naturel se sente soutenu. Geneviève Arfeux-Vaucher présente une recherche qu'elle a menée auprès de 549 personnes représentant trois générations pour déterminer la gestion des mots et des silences autour de la maladie d'Alzheimer. Bénédicte de Bellefroid, Cécile Dupont, Jean Pierre Lebon et Valérie Bertels proposent une grille de lecture inspirée d'un concept sociologique - l'arc de vie - qui

permet de reconstruire un récit de vie plein de ressources pour le présent et le futur.

Enfin, ce dossier se termine par une réflexion sur l'usage du temps qui passe : Jean Van Hemelrijck pointe l'importance de la qualité de notre rapport au temps dans la manière de vivre celui qui passe, ceci étant évidemment crucial au cours du dernier âge où le temps acquiert une valeur particulière.

Ont participé à ce dossier : G. Arfeux-Vaucher, V. Bertels, M. Clepkens, C. Colinet, T. Darnaud, B. de Bellefroid, C. Dupont, J. Gaucher, J. Gerin, E. Goldbeter-Merinfeld, R. Goldfarb, J.-P. Lebon, J.-L. Linares, F. Lostra, J. Maisondieu, P. Meire, M. Myslinski, L. Nshimirimana, L. Ploton, G. Ribes, J. Van Hemelrijck, M. Vannotti.

## Psychotropes

Revue internationale des toxicomanies et des addictions 2003, n°2

De Boeck

Depuis quelques années, plusieurs sources indépendantes mettent en exergue l'augmentation de la consommation de cocaïne : chlorhydrate et cocaïne base. Si l'effet stupéfiant et les complications liées à la consommation de chlorhydrate sont connus depuis longtemps, ceux de la cocaïne base ou crack, le sont moins. Disposant du marqueur spécifique de la pyrolyse de la cocaïne : l'anhydroecgonine méthylester comme diagnostic biologique de la toxicomanie au crack, C. Ragoucy-Sengler, M. Simonetti et P. Kintz ont étudié la fréquence relative des caractéristiques cliniques de l'intoxication aiguë et chronique au crack et ont comparé ces caractéristiques à celles de l'intoxication par le chlorhydrate de cocaïne. Une enquête cas-témoins, pluridisciplinaire, d'une durée de 19 mois a conduit à l'inclusion de 119 patients : 78 consommateurs de cocaïne sous forme fumée (CRACK +) et 41 consommateurs de cocaïne (COC +) sous forme sniffée ou injectée.

L'hospitalisation est plus fréquente chez les consommateurs de crack, particulièrement (36 %) pour conduite à risque : suicide, agressions, accidents de la voie publique. La mortalité de la toxicomanie au crack ou au chlorhydrate de cocaïne est faible : moins de 2 %. Les particularités médico-légales sont peu spécifiques. La chronicité de la toxicomanie au crack est démontrée ainsi que l'importance des complications psychiatriques et cardio-vasculaires associées.

Les Equipes de Coordination et d'Intervention auprès des Malades Usagers de Drogues (ECIMUD) sont des unités hospitalières transversales, intervenant auprès de patients toxicomanes hospitalisés pour raison somatique. A. Bioy, Th. Sainte-Marie et J.-F. Delfraissy présentent les modalités de fonctionnement de ces équipes spécialisées, distinctes des CSST, et aborde la question de l'organisation du travail auprès des usagers de drogues avec les équipes de soin comme médiateur, c'est-à-dire sans, toujours, une demande du patient. Les ECIMUD apparaissent ainsi, avec la diversité des réponses auxquelles elles peuvent prétendre, comme des unités à l'articulation entre un travail de bas seuil et celui dit de haut seuil en matière

de réduction des risques. Cette présentation de pratique permet une discussion autour de l'utilité de pouvoir articuler les deux domaines en matière de toxicomanie.

En s'inspirant des travaux de Grégory Bateson, G. Lambrette expose une vision constructiviste et interactionnelle de la toxicomanie. Il introduit à une vision du monde s'appuyant sur les prémisses et postulats partagés tant par la systémique que par la cybernétique. A partir de ces préalables épistémologiques, il explicite les contradictions de certaines positions cliniques comme l'incidence des représentations dans les actions engagées. La position de l'auteur consiste à présenter la toxicomanie comme étant la résultante d'un processus adaptatif, et donc interactionnel, dont il faut tenir compte en toute thérapeutique ou en tout processus de changement. Th. Apostolis, G. Rouan et S. Eisenhor présentent les aspects psychosociaux (significations, fonctions, contextes d'actualisation, expériences) engagés dans le rapport aux psychotropes à partir d'une étude qualitative sur la santé par entretien de recherche auprès de jeunes (16-25 ans) en situation de précarité.

L'analyse montre que la question des substances psychoactives est au premier plan des préoccupations rencontrées. Dans l'activité narrative, les produits et leurs usages sont objectivés de façon polysémique et multi-dimensionnelle comme danger, problème, réalité, vécu, entourage, destin, souffrance, malaise, échappatoire, marchandise, plaisir. L'analyse des significations et des fonctions associées aux drogues, dans un contexte de précarité, met en évidence un processus complexe

de construction de relations pathogènes qui dépassent nettement le seul registre de l'usage abusif ou addictif. Elle fait apparaître des « troubles addictifs », au sens de relation incontrôlable de souffrance entre le sujet et le produit. Ces signes de malaises psychologiques, sociaux peuvent être vus comme des « analyseurs » pertinents des relations entre les dynamiques représentationnelles, identitaires, comportementales face aux risques, aux conditions existentielles liées à la souffrance, aux instabilités des trajectoires singulières dans l'espace social et symbolique des précarités. Les auteurs posent l'intérêt du renforcement des recherches qualitatives sur la narrativité pour le renouvellement théorique et méthodologique en Psychologie de la Santé.

En étudiant la littérature relative à la sortie de la toxicomanie, D. Vaavssori, S. Harriti et A.-M. Favard ont constaté, trop souvent, la tendance à concevoir l'arrêt de la toxicomanie et plus généralement de la dépendance, comme principalement caractérisée par l'arrêt de la consommation et la normalisation des attitudes des sujets. Les auteurs pensent qu'il existe un processus d'attrition intervenant dans l'arrêt du comportement addictif, qu'il faut appréhender en tant que fonctionnement régi par des modalités internes (psychiques) et externes (environnement), qui sous-tendent l'usure du processus d'addiction au-delà de l'arrêt de la consommation. Cet article tente de montrer dans quelle mesure l'analyse du processus d'attrition et des éléments qui le caractérisent permet une analyse plus pertinente dans la prise en charge du sujet dépendant.

## ASM 13 - LES SAMEDIS DU CENTRE DE PSYCHANALYSE ET DE PSYCHOTHÉRAPIE

### Rêve, hallucination, cauchemar

Introduction générale par Alain Gibeault

#### Samedi 3 avril 2004 :

Augustin Jeanneau, *Entre rêve et psychose : destins de l'onirisme*.  
Bertrand Caillierez, *Arthur : un onirisme en quête de sens*.

#### Samedi 15 mai 2004 :

Guy Lavallée, *Discutant* : Serge Gauthier, *De l'hallucination à l'hallucinatoire*.  
Hede Menke-Adler, *Lâcher la proie pour l'ombre : illustration clinique*.

#### Samedi 3 juillet 2004 :

Sira Dermen (Société Britannique de Psychanalyse), *Délire, cauchemar et violence*.  
Eléana Mylona, *Le cauchemar : le carrefour d'Hécate*.

**Inscriptions** : Mme Mioui, Centre de Psychanalyse et de Psychothérapie E. & J. Kestemberg, 11 rue Albert Bayet, 75013 Paris. Tél. : 01 40 77 44 68

**Tarifs** : Paiement individuel : 90 € (pour les 3 samedis). Formation continue : 120 € (pour les 3 samedis). 1 samedi : 35 €.

## Epilepsies

Revue de la Ligue Française contre l'épilepsie 2004, n°1

S. Chassagnon, M.P. Valenti et E. Hirsch attirent l'attention sur des syndromes épileptiques débutant à l'âge adulte, caractérisés par l'association d'un tremblement cortical myoclonique réflexe et d'une épilepsie généralisée idiopathique à crises rares, rarement associés à un retard mental et à des crises partielles. L'étude électroencéphalographique a mis en évidence des décharges bilatérales postérieures ou diffuses, parfois une photosensibilité. Le tremble-

ment myoclonique cortical réflexe a été défini sur la base de potentiels évoqués géants, de la présence de réflexes C de longue latence et de graphoéléments électroencéphalographiques corrélés au myoclonus lors du moyennage rétrograde. Une transmission autosomique dominante a été notée et certaines familles ont été liées au locus 8q23.3-24.1, d'autres au locus 2p11.1-q12.2. B.G. Zifkin aborde les facteurs déclenchants des crises qui se divisent en facteurs spécifiques et non spécifiques. Les facteurs non spécifiques, comme la privation de sommeil et la fièvre, jouent chez la plupart, sinon chez chacun des

malades, mais leurs mécanismes sont peu connus. Moins connus les facteurs externes et relativement spécifiques déclenchent des crises chez moins de malades. Toute crise, déclenchée ou spontanée, dépend de l'hyperexcitabilité neuronale et d'une hypersynchronie corticale : les facteurs déclencheurs des crises sont ceux qui peuvent augmenter soit l'état de synchronisation d'une région corticale, soit le recrutement de plusieurs régions corticales en activant un réseau neuronal qui peut s'étendre sur plusieurs régions, voire sur les deux hémisphères. De nombreux modèles chez l'animal spontanément ou artifi-

ciellement sensible à une modalité sensitive profitent de cette caractéristique du tissu neuronal pour, ainsi, constituer la masse critique nécessaire pour déclencher des crises. La notion du réseau épileptogène est développée chez le singe photosensible : la région hypersensible est activée par la stimulation spécifique mais la crise et sa progression dépendent de l'activation d'un réseau progressivement plus complexe. Chez l'homme, les études des crises réflexes, notamment de celles déclenchées par le pattern, la lecture, et les fonctions cognitives non verbales, confirment le rôle essentiel de la participa-

tion d'une masse critique corticale et soulignent l'importance de la participation des réseaux fonctionnels. Elles indiquent aussi qu'il existe non seulement des éléments spécifiquement épileptogènes identifiables au sein d'une stimulation complexe rencontrée dans la vie quotidienne, mais aussi des caractéristiques qui rendent les crises ou des décharges paroxystiques moins probables. Plus récemment, l'imagerie fonctionnelle s'ajoute à l'étude des mécanismes de déclenchement des crises et permet des explorations novatrices.. G. Daquin et coll. rappellent que l'alimentation est la source de stimulations variées (somesthésiques, sensorielles, émotionnelles...) capables de provoquer, dans de rares cas, des crises épileptiques réflexes.

Une partie de ces crises évoque celles des épilepsies partielles complexes d'origine temporale, caractérisées par des facteurs déclenchants complexes, comme par exemple l'épilepsie musico-génique ou l'épilepsie noogénique. Une autre partie des crises, d'origine suprasylvienne, entre plutôt dans le cadre des épilepsies réflexes simples. Il existe également des crises d'allure généralisée. Les auteurs abordent la physiopathologie de ces crises, en considérant les différents facteurs déclenchants possibles et en évoquent, ensuite, un modèle expérimental bien adapté à l'interprétation des épilepsies réflexes complexes. Il s'agit souvent d'épilepsies pharmacorésistantes.

A partir de 281 questionnaires remplis par des parents d'enfants épileptiques C. Chiron et coll. relèvent en majorité des épilepsies sévères car 72% ont encore des crises et 53% des difficultés de traitement, 85% ont des difficultés d'apprentissage et 57% des difficultés de scolarisation, aussi bien en maternelle qu'en école primaire. Les difficultés de diagnostic de l'épilepsie sont moindres, entre 23% et 41% selon les âges et les régions. En revanche, les difficultés d'admission dans un centre augmentent avec l'âge pour concerner 23% des épileptiques de plus de 18 ans, avec une forte prédominance en Ile-de-France (32%) ; un tiers des parents se plaignent de difficultés de prise en charge à l'adolescence ou l'âge adulte, la moitié dans l'Ile-de-France. Une proportion importante des parents (40%) se plaint aussi d'un manque d'information sur l'épilepsie. Les principaux besoins pour l'épilepsie en France concernent donc l'Education, les Structures, tout particulièrement pour les jeunes adultes et l'Information.

John Libbey Eurotext, 127 avenue de la République, 92120 Montrouge. Tél. : 0146 73 06 60  
Fax : 0140 84 09 99.  
E-mail : [contact@john-libbey-eurotext.fr](mailto:contact@john-libbey-eurotext.fr)  
internet : <http://www.john-libbey-eurotext.fr>

## Jonas et la liberté Dimensions théologiques, ontologiques, éthiques et politiques

Vrin, 32€

Peu de philosophes contemporains ont bénéficié comme Hans Jonas (1903-1993) d'une reconnaissance académique et d'une notoriété auprès d'un large public.

L'auteur du *Principe responsabilité* fut, également, un spécialiste de la religion gnostique ainsi que le maître d'œuvre d'une philosophie de la vie qui analyse la dynamique de l'organisme et de l'esprit au cours de l'évolution naturelle. Cet ouvrage prend pour fil conducteur herméneutique la notion de liberté pour exposer le caractère profondément unitaire de cette pensée éclectique et originale. Une bibliographie - la plus complète à ce jour - de l'œuvre de Jonas et des ouvrages et articles qui lui sont consacrés permet d'approfondir et d'élargir les réflexions abordées au fil des quatre chapitres de ce livre.

## LIVRES ET REVUES

### Le nouveau système français de protection sociale

Jean-Claude Barbier, Bruno Théret  
*La Découverte*

Les systèmes nationaux de protection sociale combinent des interventions de l'Etat, des systèmes gérés collectivement par les partenaires sociaux, mais aussi la couverture de risques dans le cadre de la famille, voire de communautés d'appartenance (au travers de relations de don/contre-don), et la couverture de certains risques par des services privés achetés sur le marché. Ils ne sont donc pas seulement des ensembles disparates d'institutions ou de politiques sociales assurant, de manière plus ou moins publique, la couverture des besoins sociaux dans divers domaines (retraites, soins de santé, soutien du revenu en cas de chômage, handicap, accidents du travail, maladie, maternité, exclusion). Ce sont, aussi, des macro-systèmes dotés d'une relative cohérence d'ensemble et participant, en tant que tels, à la reproduction des sociétés salariales ; leurs logiques de formation et d'évolution renvoient à des déterminants globaux d'ordre économique, politique, socio-démographique et éthique : types de politiques macroéconomiques, formes de la légitimité de la puissance publique, états des structures familiales et dynamiques de la population, conceptions de la justice sociale.

Cette complexité et cette richesse apparaissent mieux, si l'on présente le système français en l'abordant globalement et en le décomposant. Les trois premiers chapitres de ce livre visent à une description d'ensemble et une périodisation de son évolution globale. On insiste sur les contraintes socio-démographiques auxquelles le système est confronté, dans la mesure où elles sont les seules véritablement « objectives », au contraire des défis externes de la mondialisation et de l'europanisation qui relèvent de stratégies politiques et, donc, d'un certain libre arbitre des acteurs. Les quatre derniers chapitres abordent les questions par grands domaines. Sont, d'abord, examinées les retraites et la santé, où la logique financière prédominante situe les enjeux. Puis un chapitre est consacré aux prestations et services sociaux concernant les personnes en âge de travailler (prestations chômage, minima sociaux principalement), une place importante y étant faite aux politiques de l'emploi dont l'ampleur marque le système français de protection sociale dans son nouveau cours. Enfin, sont abordés les domaines de l'aide et de l'action sociales regroupés avec les politiques familiales, domaines qui, malgré leur remaniement, constituent, encore aujourd'hui, un trait original de la protection sociale à la française.

### Violences à la personne

*Rhizome janvier 2004 n°14*

*Bulletin national santé mentale et précarité*

Pour ne pas rester sur nos habitudes, pour réfléchir sur nos pratiques, ce numéro de *Rhizome* nous ressource à partir de la subjectivité, en écoutant ce qui fait violence à la personne.

Les témoignages recueillis indiquent comment s'en tire le sujet : celui ou celle qui a besoin d'aide, mais aussi le professionnel. Apparaît alors la procédure d'aide dans sa crudité, dans ses effets de violence dont tous ne sont pas nécessaires. Le texte de Jean-Pierre Martin évoque les « violences pour le bien des personnes », cela doit interroger. Se ressourcer, c'est écouter, c'est évaluer, et une évaluation doit tenir compte aussi de l'écho en soi du témoignage. Parmi

ces témoignages, un seul est signé du nom de la personne aidée, co-signée par sa thérapeute. Les autres sont anonymes ou rapportés par les praticiens, cliniciens, chercheurs. Certains s'impliquant fortement dans le récit. Pourquoi est-il si difficile d'afficher publiquement son nom lorsque l'on passe dans les circuits de l'aide ? Est-ce seulement une forme de protection, une pudeur du thérapeute ? On peut penser, entre autres, que cette difficulté légitime la parole et la place reconnue aux associations d'usagers. En tout cas, ces témoignages en disent plus que nous en attendions, ils touchent nos affects et notre pensée,

ils altèrent notre état de bonne conscience autojustifiant nos pratiques, et relancent notre créativité de praticien.

Avec la participation de M. Joubert, G. Ardiet, L. Fréville, A. Mercuel, Ch. Durif-Bruckert, D. Haddou, G. Mondière, K. Belliot-Boinot, V. Colin, J.-M. Boquet, V. de Gaulejac, J.-P. Martin, J. Furtos.

RHIZOME est téléchargeable sur le Web [www.ch-le-vinatier.fr/orspere](http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere)

### Transferts du sujet

Jean-Baptiste Brenet

*Librairie philosophique J. Vrin, 49€*

Né vers 1285, Jean de Jandun est maître ès arts à l'Université de Paris à partir de

1310. Ses lectures d'Averroès (1126-1198) pour commenter et défendre philosophiquement Aristote en ont fait le « Prince des averroïstes ». Mort en exil, en 1328, et condamné comme hérétique, il a produit une théorie de l'intellect en reprenant celle d'Averroès. Celle-ci tient en trois thèses : la séparation ontologique de l'intellect matériel (le substrat des pensées) et des corps humains, son unicité, son éternité. Conception scandaleuse en terre chrétienne qui revenait à nier, contre le fait de conscience, que l'individu pût penser en propre. Dans son *Grand Commentaire* du traité *De l'âme* d'Aristote,

Averroès avait défendu l'inverse en reconnaissant « deux sujets » à l'intellection : l'intellect-récepteur et l'image singulière. En trois chapitres : l'intellect et le corps, l'image, la pensée, Jean-Baptiste Brenet examine comment Jean de Jandun, héritier de cette querelle, transfère et recompose le texte du Commentateur. Si l'équilibre de la doctrine d'Averroès est significativement rompu ou déplacé dans sa relance latine, comment appréhender ce qui s'est passé ? Contre le mythe historiographique de l'« averroïsme latin », on tâche de montrer que Jean n'est pas un épigone. Contre l'évacuation de l'« averroïsme »

hors du champ actif de la philosophie, on relève dans son œuvre l'entame d'une invention du « sujet ».

### De la projection

2ème édition

Sami-Ali

Dunod 24 €

Ce livre se présente comme un essai de définir le concept de projection à partir d'une réflexion à la fois historique, clinique et théorique. Cette réflexion met l'accent sur l'essence imaginaire d'un processus qui se déroule également sur le plan de la perception.

Elle suppose, donc, que le réel et l'imaginaire sont deux termes opposés mais qui s'impliquent mutuellement, pour créer un mouvement sous-tendant l'ensemble de l'expérience humaine, de soi et du monde.

Expérience où le corps propre fonctionne comme schéma de représentation, faisant coïncider, à travers la projection, les objets qui commencent par être des images du corps et l'espace qui est d'abord un espace corporel. Mais cette position centrale du corps implique, en même temps, la possibilité d'étendre le champ à ex-

plorer pour indure des phénomènes qui relèvent simultanément de l'âme et du corps, c'est-à-dire toute la problématique de la psychosomatique.

### Théâtre du JE

Joyce Mc Dougall

Folio essais n° 440 6,60 €

La métaphore du théâtre est en psychanalyse, depuis l'invocation par Anna O., de son « théâtre privé » habituellement associée à l'hystérie. Joyce Mc Dougall en généralise l'emploi : toute psyché est théâtre, tout « je » est répertoire secret de personnages oubliés,

méconnus, en quête d'auteur et de drame, toute psychanalyse une scène où se répètent, se déploient et se transforment les scénarios inconscients.

Ces scénarios, l'auteur les découvre dans ce qu'elle nomme le Théâtre de l'Interdit, qui reste marqué par Œdipe, et le Théâtre de l'Impossible, modelé par Narcisse. Ces deux modalités se conjuguent, sans cesse, comme le montrent les nombreux cas ici analysés avec une acuité peu commune.

Ce sont les formes les plus déroutantes de la psychopathologie que ce livre envisage théoriquement et clinique-

ment : la « sexualité addictive », la « néosexualité » de la perversion, les « psychosomatiques » ou encore l'« alexithymie », incapacité d'exprimer et même de ressentir tout affect de plaisir ou de douleur. Autant de mises en acte violentes qui recouvrent, plutôt qu'elles ne les excluent, une mise en scène complexe.

C'est, bien souvent, quand les mots manquent que l'inconscient est le plus demandeur et quand le plateau paraît désert que la représentation, bouffonne ou tragique, est le plus traversée de bruit et de fureur.

### Jeu

Revue Française de psychanalyse

2004 Tome XVIII, janvier-mars

Presses Universitaires de France

Divers courants de pensée attribuent une dimension ludique au processus analytique. Dans cette constellation conceptuelle, Jean-Luc Donnet souligne la transitionnalité de la cure. René Roussillon insiste sur le respect de la paradoxalité du jeu où la répétition et l'emprise deviennent « *compulsion à symboliser* ».

Certains cadres analytiques se réfèrent explicitement au jeu tel le psychodrame. Le passage par l'action est utilisé à des fins de mise en représentation de fantasme et à la pensée réflexive. Quelle part de Jeu intrapsychique celle-ci contient-elle ? L'approche dynamique de la métapsychologie suffit-elle à en rendre compte ? En tout état de cause, la mise en action dans un cadre diffère de l'agir de contre-transfert comme de l'*enactment*, même si ce dernier interroge, du côté de l'analyste, les articulations entre éprouvé corporel, *affect* et *acting*. Paradoxalement, les recherches cognitives, à l'opposé des perspectives psychanalytiques, ont montré l'importance du jeu et la capacité à faire semblant comme témoignage de l'accès à une « *théorie de l'esprit* » d'autrui. Ainsi, convoquant deux psychismes, le jeu nécessite une description de la créativité et de l'aire d'illusion qui estompent leurs limites. Sans doute, faut-il articuler la pensée de Winnicott à celle de Bion et en rendre compte dans la métapsychologie freudienne.

### Guide concours cadre de santé

4e édition

J.-L. Gérard, A.-B. Plazanet, Ph.

Roger

Masson

L'ambition de cet ouvrage est de préparer à un concours qui est souvent un peu aride et austère. Il s'est révélé, depuis plusieurs années, un compagnon sûr pour des candidats qui, au-delà d'une méthode, d'une didactique, souhaitent aussi se « *frotter* » à d'autres champs disciplinaires (sociologie, management, questionner leurs motivations à devenir cadre, percevoir les enjeux juridiques et économiques qui s'imposent au secteur de la santé, s'inscrire dans ces évolutions, s'interroger sur leur contribution dans l'élaboration d'un nouveau métier...).

La décision de procéder à une 4e édition s'inscrit dans la volonté de continuer à répondre aux attentes des nombreux candidats au concours de Cadre de Santé et de maintenir vivante la mémoire de Jean-Louis Gérard au travers d'un ouvrage qui reflète, si bien, l'enthousiasme qu'il manifestait pour cette profession.

## LIVRES ET REVUES

**La prévention du suicide**

Dossier coordonné par Jean-Louis Terra

*Actualité et dossier en santé publique, décembre 2003, n°45*

*La Documentation Française*

Prévenir le suicide n'est pas une idée nouvelle mais c'est maintenant une action possible à grande échelle qui est reprise comme priorité dans la loi de santé publique. Les différents auteurs de ce dossier montrent les évolutions qui furent nécessaires pour passer progressivement de la connaissance scientifique du problème, la suicidologie, à la mise sur agenda par les responsables sanitaires afin d'obtenir un ensemble cohérent d'actions, un plan de prévention. Avoir une stratégie au service d'objectifs, faire évoluer la culture, disposer d'une technique et d'une organisation sont les quatre dimensions à prendre en compte pour déployer un projet de grande envergure. Définir un objectif ambitieux demande du courage et surtout une confiance dans l'engagement et la compétence des différents acteurs. C'est aussi fixer un point de convergence qui ne pourra être atteint que par une performance collective à décliner à tous les niveaux. Les comparaisons internationales, qui ont apporté un éclairage pour savoir comment les différents pays tentent de prévenir le suicide, ont inspiré la définition de la stratégie mise en œuvre en France.

**Qu'est-ce que et pourquoi l'analyse ?****Essai de définition**

Jean-Louis Gardies

*Vrin, 22€*

L'étymologie du terme d'analyse suggère une remontée du procès déductif qui caractérise la synthèse, cette dernière étant aux yeux des Grecs la manière normale de conduire la démonstration d'un théorème ou la solution d'un problème. Mais, derrière cette métaphore de la remontée se dissimulent deux démarches radicalement différentes. Une première forme d'analyse,

dont les mathématiques grecques gardent des traces, même si les moyens scripturaires qu'imagineront les modernes leur permettront d'en généraliser l'usage, consiste à retourner la chaîne des présupposés de ce qu'on cherche à établir. Une toute autre forme d'analyse, qui n'apparaîtra qu'au XVII<sup>e</sup> siècle, consistera à substituer, à la simple recherche des propriétés et relations de l'objet proprement arithmétique ou géométrique, la considération directe de certaines de ces propriétés ou relations, que les notations algébriques auront alors permis d'ériger en entités nouvelles, devenues comme indépendantes.

**Emotion et mémoire  
Le corps et la souffrance**

Eliane Ferragut

*Masson 26 €*

En psychosomatique, le thérapeute sollicite, constamment, la mémoire du patient aussi bien pour reconstituer son histoire que pour faire émerger des traces mnésiques dans le travail thérapeutique. Cet ouvrage tente de préciser ce qu'est la mémoire, ses liens avec l'émotion et l'imaginaire. Comment interfèrent mémoires cognitive, affective et corporelle. L'organisation des soins fonctionnant souvent sur un mode clivé,

le praticien oublie parfois qu'en touchant le corps et en interrogeant le malade, il mobilise bien d'autres éléments qui restent dans le non-dit. Qu'advient-il si l'on ne prend pas en compte ce qu'a mémorisé le patient, comment cela peut-il resurgir et influencer l'évolution de la maladie et le poids de la souffrance ? Des praticiens, de formation différente, présentent, à partir de leurs expériences, leurs réflexions sur ce thème.

Avec la collaboration de A.F. Allaz, H. Brocq, C. Cedraschi, S. Chabee-Simper, J. Coron, M. Dousse, V. Mazeran, S. Olindo-Weber, D. Prat-Pradal, M. Ruel-Kellermann, R. Sirven, P. Vidal.

# NERVURE

JOURNAL  
DE PSYCHIATRIE

**Directeur de la rédaction :**  
Gérard Massé

**Rédacteur en chef :** François Caroli

**Comité de rédaction :** Centre Hospitalier Sainte-Anne, 1 rue Cabanis, 75014 Paris.  
Tél. 01 45 65 83 09.

Botbol M., Carrière Ph., Dalle B., Goutal M., Guedj M.-J., Jonas C., Lascar Ph., Martin A., Paradas Ch., Sarfati Y., Spadone C., Tribolet S., Weill M.

**Comité scientifique :** Alby J.-M. (Paris), Bailly-Salim P. (Paris), Besançon G. (Nantes), Bourgeois M. (Bordeaux), Bourguignon A. (Paris), Buisson G. (Paris), Caillard V. (Paris), Chabannes J.-P. (Grenoble), Chaigneau H. (Paris), Christoforov B. (Paris), Colonna L. (Rouen), Cornillot P. (Paris), Dufour H. (Genève), Dugas M. (Paris), Féline A. (Paris), Ginestet D. (Paris), Guelfi J.-D. (Paris), Guyotat J. (Lyon), Hochmann J. (Lyon), Koupernik C. (Paris), Lambert P. (Chambéry), Loo H. (Paris), Marcelli D. (Poitiers), Marie-Cardine M. (Lyon), Mises R. (Paris), Pequignot H. (Paris), Plantade A. (Paris), Ropert R. (Paris), Samuel-Lajeunesse B. (Paris), Scotto J.-C. (Marseille), Sechter D. (Lille), Singer L. (Strasbourg), Viillard A. (Paris), Zarifian E. (Caen).

**Comité francophone :** Anseau M. (Belgique), Aubut J. (Canada), Bakiri M.-A. (Algérie), Cassan Ph. (Canada), Douki S. (Tunis), Held T. (Allemagne), Lalonde P. (Canada), Moussaoui D. (Maroc), Romila A. (Roumanie), Simon Y.-F. (Belgique), Stip E. (Canada), Touari M. (Algérie).

## Publicité

médical  
**SUPPORTER**  
promotion

Renata Laska - Susie Caron,  
54, bd Latour-Maubourg, 75007 Paris.  
Tél. 01 45 50 23 08.  
Télécopie : 01 45 55 60 80  
E-mail : info@nervure-psy.com

**Edité par Maxmed**  
S.A. au capital de 40 000 €  
54, bd Latour-Maubourg, 75007 Paris  
Maquette : Maëval. Imprimerie Fabrègue

**Directeur de la Publication :**  
G. Massé

[www.nervure-psy.com](http://www.nervure-psy.com)