

## Bulletin national santé mentale et précarité

### La souffrance est-elle sexuée ?

édito

Marie Gilloots

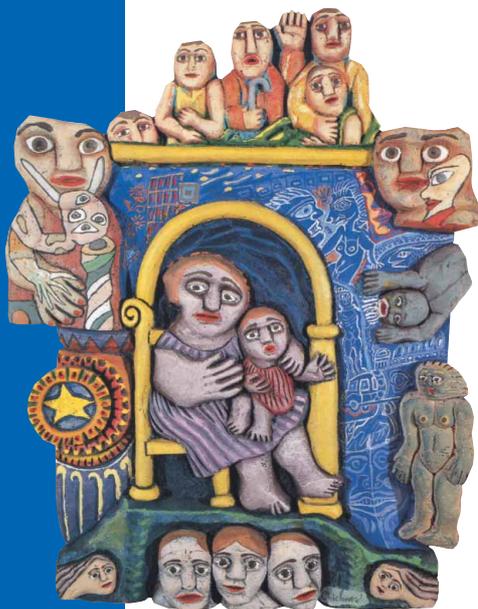
La précarité s'incarne dans des sujets sexués. Retrouver cette vérité, c'est ce que propose ce numéro de Rhizome. Une vérité à la fois simple dans l'évidence de sa formulation, et complexe car elle concerne tout à la fois les déterminants biologiques, les comportements sociaux et les normes culturelles. En quoi est-ce différent d'être un homme ou une femme lorsqu'on est en errance, à l'hôpital ou au travail ?

La différence sexuelle infiltre les modalités du plaisir et de la procréation mais aussi l'appréhension de la souffrance et la façon d'y faire face. Dans les études du stress chez l'animal ce qui n'était qu'un artéfact à éliminer devient objet d'étude. En anthropologie, ce regard nouveau amène une déconstruction du sujet " homme " asexué ou assimilé à l'individu de sexe masculin, le féminin n'étant qu'une variante, un cas particulier. Il ne s'agit pas pour autant de revendication féministe : depuis que la femme existe " aussi " comme sujet anthropologique, le masculin peut être considéré dans la singularité de son expérience.

La société traite et maltraite différemment hommes et femmes. Il y a des modalités masculines et féminines de subir, esquiver, résister, partir à la dérive. A l'opposition classique d'un féminin passif et d'un masculin actif, se substituent des paradigmes dans la façon d'habiter son corps, de reconnaître et de partager sa souffrance. Les femmes ne sont pas seulement les premières victimes de l'exclusion sociale et de l'injustice au travail, leur vulnérabilité peut être de surcroît le moteur d'une résistance individuelle et collective. Elles peuvent également adopter des stratégies de revendication virile, dans une caricature de la masculinité. Les hommes apparaissent plus démunis pour dire leur souffrance et ont alors recours au passage à l'acte, violent ou suicidaire. Si les hommes parlent peu, le discours des professionnels et des chercheurs se trouve également en défaut pour énoncer les difficultés de la position masculine. Ainsi, ce numéro de Rhizome rend compte majoritairement de l'expérience des femmes, dans ce qui représente plus un état des lieux qu'un parti pris.

Le champ de la précarité se trouve doublement affecté par la différenciation sexuelle. Aborder la question du genre donne de la chair au discours. Les textes de ce numéro ont chacun une dimension clinique, et donnent un éclairage, nécessairement partiel, de ce vaste chantier. Il s'agit en effet ici de la répartition différente de la maladie mentale en fonction du sexe, du risque suicidaire et du pronostic dans la schizophrénie, de la fragilité dans le travail et de la précarité professionnelle, des contraintes sociales et culturelles dans l'exercice de la sexualité, des trajectoires d'exclusion, de la délinquance et également de la complémentarité homme/femme dans la relation d'aide et de la spécificité des rôles.

Enfin, se reconnaître comme sujet sexué ouvre pour chacun l'appréhension de la précarité dans sa dimension d'incomplétude et de vulnérabilité.



## Au sommaire

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

### DOSSIER

Fragilités dans le travail au féminin et au masculin p. 2 et 7

Pascale MOLINIER

"Masculinisation" des adolescentes des quartiers populaires p. 3

Stéphanie RUBI

La souffrance "liée à l'X" p. 4

Muriel PÉTRE

Masculin, féminin et interculturalité domestique p. 5

Abdelhafid HAMMOUCHE

Être une femme SDF, est-ce différent ? p. 6 et 7

Gladys MONDIÈRE

Tentative de suicide et mort par suicide selon le sexe p. 8 et 11

Michel DEBOUT, Thierry FAIC, Françoise FACY

Vaut-il mieux être un homme ou une

femme si l'on doit présenter une schizophrénie ? p. 9

Anne-Sophie GRANAT, Jacques PELLET

Comment comprendre les prévalences liées au genre dans le cas de l'anorexie mentale et de l'autisme infantile p. 10 et 11

Sylvie TORDJMAN

Témoignage de 4 infirmiers à propos de "l'appel en renforts" p. 12

Christian LAVAL

Masculin/féminin dans une unité de soins pour enfants et adolescents p. 13 et 14

Corinne EHRENBERG

### RUBRIQUES

LE COIN DU CLINICIEN p. 14

SUR LE TERRAIN DES PRATIQUES p. 15

ACTUALITES p. 16

# Fragilités dans le travail au féminin et au masculin

**La division sexuelle du travail est structurée par un principe hiérarchique : le travail masculin a toujours une valeur supérieure au travail féminin. Les femmes n'accèdent jamais aisément aux postes les plus élevés et c'est quand une profession perd en prestige que les femmes peuvent y accéder massivement.**

**Pascale MOLINIER**

*Maître de conférences en psychologie du travail, CNAM, Paris*

**Vient de publier :**  
"L'énigme de la femme active" aux éditions Payot-Rivages.

Nombres d'emplois féminins combinent, avec la précarité, les horaires atypiques, la taylorisation des tâches et la pression du contrôle hiérarchique, un bas niveau de rémunération et une faible amplitude de carrière.

D'une manière générale l'organisation du travail productif est pensée au masculin-neutre, en partant du principe que les problèmes inhérents à "la double tâche" doivent faire l'objet d'ajustements personnels. Lorsqu'il existe des marges de régulations (travail à temps partiel, horaires aménagés), celles-ci sont surtout utilisées par les employeurs pour flexibiliser la main d'œuvre féminine en émiettant le temps de travail en fonction de la pression de la clientèle. Ou bien, lorsque les conditions de travail sont moins iniques, les femmes ne bénéficient de ces régulations qu'au détriment de leur salaire et progression de carrière.

Bref, entre hommes et femmes, on constate une grande inégalité dans les conditions d'accès à la psychodynamique de la reconnaissance comme médiateur de l'accomplissement de soi.

Plus largement, on constate que les femmes ont moins de chance que les hommes d'être reconnues pour ce qu'elles font, car ce que les femmes font est souvent confondu avec ce qu'elles sont :

1. L'apprentissage des tâches qui sont confiées aux femmes s'effectue pour un certain nombre

d'entre elles dans l'espace domestique, c'est-à-dire hors des systèmes qualifiants. Il en résulte que les savoir-faire ainsi acquis sont perçus comme des dons naturels ou des qualités intrinsèques à la féminité.

2. Une grande partie de la créativité féminine est vouée à la discrétion. A chaque fois qu'il s'agit de rendre service à autrui (chef, collègues, usagers), bien travailler implique d'anticiper sur la demande d'autrui et de dissimuler les efforts et le travail accompli pour parvenir au résultat souhaité : préparer les documents dont le patron risque d'avoir besoin, proposer au chirurgien le bon instrument au bon moment, etc. De même, les soucis et les problèmes personnels devront être laissés "au vestiaire" pour réussir le travail d'être patiente, disponible, à l'écoute de l'autre et compatissante envers sa souffrance, ses peurs, ses doutes.

Qu'une partie du travail doive son efficacité à sa discrétion apparaît comme un véritable paradoxe au regard de la reconnaissance qui implique au contraire des épreuves de monstration et de discussion du travail. Une part essentielle du travail féminin semble ainsi être condamnée à rester en souffrance. Cependant, il serait faux de penser que l'accès à la reconnaissance des savoir-faire discrets soit totalement barré : le travail réellement accompli peut être discuté et reconnu entre femmes exerçant la même activité au sein d'un collectif de travail.

Lutter contre le déficit chronique de reconnaissance du travail féminin consisterait à le rendre visible hors du cercle restreint des collectifs de femmes. Mais on se heurte à un obstacle, celui de la résistance opposée par les stratégies défensives des hommes.

Pour les hommes, la maîtrise symbolique de la souffrance repose sur

la démonstration d'un conformisme, d'une soumission, aux valeurs de la virilité qui s'articulent en un système idéologique centré sur le courage, la force et l'idéal de la maîtrise du monde. La vulnérabilité étant systématiquement déniée ou tournée en dérision par les défenses viriles, le vécu de la souffrance, de la maladie ou de l'injustice sociale est comme frappé d'un tabou. Précisément, on attend, sans le dire, que les femmes s'en débrouillent : dans l'espace domestique où beaucoup de femmes assument presque seules les soins aux enfants (les hommes participant plutôt sur le mode du "coup de main"), et dans le champ social où leur sont dévolues les tâches de soins et d'assistance aux plus fragiles. L'absence de discussion sur les difficultés concrètes rencontrées par les femmes (dans les hôpitaux, les écoles, les services sociaux) se traduit par un manque de moyens croissant. Le risque psychique est alors de s'aliéner dans le surmenage et le sacrifice de la vie privée (et de se l'entendre reprocher en un véritable cercle vicieux), jusqu'aux limites de ses forces ou de celles des enfants et des conjoints. Pour tenir dans de telles situations, les femmes n'ont guère d'autre choix que d'idéaliser "le don de soi" et "l'amour" (des élèves, des malades, etc.), jusqu'à se culpabiliser collectivement de ne pas en faire assez. Ou bien, au terme d'un retournement redoutable, la confrontation impuissante avec la souffrance d'autrui ne peut plus être endurée qu'au prix d'une perte de la sensibilité (burn out syndrom).

Les hommes se défendent de la peur en opposant un déni de réalité à la perception de leur propre vulnérabilité. La proximité avec la souffrance d'autrui ne leur permet pas de se protéger de leur propre souffrance par le déni. Du côté des défenses comme du côté

# “Masculinisation” des adolescentes des quartiers populaires

**Le questionnement autour des conduites déviantes ou délictueuses des mineures des quartiers populaires se tourne actuellement vers la notion de « masculinisation » des comportements féminins.**

**Stéphanie RUBI**

A.T.E.R. au Département des Sciences de l'Éducation, Université Victor Segalen, Bordeaux 2. Chercheuse au L.A.R.S.E.F. et à l'Observatoire Européen de la Violence Scolaire.



## Bibliographie :

<sup>1</sup> Mongin, O. et Salas, D. « Entre le tout éducatif et le tout répressif. Quelles alternatives ? A propos de la justice des mineurs. » In Violences par temps de paix. *Esprit*. Décembre 1998. (P.189-210).

<sup>2</sup> Debarbieux, E., Blaya, C., Bruneaud, J. F., Cossin, F., Mancel, C., Montoya, Y., Rubi, S., *L'oppression quotidienne. Recherches sur une délinquance des mineurs*. La documentation Française. Paris, 2002.

<sup>3</sup> Goffman, E. *Stigmaté. Les usages sociaux des handicaps*. Les éditions de Minuit. Collection Le Sens Commun. (1963). 1975.

Si les premiers événements médiatisés en 1998 sur le « gang des filles » de Toulon semblaient exceptionnels, nous assistons depuis sur la scène publique, sporadiquement, à des faits semblables. Or, cette forme de délinquance, ces conduites violentes ne sont pas sans rappeler la *délinquance d'exclusion*. Denis Salas et Olivier Mongin<sup>1</sup> la distinguent des deux autres formes de délinquance, initiatique et pathologique, qui ont donné lieu à l'ordonnance de 1945. La délinquance d'exclusion se caractérise par la dimension collective de ses actes et par le fait qu'elle provient de territoires relégués, fortement ancrés dans la précarité.

Depuis 1997, nous travaillons sur les questions de socialisation juvénile, des conduites déviantes et délictueuses des adolescentes des quartiers populaires sur plusieurs villes (Bordeaux, quartiers nord de Marseille, Paris intra-muros)<sup>2</sup>. Nous avons appliqué une méthodologie variée, basée sur des observations ethnographiques dans les quartiers, accompagnée d'entretiens de recherche, ainsi que de l'analyse statistique des réponses au questionnaire de l'Enquête Nationale sur la Violence Scolaire dirigée par le Professeur Eric Debarbieux, à laquelle plus de 10 000 élèves ont participé.

Nous avons ainsi eu l'opportunité de rencontrer des adolescentes désignées par leurs pairs ou par les adultes de leur entourage comme « déviantes », « posant problème », « crapuleuses » pour reprendre le terme marseillais... Nous avons pu réfléchir sur le

mécanisme de socialisation juvénile auquel elles étaient soumises, et auquel elles participaient : « la loi du plus fort ». Ce corpus de codes de conduite définit implicitement toute interaction, tout « face-à-face embarrassant »<sup>3</sup>. L'enjeu pour chacune dans ce système relationnel est d'acquiescer ou de maintenir une image publique acceptable pour soi et pour les autres. Cette face se construit à partir des notions de réputation et d'honneur elles-mêmes constituées par *l'apparence, la force de caractère et le réseau relationnel*. L'apparence regroupe divers éléments proxémiques qui composent la façade présentée à autrui et opèrent des médiations symboliques dans l'impression donnée. Il en est ainsi du look, des marques arborées, de la gestuelle qui agrémentent la démarche ou la parole, et des formes linguistiques usitées lors des échanges. La force de caractère désigne la manière dont chacune réagit lors d'une situation d'offense mettant en péril la face. Les stratégies de réponse ou de réaction à ces offenses sont diverses et permettent l'évaluation du caractère selon trois niveaux : faible, médian ou fort. Le réseau relationnel qui englobe la famille, les ami(e)s proches, les connaissances (les « grands » du quartier ou du collège) reflète par sa constitution qualitative et quantitative la place occupée et/ou revendiquée par la personne au sein du groupe de pairs. Or, il est des jeunes filles qui participent activement de cette loi des plus fortes, et pour qui l'objectif primordial est de s'octroyer une position gratifiante et reconnue par l'ensemble des pairs, de s'instituer l'élite d'une hiérarchie sociale de dominance. L'oppression de l'autre prend ainsi parfois l'aspect d'un moyen de démonstration de sa réputation, de son charisme personnel au vu et au su des autres ; ces autres qui sont juge et partie du bien-fondé de cette réputation. De fait, les

inconduites, délits ou déviances perpétrés par ces adolescentes trouvent bien souvent leur sens dans l'univers normatif propre à la loi du plus fort.

En France, nous ne connaissons pas l'essor des « gender studies », et les recherches sur les rapports sociaux de genre n'en sont qu'à leurs prémices. Cependant, de nombreux auteurs, souvent anglo-saxons, ont étudié la criminalité féminine, et ont élaboré des voies théoriques d'analyse et de compréhension des comportements déviants perpétrés par des adolescentes. Or, il nous reste à appréhender comment malgré la socialisation de genre qu'elles reçoivent, malgré l'identité sexuée qu'elles ont incorporée, elles utilisent et appliquent des conduites qui empruntent aux valeurs dites masculines : l'honneur, la force, la virilité,...

Qu'en conclure ?

« Masculinisation » des comportements ? Nous préférons y voir une façon de générer de nouvelles cartes identitaires à jouer, de multiplier les rôles à interpréter en adoptant parfois les formes du dominant. En outre, n'omettons pas que la construction d'une réputation de « guerrière » répond fréquemment à l'injonction de « ne pas se laisser faire » et permet de contrecarrer la possible oppression que l'autre pourrait opérer sur soi : « si on fait pas la loi c'est eux qui vont la faire sur nous ».

Logiques de domination et d'oppression que des adolescentes appliquent à leurs pairs reproduisant les logiques de discrimination, d'exclusion et de domination que subissent ces mêmes adolescentes et les habitants des quartiers de relégation. ■

# La souffrance “liée à l’X”

Médecin spécialisé auprès d'une population essentiellement féminine, je découvre et redécouvre en permanence les témoignages d'une souffrance sociale considérablement aggravée d'une souffrance “liée à l’X”.

**Muriel PÉTRE**

Médecin généraliste, intervenant dans un Centre de planification et d'éducation familiale.



Souffrance silencieuse parce que tue, silencieuse parce que les femmes qui en sont victimes sont dans l'impossibilité d'en parler, silencieuse parce que cachée, silencieuse parce que souvent sans symptômes apparents.

Je ne compte plus mes consultations auprès de ces jeunes filles et notamment celles qui sont en équilibre permanent entre deux cultures. Elles sont prises entre le devoir de loyauté aux parents et la réalité de leur vie. Faire plaisir à la famille, c'est renoncer à leur désir, mais prendre en compte leurs désirs, c'est renier la famille.

Leur corps et leur psyché portent les stigmates de ce choix impossible : traces de strangulations, ecchymoses et cicatrices « côté corps », car la « famille s'arroge régulièrement le droit de rétablir son honneur » ; syndromes dépressifs, anxiété, pathologies psychosomatiques (« j'ai toujours mal aux ovaires ») étant le pendant « côté psyché ».

Pour elles, l'accès aux droits communs, notamment à la justice, leur est impossible tant est prégnante la peur « de se faire tuer pour de bon ».

Pour essayer malgré tout d'échapper à ce « double-bind », bien connu des victimologues, elles négocient entre leurs désirs et une virginité qu'elles portent comme un étendard afin d'assurer, selon elles, la respectabilité de « toute la famille ».

Ce fardeau, si difficile à porter quand il doit se concilier avec leurs désirs de femme ou celui de leur compagnon, génère une sexualité limitée.

Pour être en accord avec les tradi-

tions familiales, elles développent des rapports sexuels qui, selon elles, leur permettent de rester vierges, c'est à dire des formes diverses de pratiques visant à préserver l'intégrité de l'hymen ; mais ces pratiques induisent souffrances et frustrations.

Leurs nombreux questionnements sur l'hymen provoquent surprise et doute quand je leur réponds que, médicalement, il ne sert à rien.

Cette incompréhension liée à la méconnaissance de leur corps entraîne une situation dramatique en terme de prévention. Comment peuvent-elles, dans ces conditions, imaginer pouvoir se contaminer avec le VIH ou encore être enceinte ?

Quand, lors d'une consultation, je diagnostique une grossesse, le monde s'effondre autour d'elles. Au refus de le croire, car elles sont « vierges », suit immédiatement l'angoisse d'avoir à gérer seules et dans le plus grand secret la suite des événements. Le contact avec le principe de réalité est alors violent ; certaines vont penser au suicide.

Il y a également ces femmes sans-papiers, et en situation irrégulière sur le territoire français qui, elles aussi, subissent de multiples violences : violence de « ne pas être », violence physique, violence sociale...

Autant de situations qui les incitent à développer de véritables stratégies de survie les contraignant à ne pas se confier ni à se plaindre, et les poussant à se nier toujours plus. A qui dire ses souffrances quand on n'existe pas officiellement ?

« Je couche pour garder un toit, pour avoir à manger, pour ne pas retourner là-bas ».

Dans de telles situations, on passe sur les coups, et on banalise en apparence le commerce de son corps.

Cette véritable prostitution de survie les fragilise davantage, tant du point de vue de la société, que

du point de vue médical, car généralement aucune précaution n'est prise.

Ces situations favorisent également les mariages arrangés avec le mirage d'une situation meilleure et finalement l'inévitable cauchemar de la soumission totale au mari et à la belle-famille.

Quand ces femmes viennent en consultation, un membre de la famille est omniprésent, officiellement pour traduire, mais surtout pour contrôler ce qui sera dit.

Ainsi, à la barrière de la langue s'ajoute l'impossibilité de parler et d'avoir une vraie relation. Il faut alors savoir dépasser le cadre des mots pour lire la véritable détresse dans les regards et les attitudes figés.

On ne saura rien ou si peu de leurs désirs à elles et bien à elles, de leurs véritables souffrances, de leurs véritables souhaits.

Dans ces conditions dramatiques certaines expriment leur volonté de repartir car « c'était quand même moins pire là-bas... ».

Ce déni du droit d'être une femme les pousse parfois à se refuser de donner la vie.

Certaines d'entre elles préfèrent ne pas perpétuer ou transmettre leur souffrance, lorsque enceintes, elles sont porteuses d'un bébé aux chromosomes XX et donc génitrices d'une future femme confrontée elle aussi à une souffrance insupportable dans une culture à domination masculine.

Récent témoin, cette jeune réfugiée tenant dans ses bras une petite fille de 4 mois. Elle me dit avec des mots simples et épouvantables que « si elle est de nouveau enceinte, elle fera une échographie : si c'est un garçon, elle le garde, si c'est une fille, il faut l'avorter ».

N'oublions pas cependant que, dans certaines conditions, la souffrance peut être un véritable moteur pour s'en sortir, surtout si elle est accompagnée. ■

# Masculin, féminin et interculturalité domestique



**La souffrance psychique en situation d'interculturalité peut être saisie comme un analyseur anthropologique à partir de ce qu'en dit le migrant mais en prenant en compte également les codes d'expression toujours en recomposition de la société dite d'accueil.**

**Abdelhafid HAMMOUCHE**  
Sociologue,  
Université Lumière Lyon 2,  
Cresal-Cnrs

La question de l'expression, et donc de l'inscription du mal dans une configuration sociale, c'est-à-dire dans un ensemble de relations, se joue alors d'une part en termes de processus d'acculturation pour le migrant mais aussi et d'autre part dans la société française où l'affectivité et les rapports masculin/féminin, et pas seulement la souffrance, se redéfinissent sensiblement notamment dans les années 60, période marquée par les plus nombreuses arrivées de migrants maghrébins.

Pour le migrant, et à partir de son optique, les maux qu'il ressent doivent s'entendre dans une situation atypique par rapport à sa socialisation mais aussi avec l'éventuelle présence d'un tiers lorsqu'il y a une intervention institutionnelle et une autre altérité qu'incarne le soignant étranger à la famille et à la communauté de migrants et d'origine. En pareil cas, le « décalage » entre deux mondes est au principe de la relation, comme toute forme de séparation. L'expression par un « étranger » de ce qu'il vit comme une faiblesse se fait selon ce qu'il a intériorisé et qui lui sert à se faire entendre et que le soignant réceptionne au travers d'une toute autre grille de lecture. Une dame gémissant pour exprimer un mal-être par des expressions redondantes et « spectaculaires » peut se voir taxer d'hystérie alors qu'elle lance des signes en vue d'une compassion.

La situation migratoire, dans une première phase relative aux années d'implantation, est une

sorte de parenthèse. Il s'agit alors d'un temps où l'investissement ici est limité à une dimension « fonctionnelle » parallèlement à un ancrage symbolique là-bas (au pays). L'expression de la souffrance, comme les ajustements limités de rôles masculin/féminin, seront contenus par le regroupement des familles qui s'organise en France dans la perspective du retour. Les malaises de toutes sortes sont extériorisés selon les codes partagés par les primo-migrants et leurs enfants restent pour bon nombre et selon le type de rapport qui s'instaure avec l'école et le « dehors » (la rue et les copains) en connivence avec leurs parents.

C'est lors d'une seconde phase, lorsque l'immigration se prolonge et que les positionnements culturels des uns et des autres se différencient plus nettement que la mise en avant de ces souffrances se heurte à des incompréhensions pouvant éventuellement compliquer les rapports. Certains maux non accompagnés de commentaires attendus suscitent des rejets et ce qui aurait pu être considéré comme un affaiblissement se voit taxé d'exagération. Il y a, lors de cette phase et par delà l'enceinte familiale, une sorte de chronologie de la mise en public des souffrances psychiques bien plus visible dans les « quartiers » médiatisés. C'est ainsi que dans le cadre de la politique de la ville, les « jeunes » en guise de première catégorie de « défavorisés » ciblée, expriment, au long d'une adolescence en partie inédite pour les parents, des malaises rarement perçus en tant que souffrance mais renvoyés à un refus de l'ordre symbolique familial. Ce sont autant de tensions manifestes d'une interculturalité domestique qu'accentuera la deuxième mise en public, celle des « femmes ». La dernière, celle où les « pères » sont à leur tour désignés en difficultés, consacre en quelque sorte la problématisation

de l'ensemble de la famille.

Il ne s'agit plus lors de cette interculturalité domestique d'ajustements mais de tensions pouvant aller jusqu'à la rupture quant à la définition des rôles masculins et féminins. Ces tensions s'accompagnent d'une revendication d'épanouissement de soi remettant en cause, de fait, les positions des tenants de l'ordre « traditionnel ». C'est ainsi que être femme (ou homme) s'entend différemment selon la référence culturelle légitimée dans l'enceinte familiale. L'imposition d'une référence est un enjeu lourd de retombées pratiques et symboliques. La norme et la déviance en découlent : des femmes seront considérées comme sortant du « chemin » (au sens de « droit chemin ») lorsqu'elles-mêmes penseront s'affranchir d'un monde en dépassement. Ici les références ne sont pas partagées et l'incompréhension fonde et alimente les oppositions. La considération de la « parole » en tant que support pour dire le mal-être est un des indicateurs de cette interculturalité. Les femmes s'autorisent à partir des années 80 et surtout 90 une forme d'expression inouïe en participant à des groupes de paroles où elles évacuent par le dire un ensemble de difficultés. Mais elles recueillent aussi en ces lieux des interprétations, des analyses leur servant de « ressources » psychologiques et symboliques pour se dégager de représentations et de postures qui les encombrant. Elles ont d'une certaine manière plus de ressort pour enclencher un tel repositionnement alors que les hommes, dotés, au départ de la situation migratoire, des attributs du pouvoir familial, tarderont bien plus à recourir à ce genre de groupes. Pour les femmes, il s'agissait d'accompagner un affranchissement alors que pour les hommes c'est le plus souvent la « restauration » de leur autorité qui est implicitement visée. ■

# Etre une femme SDF, est-ce différent ?

**A l'heure de la parité, pour ne pas faire figure de sexiste ou de féministe, il est de bon ton de parler d'égalité. Seulement voilà, à l'aune de l'exclusion, les hommes et les femmes ne sont pas égaux !**

**Gladys MONDIÈRE**

Psychologue  
Centre de santé mentale  
Trieste 59250 Halluin.

\* Travail de thèse de Psychologie Clinique effectué auprès de 50 femmes SDF de la métropole Lilloise.

## Bibliographie :

<sup>1</sup> Kahn et al, 1987, Psychopathology on the streets: Psychological assessment of the homeless. *Professional Psychology : Research and Practice*, 18 (6), 580-586

<sup>2</sup> Cohen, 1984, The homeless: isolation and adaptation. *Hospital and Community Psychiatry*, 44 (7) 650-656

<sup>3</sup> Fischer, 1986, Homelessness and mental health: an overview. *International Journal of Mental Health*, 14 (4) 6-43

<sup>4</sup> Bachrach, 1990, Perspectives on homeless mentally ill women. *Hospital and Community Psychiatry*, 41 (3), 253-254

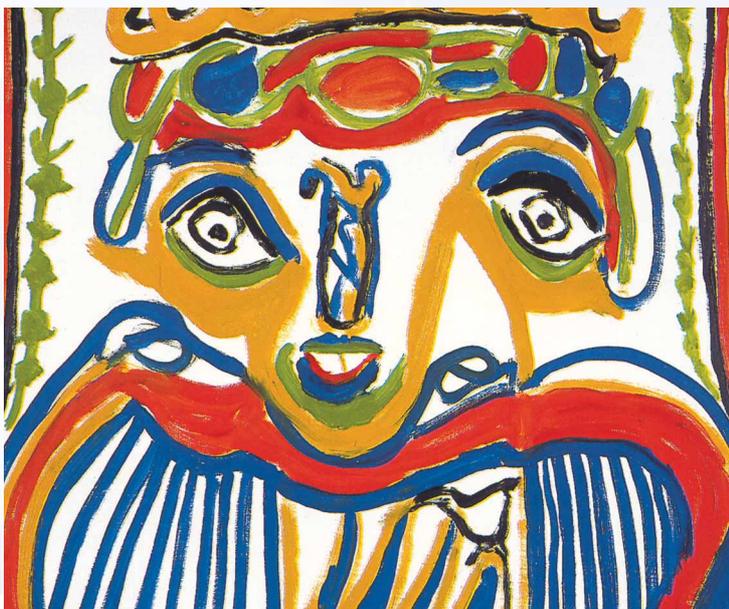
<sup>5</sup> Bachrach, 1992, The urban environment and mental health. *International Journal of Social Psychiatry*, 38 (1), 5-15

<sup>6</sup> Browne, 1997, Intimate violence in the lives of homeless and poor housed women : prevalence and patterns in an ethnically diverse sample. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67 (2), 261-278

<sup>7</sup> Susser et al, 1987, Childhood men of homeless men. *American Journal of Psychiatry*, 144 (12), 1599-1601

<sup>8</sup> Declerck, 1990, Apragmatisme et clochardisation, *Synapse*, Décembre, 19-25

Quantitativement, c'est une évidence, toutes les études sur le sujet convergent : les femmes SDF sont moins nombreuses que les hommes. Elles représentent 8%<sup>1</sup> à 25%<sup>2</sup> de la population SDF. Moins nombreuses, moins visibles, elles sont aussi moins étudiées. Pourtant, certaines études, menées par des femmes (?), mettent en évidence des différences :



- Les femmes SDF présentent moins de troubles mentaux sévères ou chroniques mais plus de ruptures familiales que les hommes<sup>3</sup>.

- Autrement vulnérables, plus stigmatisées, ayant moins de ressources, elles sont plus difficiles à aider<sup>4</sup>.

- Pour elles, les réponses institutionnelles des services de santé mentale sont très stéréotypées<sup>5</sup>.

- L'estime de soi est supérieure chez les mères SDF (probablement attribuable au fait d'être mère!).

Mais surtout, ce qui différencie le plus les femmes des hommes SDF, c'est la question des traumatismes : violence familiale, conjugale, violence physique, abus sexuels. Les études rapportent qu'environ 40% des femmes SDF ont été abusées sexuellement et 60% violentées physiquement<sup>6</sup>, alors que les études sur les expériences infantiles des hommes SDF<sup>7</sup> mettent en avant les placements en foyer, les conduites de fugues et les évictions de l'école.

Mais elles, qu'en disent-elles ? Lors d'entretiens concernant leur histoire de vie, elles évoquent spontanément des enfances mar-

Mises dehors par l'un des parents, le plus souvent la mère sous la forme d'un phrasé vécu comme une injonction « si tu n'es pas contente tu n'as qu'à partir », ou par un compagnon comme si une supériorité lui donnait un droit sur ce logement commun.

Ce qu'elles ne parlent pas. Leur vécu amoureux est rarement évoqué spontanément. Lorsqu'elles sont plus âgées, elles parlent de leur vie matrimoniale souvent de manière idéalisée, « c'était le bonheur absolu » ! Plus jeunes, leurs aventures apparaissent en filigrane d'un discours, comme « désaffectionné », concernant d'autres événements de leur vie (délinquance, drogue, alcool, violence...), ou alors de manière directe « j'ai rencontré un copain et j'y suis restée pendant trois mois ; il m'a foutue dehors parce qu'il est parti dans le Sud travailler et depuis je vais à droite et à gauche ».

L'amour comme refuge...

Enfin, ce qu'elles ne disent pas forcément mais que l'on apprend (au travers du test projectif du Rorschach) :

- Que l'imgo maternelle est vécue comme une référence particulièrement menaçante dans un contexte de carences affectives précoces. P. Declerck (1990)<sup>8</sup> évoque aussi les profondes perturbations des premières relations d'objet généralement vécues par les SDF, qu'ils soient hommes ou femmes. Les ouvrages de ces dernières années (Naouri, Elliacheff,...) apportent matière à réflexion et remettent particulièrement en cause l'habituelle idéalisation de la relation mère-fille. Par ailleurs, les filles seraient davantage « encombrées » par l'image maternelle : au moment de l'Œdipe, la fille doit substituer à ce (premier) objet d'amour celui de sa mère (c'est à dire son père!) ; ce processus s'accompagne d'un sentiment de culpabilité qui émaillera sa relation à sa mère tout au long de sa vie. Ainsi, dans tous

(suite page 7)

## Être une femme SDF, est-ce différent ? (suite)

les cas, la relation à la mère semble spécifique chez les femmes ; chez les femmes SDF, elle est en plus majoritairement vécue comme menaçante.

- Qu'elles sont débordées par des affects envahissants et incontrôlés qui sont tournés vers l'extérieur et l'impulsivité.

Comment se construire comme femme ? Comment s'appuyer sur une image de mère suffisamment bonne ? Comment s'adapter à des règlements institutionnels souvent rigides ?

Ce qui est évident, c'est que la femme SDF met bien davantage à mal nos idéaux et nos représentations notamment à propos du logement, de la canalisation de l'impulsivité ! Car enfin, qu'imaginer de mieux pour une femme sans-abri qu'un hébergement ? Comment penser qu'un logement peut être vécu plus dangereux que la rue ? Par ailleurs, nos représentations sociales lient la femme à la maison. Historiquement, la maison détermine à elle-même le champ social attribué à l'activité de la femme. Symboliquement, la maison regroupe un ensemble

d'interprétations afférent au féminin (refuge, mère, sein,...). Ethymologiquement, le domicile (domus) se rapproche de l'asservissement (domestiquer). Ainsi, être mise dehors, c'est être exclue de son domicile mais ne serait-ce pas aussi s'émanciper d'un certain asservissement ?

Une femme sans-abri dérange à notre insu nos représentations les plus archaïques.

Alors, être une femme sans-abri, est-ce différent ? ■



## Fragilités dans le travail au féminin et au masculin (suite)

de la reconnaissance, l'existence d'espace de discussion dans les collectifs de femmes s'avère une condition sociale essentielle de la santé. Ainsi les infirmières (les assistantes sociales) se racontent entre elles les mêmes histoires que celles qu'elles tendent à faire connaître aux décideurs. Mais ces drames vécus trouvent ici un véritable écho. Enchaînements, rebondissements et péripéties constituent une mise en intrigue

de la souffrance dans le travail grâce à laquelle les femmes conjurent la folie en partageant un même rapport de vérité avec le réel (entendu ici comme ce qui met en échec les techniques et les moyens conventionnels). En outre, ces récits ont comme particularité d'être construits de manière à être à la fois émouvants et drôles. Grâce à ces récits, les souffrances ne sont pas niées mais élaborées et insérées dans un réseau de sens. Ce proces-

sus d'élaboration de la souffrance par le collectif féminin n'a pas à être encouragé ou encadré, il s'instaure spontanément dans les interstices de l'organisation du travail, du moins lorsque les temps consacrés à la discussion (lors des pauses café par exemple) ne sont pas sanctionnés comme d'inutiles instants de paresse et de "bavardage" ou réduits à néant par l'intensification du travail. ■

# Tentative de suicide et mort par suicide selon le sexe

**Lorsque l'on parle aujourd'hui de suicide, on évoque deux réalités différentes : les tentatives de suicide (suicidants) et les morts par suicide (suicidés).**

Les différences entre ces deux groupes concernent la composition par sexe et par âge de chacun d'entre eux, les modes de passage à

l'acte utilisés et enfin l'état psychopathologique des personnes.

Sur le plan épidémiologique, la différence principale observée pour les suicidés et les suicidants est liée au sexe : la tentative de suicide est majoritairement féminine et la mort par suicide majoritairement masculine.

Cette réalité s'observe depuis que

les statistiques existent sur le fait suicidaire, elle est retrouvée dans la quasi totalité des pays.

A cette différence liée au sexe s'ajoute un effet âge que l'on peut résumer ainsi : la suicidante est jeune, le suicidé est âgé.

*Nombre de tentatives de suicide pour un suicide selon le sexe et l'âge (France – 1999)*

âge	sexe masculin	sexe féminin
15-24 ans	22	160
25-34 ans	12	75
35-44 ans	10	83
45-54 ans	2	13
55-64 ans	1.2	13
65 ans et plus	1.0	3
Tous âges > 15 ans	6	29

*Taux de décès par suicide en France 1979 à 1994 (tous âges)*

De 1979 à 1994, il y a 3 suicides masculins pour 1 suicide féminin, avec une moyenne située à 21 pour 100.000 habitants en 1989 et 1994.

*Effectifs et taux de suicide (France – 1999)*

Taux de décès par suicide par sexe et classe d'âge pour 100 000 habitants de la population moyenne

Sexe	Total	5-14	15-24	25-34	35-34	45-54	55-64	65-74	75-84	85-94	95+
M	26.1*	0.5	12.3	26.1	35.8	34.3	31.3	39.6	68	122.5	97.8
F	9.4*	0.2	3.4	7.7	11.2	14.9	14.1	14.8	16.4	20.8	4.3
Ensemble	17.5*	0.4	7.9	16.9	23.4	24.6	22.5	25.9	36.3	49.6	21.1

\* *taux standardisés sur l'âge*

Le mode utilisé pour le passage à l'acte est aussi marqué par d'autres différences : la tentative de suicide est essentiellement liée à une intoxication médicamenteuse volontaire (95 % chez la femme et 90% chez l'homme) ; pour les morts par suicide, les modes varient selon le sexe : chez la femme pendaison, intoxication médicamenteuse et noyade se retrouvent dans des proportions voisines alors que chez l'homme ce sont la pendaison, les armes à feu qui dominent largement. Peut-on suggérer des explications cliniques et psychosociales pouvant rendre compte de ces différences ?

La tentative de suicide féminine : une protestation silencieuse  
L'ingestion médicamenteuse crée un état de sommeil voire de coma plus ou moins prolongé et provoque un retrait, provisoire, dans le silence. Ce retrait témoigne pour le moins du mal-être de la personne et souvent le refus de sa situation tant sur le plan personnel, relationnel que social. L'effet escompté d'un tel comportement est de faire bouger les lignes d'une vie qui paraît dans l'impasse de façon à provoquer la réaction de l'entourage proche et celle du groupe social à travers l'intervention des médecins, des autres soignants, des associations de soutien. Le suicidant signifie

par son geste qu'il cherche une nouvelle place dans sa vie et dans ses relations aux autres. Cette pratique est particulièrement observée chez les adolescentes au moment de cette crise maturative où beaucoup de questionnements viennent submerger la pensée en fragilisant l'édifice psychique. Mais pourquoi un tel geste reste-t-il très majoritairement féminin, ce qui laisserait suggérer que les garçons, eux, traversent mieux leur adolescence ? En fait ces derniers expriment leurs propres difficultés à travers des comportements qui, s'ils ne sont pas qualifiés de "suicidaires", constituent une prise de risques

(suite page 11)

# Vaut-il mieux être un homme ou une femme si l'on doit présenter une schizophrénie ?

**Anne-Sophie GRANAT**

Assistante Chef de clinique,  
service de psychiatrie adulte  
Secteur 7 Hôpital Bellevue  
CHU St Etienne

**Jacques PELLET**

Chef de service de  
psychiatrie adulte Secteur 7  
Hôpital Bellevue  
CHU St Etienne

\* Les symptômes «négatifs» sont déficitaires, notamment sur le plan cognitif et pragmatique ; les symptômes «positifs» sont productifs de vécus délirants, notamment paranoïdes.

\*\* En se basant sur le suivi à 2 ans de la cohorte INSERM de 3470 patients de Casadebaig.

\*\*\* Van Os et al, 1998.

## Bibliographie :

MURRAY. Des facteurs environnementaux et développementaux entrent dans la genèse de la schizophrénie in *Les troubles schizophréniques*, M. De Clercq, J. Peuskens, De Boeck et Larcier Editeur, 2000, 491-507.

VAN OS J, MURRAY R.M. (1998b). Neurodevelopmental and social risk factors across the continuum of psychosis. Submitted to *Schizophrenia Bulletin*.

D'AMATO T, ROCHET TH. Epidémiologie de la schizophrénie in *La schizophrénie recherches actuelles et perspectives*, Masson éditeur 1995, 1-34.

WAINTRAUB L, GUELFJ J.D. Outils diagnostiques et symptômes de la schizophrénie in *Les schizophrénies aspects actuels*, Jean-Claude Scotto, Thierry Bougerol, Médecine-Sciences Flammarion, 26-60.

CASADEBAIG F., PHILIPPE A., LECOMPTE Th., GAUSSET M.F., QUEMADA N., GUILLAUD-BATAILLE J.M., TERRA J.L. Accès aux soins somatiques et morbidité physique de patients schizophréniques, Secteurs de psychiatrie générale. Recherche G.F.E.P. - I.N.S.E.R.M. U302.

CASADEBAIG F., PHILIPPE A., GAUSSET M.F., GUILLAUD-BATAILLE J.M., QUEMADA N., TERRA J.L. Mortalité de patients schizophréniques. Secteurs de psychiatrie générale. Suivi à 2 ans. Recherche G.F.E.P. - I.N.S.E.R.M. U302.

**Pour répondre à cette question, il vaut mieux être une femme, assurément, comme va nous le montrer le recensement d'un certain nombre de différences selon le sexe actuellement bien documentées**

**Adaptation prémorbide.** Les filles pendant leur enfance ont une meilleure adaptation apparente que les garçons, ceux-ci présentant une plus forte tendance aux conduites antisociales et à l'hyper-réactivité, celles-là davantage de troubles pseudo-névrotiques. Plus tard, les futures schizophrènes sont plus souvent mariées (40%) que les hommes (30%) avant la première hospitalisation. Seules 16% n'ont pas eu de relations sexuelles contre 40% chez les hommes. Cette meilleure adaptation se retrouve aussi pour ce qui est des relations sociales, du travail, etc.

**Age de début.** Si le risque de schizophrénie est classiquement le même dans les 2 sexes avec des taux d'incidence cumulée identiques, l'âge de début, quelle que soit la définition adoptée du début de la maladie et quelles que soient les cultures, est retardé de 3 à 5 ans chez la femme par rapport à l'homme. La responsabilité semble en incomber au début tardif des formes paranoïdes chez les femmes, les autres formes cliniques ne faisant pas l'objet de différence sexuelle. La durée des symptômes avant la première hospitalisation étant la même dans les 2 sexes, il est probable que les facteurs socioculturels – demande d'aide plus tardive, meilleure tolérance sociale, différence des rôles sociaux – qui ont souvent été avancés comme explication du début plus tardif chez les femmes, ne jouent pas un rôle prédominant.

**Sémiologie.** Sur le plan sémiologique, les symptômes négatifs sont probablement plus fréquents chez

les hommes et les symptômes positifs\* chez les femmes. Or on sait que les premiers, lorsqu'ils dominent le tableau, font partie d'une constellation comprenant aussi un fonctionnement prémorbide pauvre et une évolution à moyen terme et à long terme plus péjorative.

Dans l'étude de la cohorte INSERM (Casadebaig et al.) la dépendance à l'alcool est moins importante (21%vs 7%) chez les femmes que chez les hommes.

Quant aux données neuro anatomiques, métaboliques et fonctionnelles elles donnent des résultats contradictoires mais n'infirmant pas les constatations précédentes.

**Evolution au long cours.** La moitié des études entreprises sur le sujet montre que l'évolution chez les femmes est moins sévère, cette moindre sévérité portant sur le taux de rechutes, le nombre et la durée des hospitalisations, l'adaptation sociale. Les autres études concluent à une absence de différence entre les 2 sexes. Ce meilleur pronostic serait lié aux caractéristiques évolutives des formes paranoïdes plus fréquentes chez la femme.

**Décès.** Le ratio standardisé de mortalité (RMS) est le même chez les hommes et chez les femmes et il s'établit à 4,3, l'âge moyen du décès étant de 39,1 ans chez les hommes et de 45,2 chez les femmes, soit respectivement 11 ans et 5 ans plus tôt que dans la population générale pour les classes d'âges observées\*\*. Chez les hommes comme chez les femmes, le suicide est la cause principale de surmortalité surtout chez les célibataires. Les femmes schizophrènes se suicident presque autant que les hommes et par des moyens similaires, mais plutôt après 35 ans, alors que les hommes se suicident plutôt avant cet âge.

Au total, la schizophrénie est plus grave chez l'homme que chez la

femme avec une adaptation prémorbide inférieure, un début plus précoce, plus de symptômes négatifs, une évolution plus sévère, et peut-être des résultats thérapeutiques inférieurs.

**Éléments d'interprétation.** De manière spéculative, on peut aussi supposer que les apprentissages précoces de rôles "dits féminins" importants dans la vie quotidienne, soient assez bien conservés malgré les déficits cognitifs présents dans les 2 sexes, et qu'ils constituent un facteur favorable supplémentaire.

Si l'on retient l'hypothèse de plus en plus admise d'une composante neurodéveloppementale\*\*\* dans la genèse de la maladie surtout pour les formes à symptomatologie déficitaire, "la vulnérabilité du système nerveux central à des facteurs environnementaux précoces serait liée au fait que le neurodéveloppement est plus lent dans le sexe masculin et que les fonctions cérébrales sont plus latéralisées et moins susceptibles d'être compensées par l'autre hémisphère en cas de lésion unilatérale". Les facteurs à incidence sexuelle les plus souvent cités sont les complications obstétricales qui peuvent agir par plusieurs mécanismes chez les futurs schizophrènes hommes, et la grippe chez les femmes.

On a aussi invoqué le rôle protecteur des œstrogènes. Ils auraient un effet "dopamine-like" responsable de formes moins graves chez la femme. Ils ont aussi un effet protecteur sur les dyskinésies tardives dont l'incidence augmente après la ménopause.

Les interactions précoces sont absentes de ce bref exposé. C'est qu'il n'existe à l'heure actuelle, à notre connaissance, que peu de données permettant de discuter une différence sexuelle dans ce domaine. ■

# Comment comprendre les prévalences liées au genre dans le cas de l'anorexie mentale et de l'autisme infantile

**Sylvie TORDJMAN**

*Pédopsychiatre, Praticien  
Hospitalier, Fondation  
Vallée. 94250 Gentilly*

*Thèse de Sciences de la  
Vie et de la Santé avec  
HDR (Habilitation à  
Diriger les Recherches),  
CNRS UMR 7593*

*«Vulnérabilité,  
Adaptation et  
Psychopathologie».*

*E-mail :  
lubart@idf.ext.jussieu.fr*

## Bibliographie :

Condry J, Condry S. Sex differences : a study of eye of the beholder; *Child Development*, 1976, 47, 812-819.

Fagot BI. Changes in thinking about early sex role development. *Developmental Review*, 1985, 5, 83-98.

Geschwind N, Galaburda AM. Cerebral lateralization, biological mechanisms, associations, and pathology. *Archives of Neurology*, 1985, 1 : a hypothesis, 521-551, II : a program for research, 643-654.

Lytton H, Romney DM. Parents differential socialization of boys and girls : a Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 1991, 109 (2), 267-296.

Les troubles mentaux sont souvent caractérisés par une forte prévalence féminine ou masculine. Ainsi, selon le DSM-IV, les troubles de conduites alimentaires, les troubles anxieux ou la dépression surviennent beaucoup plus souvent chez les femmes que les hommes, alors que les troubles des conduites sont davantage retrouvés chez les hommes (les agressions avec affrontement de la victime sont plus fréquents chez les hommes).

On peut illustrer ces propos par les exemples marquants de l'anorexie mentale et des troubles autistiques. En effet, plus de 90% des cas d'anorexie mentale touchent des filles, alors que l'on observe 4 à 5 fois plus de garçons que de filles autistes.

Comment comprendre ces différences de sex-ratio ?

Les facteurs socioculturels favoriseraient l'émergence et la prévalence féminine de l'anorexie mentale à l'adolescence.

Cependant, l'intérêt d'une approche psycho-socio-environnementale qui paraît évidente dans le cas de l'anorexie mentale, le semble moins pour des pathologies comme les troubles autistiques. Le syndrome autistique est défini comme un trouble du développement débutant avant l'âge de trois ans et caractérisé par des anomalies des interactions sociales et de la communication, ainsi que par des stéréotypies comportementales ou idéiques. La forte prévalence masculine relevée dans l'autisme a suscité des hypothèses biologiques génétiques portant notamment sur le chromosome X, et hormonales comme celle d'une élévation de l'activité de la testostérone chez le fœtus (théorie développée par Geschwind et Galaburda).

Mais, à la répartition biologique des sexes correspond une répartition des rôles sociaux attendus culturellement et codifiés comme spécifiques de l'un et l'autre sexe. Et par rapport à des domaines comme ceux de la communication et des interactions sociales (domaines profondément perturbés dans l'autisme), on peut s'interroger sur l'importance de la représentation

des rôles sexués (qui paraît fondamentale par exemple au niveau de l'expression émotionnelle ou des jeux) et de l'effet de ces représentations sur les attitudes et attentes que les parents vont avoir vis à vis de leurs enfants, et ce dès la naissance. Ainsi, lorsque des nouveaux-nés sont présentés à des adultes, leur perception et interprétation des émotions des enfants va dépendre du sexe réel ou présumé du bébé. Dans l'étude de Condry et Condry (1976), 204 étudiants sans enfants visionnent un film représentant un enfant âgé de 9 mois qui pleure. A la moitié des étudiants, on dira qu'ils observent un garçon, et à l'autre moitié, une fille. Les résultats sont éloquentes quant aux effets du sexe annoncé sur les représentations sociales : lorsque l'on demande aux étudiants de s'exprimer sur la cause des pleurs du bébé, ils répondent qu'ils ont vu un garçon en colère et une fille effrayée. De façon similaire, Fagot (1985) a étudié comment 100 étudiants (jeunes adultes sans enfants) se représentaient de manière différenciée selon le sexe, les jeux des enfants de 2 ans.

De telles représentations différenciées vont induire chez les parents des comportements différenciés, notamment au niveau de la communication ainsi que des interactions sociales, en fonction du sexe de leur enfant. L'ensemble des études sur ce sujet, malgré certains résultats contradictoires, montre que les parents sollicitent et stimulent plus les interactions sociales (incluant le sourire social) et les vocalisations puis par la suite le langage verbal, chez les filles que chez les garçons dès les trois premières années de vie. Ces études mettent bien en évidence chez les parents une représentation très différenciée des rôles sexués, et également des attentes et attitudes différenciées (les conduites différenciées en fonction du sexe de l'enfant seraient plus marquées chez les pères ainsi que vers l'âge de 18 mois, selon des revues de question comme celle de Lytton en 1991). Cependant, on peut se demander s'il n'existerait pas aussi des comportements différents des garçons et des filles dès le plus jeune âge, et qui conduiraient les parents à adopter des

attitudes différentes à l'égard de l'un ou l'autre sexe.

Maintenant, comment fait-on le lien entre ces attitudes différenciées et la prévalence par exemple du syndrome autistique chez les garçons ?

On peut faire l'hypothèse qu'il existerait de la part de l'entourage socio-familial des attitudes et des sollicitations différenciées en fonction du sexe de l'enfant, plus particulièrement au cours de la 2ème année de vie (surtout vers 18 mois), et qui conduiraient les filles et les garçons à développer des compétences plus spécifiques. C'est à partir de 18 mois que l'on peut observer, selon les travaux de Baron-Cohen, les signes prédictifs les plus précoces du risque d'autisme, à savoir l'absence de jeux de faire-semblant (ces jeux reflètent les capacités d'abstraction, de symbolisation et de représentation mentale), de pointage protodéclaratif et d'attention conjointe. On peut penser que les filles étant plus sollicitées que les garçons dans les domaines des interactions sociales et de la communication (incluant l'expression émotionnelle), et ceci à une période sensible (si ce n'est critique) du développement de ces domaines, on observerait alors moins chez elles de troubles autistiques au niveau des interactions sociales réciproques et de la communication verbale ou non-verbale (qui constituent deux des trois principaux domaines des troubles autistiques).

On peut aussi penser que le dépistage des troubles des interactions sociales et de la communication serait plus précoce chez les filles, et aurait pour conséquence une prise en charge thérapeutique également plus précoce. En effet, si les parents ont des attentes importantes vis à vis de leur fille dans les domaines des interactions sociales et/ou de la communication, ils risquent d'être plus inquiets pour elles quant aux retards développementaux touchant ces domaines, et alors de consulter plus tôt. C'est ce que j'ai pu observer dans ma pratique clinique où j'ai pu suivre

(suite page 11)

## Comment comprendre les prévalences liées au genre dans le cas de l'anorexie mentale et de l'autisme infantile (suite)

des petites filles présentant des troubles autistiques dès l'âge de 2 ans et demi, et qui ont eu une évolution positive, alors que les parents amenaient en consultation leur fils plus tardivement, après l'entrée en maternelle.

Enfin, il est impossible d'exclure l'implication de certains facteurs biologiques génétiques (comme les chromosomes sexuels) et/ou hormonaux (comme les hormones stéroïdes sexuelles) qui expliquerait les différences de sex-ratio homme/femme observées dans les troubles mentaux (ce d'autant que, par exemple, la forte prévalence masculine des troubles

autistiques fait l'objet d'un consensus international et est retrouvée quels que soient les pays et les différences socioculturelles). On peut également envisager un modèle plus complexe, circulaire et non linéaire, où les facteurs biologiques joueraient un rôle dans une différenciation des comportements des garçons et des filles dès la naissance. Ces comportements différents induiraient alors chez les parents des attitudes et des attentes différenciées en fonction du sexe de l'enfant, et qui à leur tour viendraient renforcer les comportements plus caractéristiques de chaque sexe. On observerait ainsi un continuum dans

différents domaines comportementaux (par exemple, les garçons interagiraient et communiqueraient moins que les filles, les filles exprimeraient plus leurs émotions), les troubles mentaux se situant aux extrémités de ce continuum (comme par exemple, les troubles autistiques chez certains garçons et les troubles anxieux chez certaines filles). Cette hypothèse s'inscrit dans un modèle où l'on passe d'une approche nosographique catégorielle à une approche dimensionnelle des troubles mentaux, et qui prend en considération la différenciation sexuelle des troubles mentaux. ■

## Tentative de suicide et mort par suicide selon le sexe (suite)

avec leur santé voire même avec leur vie. Les adolescents en mal-être choisissent plutôt un mode plus bruyant pour exprimer leur détresse à travers des comportements dangereux dans les activités sportives, la conduite d'engins (2 ou 4 roues), des intoxications alcooliques ou toxiques massives, des agressions non pas tournées vers eux-mêmes mais vers les autres. Ainsi on peut émettre l'hypothèse que la différence n'est pas dans le mal-être masculin/féminin mais plutôt dans le mode d'expression qui est choisi pour le dire.

La mort par suicide masculine : la violence à la place des mots  
La surmortalité masculine est observée à tous les âges mais avec un différentiel qui est plus marqué à l'adolescence et à l'âge adulte pour se réduire autour de 70 ans, mais retrouver une nouvelle progression après 85 ans.

On explique parfois cette différence de mortalité par le mode retenu pour le passage à l'acte, l'homme choisissant plus volontiers un moyen au risque léthal majeur alors que la femme resterait plutôt dans l'intoxication médicamenteuse qui préserve mieux les chances de survie. Il s'agit là d'une analyse insuffisante car les femmes qui meurent (même si

elles continuent à utiliser l'intoxication médicamenteuse de façon plus importante que l'homme) utilisent aussi des moyens violents comme la pendaison, la précipitation, la noyade. Ce qui fait la grande différence de notre point de vue c'est l'état psychopathologique que l'on repère dans le groupe féminin et dans le groupe masculin.

Dans une étude\* menée à St Etienne partant des renseignements retrouvés de façon anonymisée dans les dossiers de Sécurité Sociale, les femmes décédées sont toutes en traitement (parfois lourd) psychotrope et leur suicide s'inscrit dans une pathologie repérable et prise en charge. Par contre pour les hommes on retrouve deux groupes différenciés : celui des hommes soignés qui rejoignent en nombre absolu les morts féminines et celui chez qui la mort survient sans qu'il y ait eu de soins ou de médications préalables, ce qui peut expliquer la "surmortalité masculine".

Il paraît donc légitime d'envisager deux grandes situations suicidaire mortelles :

- celle qui s'inscrit, chez l'homme comme chez la femme, dans une histoire clinique prise en charge sur une durée plus ou moins

longue souvent avec une prédominance dépressive mais où l'on retrouve d'autres pathologies. La mort pose alors la question de la qualité de cette prise en charge et aussi interroge sur la possibilité médicale d'éviter un suicide dans un tel contexte. Le soutien apporté à ces malades ne peut être seulement médical, il doit être aussi familial et social.

- celle essentiellement masculine où le passage à l'acte violent (entraînant parfois d'autres morts dans l'entourage) n'a pas été précédé par une prise en charge même si des signes d'alertes – difficile à repérer dans "l'avant coup" – ont pu être donnés. La question de la relation de l'homme avec sa pathologie, sa souffrance se trouve ainsi posée. Les hommes ont plus de difficultés à se soigner, plus de difficultés que les femmes à se reconnaître en mal-être, dépressifs et donc à consulter psychologues et psychiatres. L'hypothèse est donc d'expliquer cette surmortalité masculine par une résistance de l'homme à se dire malade, résistance inappropriée et inefficace enfermant le sujet dans sa souffrance ; il n'a plus alors comme échappatoire que sa disparition violente dès lors que son désarroi n'a pas pu s'exprimer par la parole. ■

\* Thèse Mme V. Martorana : "Recherche des antécédents médicaux chez les personnes suicidées" (à partir des dossiers de Sécurité Sociale les concernant) - Présentée en 1999 au CHU de St Etienne.

# Témoignage de 4 infirmiers à propos de "l'appel en renforts"

**Nous avons interviewé quatre infirmiers qui travaillent dans un hôpital psychiatrique. Ils commencent tous par insister sur le principe d'égalité des fonctions et des traitements entre hommes et femmes. « Ce qui compte, c'est le métier, et non pas le fait de l'exercer au féminin ou au masculin » affirment-ils.**

Ceci dit, depuis quelque temps, la question d'un vécu professionnel lié au genre se pose pour eux lors de la tentative de résolution d'une question sensible qui est celle des renforts\*. Cette activité les met mal à l'aise. Ils évoquent les mots de « gardiens », ou parfois de « videurs ». « Je ne suis pas un gros bras » disent-ils et l'un d'eux précise qu'il s'agit de « contenir et non pas d'y aller physiquement... et on ne contient pas à une seule personne ». Ils ne souhaitent pas être assimilés à « une fonction de sécurité qui dépasse le rôle infirmier ». Un autre dit aussi « ne pas être infirmier pour mettre les gens dehors ». Surtout, ils émettent tous des doutes sur la justesse d'une représentation qui associe

force et masculinité et qu'ils considèrent comme un lieu commun. Qu'elle soit érigée en principe organisateur de l'action les « interroge » et même parfois les humilie. Ils se sentent « aussi faibles et démunis que n'importe quel être humain » ! « Des fois, on a peur » ou encore « On nous attribue des pouvoirs que nous n'avons pas ». Bref, ils ne souhaitent pas être réduits à du « physique » alors même que leur compétence d'infirmier est du côté de l'élaboration et du soin psychique.

L'expérience du renfort ne se réduit ni à une confrontation ni à une démonstration de force. Alors que les infirmiers sont convoqués parce que les hommes seraient plus forts que le sexe dit « faible », cette association entre masculin et force n'est pas ajustée aux situations qu'ils rencontrent. Selon eux, ce sont d'abord des situations de violence avant d'être des relations où seule la force s'exerce. Si on remplace le terme de force par celui de violence, l'opposition masculin/féminin ne recoupe plus celle de fort/faible.

Car si la maîtrise d'une force nécessite une force équivalente ou supérieure, la violence d'un seul peut être contrebalancée par l'union de plusieurs individus plus « faibles ». « On ne se sent pas bien individuellement », dit l'un d'entre eux... « Ce qui aide, c'est le groupe ».

Ils insistent alors sur l'importance d'une réponse collective coordonnée. La légitimité de cette activité trouve autant sa source dans une éthique soignante que dans une exigence légitime de solidarité « entre professionnels » à l'échelle de l'institution. « C'est un soin collectif... Chaque personne a sa place... On peut s'appuyer sur le groupe, on n'intervient pas en tant qu'individu, on intervient pour le besoin de la collectivité, mais s'il y a une mission institutionnelle, il devrait y avoir une reconnaissance institutionnelle ».

A contrario, cette référence à l'intervention en tant qu'individu montre que la conquête d'un soin infirmier autonome s'est construite sur une revendication d'actes soignants produits par des individus singuliers détachés d'une référence collective au genre\*\*.

En résumé, toute convocation de l'infirmier au masculin, quelle qu'en soit la raison organisationnelle, n'est pas sans risque de « trouble » symbolique. Elle oblige aussi à penser le pôle féminin. Il faut bien comprendre ici que la construction symbolique de la profession infirmière est sans cesse à reconquérir.

Aujourd'hui comme hier, c'est la conquête d'un espace autonome de corpus de savoirs et de savoir-faire de soins infirmiers qui dégage ce métier d'une assignation aliénante au genre et à ses soi-disant qualités « naturelles » (maternage, intériorité d'un côté, force et extériorité de l'autre). ■



**Christian LAVAL**  
Sociologue  
ORSPERE-ONSMMP

\* Le renfort consiste à faire appel à des infirmiers extérieurs au service lorsque se pose un problème de contention vis-à-vis de la violence.

\*\* N'oublions pas que jusqu'à la fin des années 1960, l'institution psychiatrique organisait encore les soins en référence au genre, que ce soit au niveau de la profession infirmière ou au niveau des patients (cf. la circulaire n° 12 du 24 janvier 1969 relative à la bisexualisation des hôpitaux psychiatriques).

# Masculin/féminin dans une unité de soins pour enfants et adolescents

**Corinne EHRENBURG**  
Psychanalyste  
Directrice de l'USIS du  
XIVème, Paris.

Dans une unité de soins qui reçoit des enfants présentant des troubles du comportement et une tendance antisociale très marquée, il est apparu essentiel de maintenir au sein de l'équipe une mixité homme femme à tous les niveaux : la direction est assurée par un binôme (une psychologue psychanalyste qui dirige et un psychiatre psychanalyste qui assure une fonction expertale) et les enfants sont répartis en groupe avec un couple de référents sur le modèle de la famille traditionnelle.

Cet aspect anachronique du dispositif soignant face à la montée des monoparentalités et des homoparentalités est d'autant mieux assumé qu'il repose sur des prémisses issues de l'expérience thérapeutique et de la connaissance psychopathologique.

Un tiers des enfants pris en charge appartient à des familles monoparentales. Mais loin de nous l'idée que la monoparentalité puisse être responsable des troubles de l'enfant, ce que laisse entendre certaines études qui confondent corrélation et causation. Ce serait une insulte faite aux mères seules ou aux pères seuls que de décréter que les unes ne peuvent incarner la fonction paternelle et que les autres ne peuvent assurer les soins dits maternels.

Il se trouve qu'à l'Unité de Soins Intensifs du Soir, c'est à la directrice que l'équipe demande de rappeler la loi à un enfant qui transgresse ou se montre violent et destructeur. Elle n'en est pas moins femme. Penser que "c'est l'autorité mâle qui civilise" participe d'une sorte de malentendu de l'apport de la psychanalyse, considérant que fonction et anatomie doivent forcément se superposer. Quand les mères disent non et posent les limites au nom d'une loi qui leur est extérieure, elles ne deviennent pas des pères pour autant, elles incarnent momenta-

nément la fonction paternelle. Il ne s'agit pas de la fonction dévolue au père comme un rôle social mais de signifier à l'enfant qu'il n'est pas l'objet du désir de la mère\*\*.

Ce que nous entendons par masculinité et féminité quand on se réclame de la psychanalyse est bien difficile à désintriquer du sens que lui donne le biologique et le social. Sans doute faut-il s'en tenir à la position de Freud clairement affirmée dans les Nouvelles Conférences : "Ce qui appartient en propre à la psychanalyse, ce n'est pas de décrire ce qu'est la femme (l'homme)\*\*\*, mais de rechercher comment elle (il) le devient, comment elle (il) se développe en femme à partir d'un enfant à dispositions bisexuelles." Mais quel est alors le sens de maintenir à tout prix cette mixité ? Incontestablement pour proposer aux enfants et à leur famille des modèles identificatoires qui articulent la différence des sexes et la différence des générations. Mais aussi et surtout en raison de la psychopathologie des enfants accueillis : ils ont recours de manière privilégiée et problématique à d'autres opérations défensives que le refoulement pour parer à l'excitation traumatique d'une relation pré-œdipienne à la mère.

Les relations entre hommes et femmes au sein de l'équipe sont dès lors des supports offerts aux enfants pour leur permettre de construire les fantasmes qui ont été empêchés par l'attaque de leur psyché par les défenses comportementales (fantasme de scène primitive, fantasme de séduction, fantasme de l'enfant battu, etc.). C'est la réflexion psychanalytique et non le souci pour la parité qui nous guide dans le recrutement pour la composition de l'équipe soignante. C'est bien la psychopathologie et la technique thérapeutique qui sont là privilégiées.

Ainsi, il en va tout autrement dans les institutions dont la mission n'est pas thérapeutique. Pour ne prendre qu'un exemple, l'école voit son personnel se féminiser et l'on peut entendre ici et là qu'il serait bon que les garçons puissent être enseignés par des hommes plutôt que par des femmes, que cela faciliterait la construction de leur masculinité qui est en crise comme l'a bien montré le sociologue Hugues Lagrange. Il s'agit d'une crise de l'identité masculine en rapport avec la formidable révolution de l'émancipation des femmes. Cette crise concerne l'identité sociale et les rôles sociaux qui ont été mis à mal par les mutations de la société, de société patriarcale et disciplinaire en société d'individus dont la norme est l'émancipation et l'autonomie.

Le médecin psychiatre, à l'USIS, est resté plus près de l'équipe et de son projet thérapeutique, il en est en quelque sorte le garant. C'est le plus souvent lui qui reçoit les demandes d'admission et qui examine les indications de prise en charge.

Promouvoir l'efficacité des méthodes thérapeutiques utilisées à l'USIS, construire des projets de recherche pour en faire la preuve par l'évaluation et en assurer la coordination est devenu progressivement le rôle de la directrice ; mais aussi aller dans les écoles pour sensibiliser les enseignants, psychologues scolaires et rééducateurs, au repérage et à la compréhension des difficultés de ces enfants, faire des projets de développement de l'action de l'USIS et trouver des financements ; apporter une contribution en matière de prévention à la Protection Judiciaire de la Jeunesse, participer à des actions de formations dans les IUFM, enseigner dans le DU sur les adolescents difficiles.

Il est plus à l'intérieur et la directrice plus à l'extérieur, l'exact inverse des représentations

(suite page 14)

\* Jean-Claude Barraud à l'émission Répliques animée par A. Finkelraut sur France Culture le 1/03/03.

\*\* Cela signifie que la mère désire au delà de l'enfant (le père, l'amant, son métier, etc.)

\*\*\* Les parenthèses sont rajoutées par moi.

## Masculin féminin dans une unité de soins pour enfants et adolescents (suite)

collectives que l'on a des rôles sexués.

À l'USIS, c'est une femme qui dirige et cela n'a pas du tout le même sens pour les soignants et pour les enfants pris en charge ; pour l'équipe, sa tâche revient à créer les conditions qui rendent possible leur mission thérapeutique, pour les enfants, elle est celle qui dit la loi. Pour l'équipe,

elle garantit la stabilité du cadre afin qu'il puisse contenir les projections violentes et destructrices des enfants, pour les enfants elle apparaît comme celle qui peut leur autoriser ou leur interdire l'accès au cadre.

Les fonctions de l'homme et de la femme au sein du binôme de direction ou des couples de réfé-

rents ne peuvent s'envisager que l'un par rapport à l'autre et non en soi ou en fonction des identités sexuées et professionnelles. La définition des champs d'action respectifs et des complémentarités repose sur l'articulation des fonctions et des positions sexuées en tant que l'un n'a de sens que par l'existence de l'autre et par l'appui qu'il prend sur l'autre. ■



Le coin du clinicien



### Le stress et la différence des sexes\*

Jean FURTOS

Psychiatre  
ORSPERE - ONSMP

Il était admis depuis Cannon (1932) que la réponse à la menace, quelle qu'elle soit, relevait d'une réaction d'attaque ou de fuite, et cela chez l'animal comme chez l'homme. Mais on a remarqué assez récemment que les études avaient presque toutes été conduites sur des animaux mâles tandis que 13% seulement des études chez l'homme avaient porté sur des sujets féminins (jusqu'en 1995). La raison alléguée portait sur le biais du cycle menstruel. On aurait pourtant pu imaginer des études sophistiquées sur le stress avant la puberté, à la puberté, en période de grossesse, de lactation, de ménopause, avec des recherches comparatives sur les deux sexes, mais il n'en a rien été : la différence sexuelle a été refoulée au bénéfice de l'élément mâle.

Le retour du refoulé, c'est à dire le retour du féminin, a constitué un renversement surprenant en terme de savoir. Les réponses au stress chez les animaux femelles, rats de laboratoire ou primates non humains, comme chez les humains de sexe féminin, semblent indiquer un autre type de réponse que le comportement « attaque-fuite ». Plus précisément, les animaux femelles et les humains de sexe féminin auraient

de manière prévalente un comportement apaisant, donc anti-stress, du type prendre soin et « copiner » (tend and befriend) ; cela consiste à se rapprocher de sa progéniture et des pairs de même sexe ; en termes prosaïques, les hommes stressés se fâchent et/ou s'isolent alors que les femmes sont attentives aux enfants et téléphonent à leurs sœurs, mère et amies. Les supports hormonaux appartiendraient à la triade : oestrogène-ocytocycyendomorphines\*\*.

Les modèles mis en jeu constituent la contrepartie « maternelle » des processus d'attachement (éthologique) et la mise en œuvre de l'affiliation sociale. Ces comportements anti-stress rendraient compte, pour partie, de la différence de mortalité entre les deux sexes, les hommes se défendant moins bien contre les effets pathogènes du stress ; de même serait confirmé le rôle prévalent des femmes dans la formation de réseaux en situation menaçante pour le lien social.

A ce stade, certaines remarques de méthodes ont bien sûr été faites, tout d'abord du côté de l'intrication des niveaux biologiques, psychologiques, sociaux et culturels dont on sait que les ajustements permettent une plasticité

des comportements et des rôles sociaux, surtout chez les êtres humains.

En deuxième lieu, le retour du refoulé, pour intéressant qu'il soit, a lui-même été emporté dans son élan : la majorité des études sur le stress et l'affiliation sociale a été conduite seulement chez des femmes ; corrélativement, il semble que le pattern « attaque-fuite » ait été surestimé sans nuances chez les mâles en général et l'homme en particulier. Cela nous suggère que lorsque la différence des sexes est acceptée du côté du féminin, le masculin devient à son tour « le continent noir ».

Il s'agit là d'un thème majeur en termes de connaissances et de valeurs pour la culture où nous vivons. Si l'on admet que le stress contemporain se superpose assez exactement à la souffrance psychique en rapport avec l'environnement socio-humain, le fait de penser les manières d'y répondre en termes « d'attaque-fuite » et/ou en termes de réseaux et d'affiliation est un enjeu de civilisation : orientable dans un sens ou dans un autre, avec sans doute un troisième terme possible du côté de la loi symbolique. ■

\* A partir d'un texte de synthèse prenant en compte 231 publications, par Shelley et al, in Psychological review, 2000, vol. 107, N°3, 411-429.

\*\* A l'inverse, on a fait remarquer le rôle agressivogène de la testostérone et des androgènes.

## Reconnaissance des adultes relais dans les quartiers en politique de la ville

**Agnès ROLLET**

Chargée de mission,  
Fonda Rhône-Alpes,  
3 rue Casimir Périer  
69002 Lyon

Des parents n'osent pas entrer dans l'école, par peur du regard de l'institution sur eux, qui n'ont pas eu la chance de réussir ou d'aller à l'école. D'autres refusent d'aller voir l'assistante sociale, par crainte de ne pas comprendre ce qu'elle attend d'eux ou qu'elle leur donne une réponse décalée par rapport à leur réel besoin. Certains sont révoltés du manque de reconnaissance de l'autorité parentale et ont vu leur gamin dériver aux mains des institutions, qui seules n'y arrivent pas non plus...

Ainsi, les femmes-relais et médiatrices nous rapportent de nombreuses situations. Toutes sont particulières, sans dispositif pour les résoudre. Le rôle des femmes-relais : renouer dialogue et confiance avec ces personnes hors droit commun, faciliter la communication et la compréhension de la situation globale d'une famille et réhabiliter le rôle des institutions et des services publics dans les quartiers dits « sensibles ».

Ces femmes dans les années 80-90 se sont spontanément mobilisées à la demande de voisins qui reconnaissaient en elles : capacité d'écoute, de médiation et d'accompagnement vers des solutions adéquates, tout en respectant un certain secret déjà professionnel.

D'abord elles sont reconnues par leurs pairs : issues de l'immigration, parents d'élèves, gens du voyage, habitants d'un quartier « sensible » ou connaissant des milieux ayant des comportements à risques ou SDF...

Cette proximité d'histoires de vie, voire cette identification, est le point fort des « femmes relais », qui touchent des populations qui ne sont pas toujours connues des travailleurs sociaux.

Attention, tout militant n'est pas apte à devenir relais ou médiateur,

sur le simple fait qu'il soit issu d'un milieu particulier. Cela demande des qualités personnelles, une éthique, des compétences reconnues par les pairs, mais aussi par un réseau de professionnels proches.

Ainsi en 1996, une trentaine de « femmes-relais » de la région Rhône-Alpes se sont organisées en collectif avec le soutien de la Fonda Rhône-Alpes, pour formuler ensemble leur démarche, leurs savoir-faire et l'impact de leurs interventions, faire connaître leur utilité sociale et accéder à une reconnaissance officielle de leur fonction pour faciliter leur travail de terrain quotidien.

Puis elles ont travaillé ensemble à l'échelle nationale avec des réseaux associatifs comme FIA-ISM (Femmes Inter Associations – Inter Services Migrants) et Profession Banlieue (un Centre Ressources pour les professionnels du DSU), pour faire entendre leur voix.

Si, partout en France des actions similaires naissent simultanément, c'est bien qu'elles devaient répondre à un besoin non couvert ? Elles anticipaient une innovation sociale ?

En Juin 1999 un rapport parlementaire (Rodrigo-Bourguignon) souligne en effet que la médiation sociale requiert une certaine maturité, ce qui manquait aux emplois jeunes. Le Conseil Interministériel à la Ville de décembre 1999 a alors décidé la mise en place d'un dispositif « adulte-relais » pour embaucher dans les associations, pour trois ans, ces personnes déjà actives et si utiles sur le terrain, en finançant 80% du SMIC.

La circulaire d'avril 2000 apporte clairement une reconnaissance des femmes-relais, en pérennisant leurs postes souvent précaires.

Ce dispositif n'est pas un dispositif de contrat aidé pour des personnes soi-disant « en difficulté ». C'est une aide au poste pour la création d'une mission de médiation sociale et interculturelle qui reconnaît les talents des « femmes-relais » en l'ouvrant aux « adultes-relais », l'Etat ne pouvant se permettre de faire une discrimination homme-femme sur l'émergence d'un nouveau métier. Si les femmes ont montré leurs qualités de médiatrices et leur engagement à résoudre des situations sociales, il est primordial pour l'équilibre de notre société de redonner une place aux hommes dans ces espaces.

En Janvier 2001, le dispositif est élargi aux collectivités locales et aux entreprises de statut public (HLM, transports en communs). Progressivement, le dispositif n'est plus ce que les « femmes-relais » avaient expérimenté là où il y avait des besoins. Les personnes sont recrutées via l'ANPE et non plus sur la base de la reconnaissance par leurs pairs dans une certaine proximité.

Demain, une nouvelle circulaire doit paraître. Les crédits seront-ils diminués ou augmentés, le sens sera-t-il dévoyé ?

Nous ne sommes pas à l'abri d'une tendance sécuritaire généralisée. Pourtant la précarité est bien la première violence institutionnalisée, dont on parle peu, subie par nombre de nos concitoyens ! ■

## Informations

### ■ Lucien Bonnafé est mort.

*Lucien Bonnafé, né le 15 Octobre 1912, est mort le dimanche 16 mars 2003.*

Il fut l'un des principaux acteurs de l'évolution de la psychiatrie du 20<sup>ème</sup> siècle. Considéré comme le principal fondateur de la psychiatrie de secteur, il a toujours animé, avec l'ensemble des travailleurs de la santé mentale, la réflexion et le développement de celle-ci. Aux côtés de Germaine Le Guillant et de Georges Daumézon, il est, dans la mise en place des stages Ceméa de formation d'infirmiers psychiatriques au début des années 50, l'un des acteurs de la diffusion d'une pensée qui considère que l'enfermement conjoint des « malades mentaux » et de ceux qui les soignent, dans leurs institutions, dans le rapport soignant-soigné et dans la chronicité, incarne les effets et causes du système aliéniste. Il ne cesse de lutter pour le désenclavement de l'oreille et de la parole des héritiers de l'aliénisme, et en même temps, pour l'ouverture de la conscience publique à un autre regard sur la folie...

Profondément engagé dans la formation du personnel des asiles d'aliénés, les infirmiers de secteur psychiatrique lui doivent des interrogations fondamentales sur le sens de leur travail. Marqué par le surréalisme, il a consacré sa vie à la recherche d'un désaliénisme théorique et pratique.

*Yves Gigou*

### ■ Menaces sur l'aide médicale de l'Etat (AME) et soulagement

La loi de finances rectificative pour 2002 (JO n°304 du 31 décembre 2002) attirait les foudres des associations et des professionnels en proposant de supprimer la gratuité des soins pour les étrangers en situation irrégulière. Devant cet émoi, le Premier ministre missionnait M<sup>me</sup> Dominique Versini, Secrétaire d'Etat à la lutte contre la précarité et l'exclusion, pour recevoir les associations et apporter ainsi des éléments d'analyse pour décision.

Au vu de ces propositions et d'un rapport de l'IGAS, le décret d'application est suspendu pour une évaluation réelle du dispositif et de ses dysfonctionnements éventuels. Les associations et les professionnels ont été entendus, mais restent vigilants.

## Nous avons lu

### ■ Les passions tristes, souffrance psychique et crise sociale

*Miguel Benasayag et Gérard Schmit, Edition de la Découverte, fév. 2003.*

Après avoir rappelé qu'au fil de l'histoire les formes de la souffrance psychique et de son objet évoluent, les auteurs analysent cette mutation conjointe de la société et des modalités du souffrir. En allant au-delà des « réponses techniques », ils mettent en perspective une explosion de la demande de soins avec les tendances lourdes de la société néo-libérale. En proposant une clinique du lien et non de l'individu, ils effectuent un renversement de point de vue afin que chacun puisse développer ses capacités et non s'identifier à ses déficits. Selon eux, le problème principal du clinicien est de se dégager du primat de l'économisme et de l'utilitarisme dans le sens où l'économie s'est transformée en pseudo-valeurs « pour la vie ». Cette critique sociale, qui se conjugue avec un appel à la créativité clinique, est un vrai bol d'air dans le contexte actuel des « passions tristes ».

## Agenda

### ■ Espace public/Espace intime

*Centre social la Rouguière, l'Amicale du Nid, Emmaüs St Marcel, CRP la Calade :*

Exposition du 8 au 18 avril 2003 - Hôtel du Département, Marseille.

### ■ « Seuils » (sagesse des seuils en psychiatrie)

*Colloque de l'association « ACCUEILS ? »*

15 et 16 mai 2003, C.H.U de la Timone, Marseille.

Renseignements et inscriptions : Tél. 05 56 91 39 58 Fax : 05 56 94 15 72 [sofor@wanadoo.fr](mailto:sofor@wanadoo.fr)

### ■ Impact du suicide sur l'entourage, les soignants et les institutions

*XXXV<sup>e</sup> journées du Groupement d'Etude et de Prévention du Suicide*

20, 21 et 22 novembre 2003, Palais des Congrès, Nancy.

Renseignements et inscriptions : Tél. 03 83 85 20 88 Fax : 03 83 85 10 31

Mail : [uaup@cpn-laxou.com](mailto:uaup@cpn-laxou.com)

[www.cnp-laxou.com/colloqueuicideGEPS2003](http://www.cnp-laxou.com/colloqueuicideGEPS2003)

*Les illustrations ont été aimablement mises à notre disposition par M. Luis Marcel, Directeur du Musée de l'Art en Marche à Hauterives (Drôme).*

Tél. 04 75 68 95 40 - Site : [www.art-en-marche.com](http://www.art-en-marche.com)

**RHIZOME est un bulletin national trimestriel édité par l'Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité (ORSPERE-ONSMP) avec le soutien de la Direction Générale de l'Action Sociale**

**Directeur de publication : Jean FURTOS**

**Assistante de rédaction : Claudine BASSINI**

#### Comité de rédaction :

- Guy ARDIET, psychiatre (St Cyr au Mont d'Or)
- Jean-Paul CARASCO, infirmier (St Maurice)
- François CHOBEAUX, sociologue (CEMEA Paris)
- Valérie COLIN, docteur en psychologie, Orspere
- Jean DALERY, prof. de psychiatrie (Univ. Lyon 1)
- Philippe DAVEZIES, enseignant, chercheur en médecine du travail (Univ. Lyon 1)
- Gilles DEVERS, avocat (Lyon)
- Bernard ELGHOZI, médecin (Réseau Créteil)
- Marie GILLOOTS, pédopsychiatre (Vénissieux)
- Jean-François GOLSE, psychiatre (Picaudville)
- Alain GOUIFFÈS, psychiatre (UMAPPP Rouen)
- Pierre LARCHER, DGAS
- Christian LAVAL, sociologue, Orspere
- Antoine LAZARUS, prof. santé publique (Bobigny)
- Marc LIVET, cadre infirmier (Paris)
- Jean-Pierre MARTIN, psychiatre (Paris)
- Alain MERCUEL, psychiatre (St Anne Paris)
- Michel MINARD, psychiatre (Dax)
- Gladys MONDIERE, psychologue (Lille)
- Pierre MORCELLET, psychiatre (Marseille)
- Christian MULLER, psychiatre (Lille)
- Jean PERRET, président d'association (Lyon)
- Eric PIEL, psychiatre (Paris)
- Christiane RICON, Directrice Etablissement Social
- Olivier QUEROUIL, conseiller technique fonds CMU (Paris).

#### Contact rédaction :

Claudine BASSINI - Tél. 04 37 91 54 60  
Valérie BATTACHE - Tél. 04 37 91 53 90



CH Le Vinatier, 95, Bd Pinel  
69677 Bron Cedex  
Tél. 04 37 91 53 90 Fax 04 37 91 53 92  
E-mail : [orspere@ch-le-vinatier.fr](mailto:orspere@ch-le-vinatier.fr)  
Web : [www.ch-le-vinatier.fr/orspere](http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere)

Impression et conception :  
Marchandeau Imprimeur - Villeurbanne  
Tél. 04 78 68 98 17 - Fax : 04 78 03 23 92

Tirage : 8 500 ex.

ISSN 1622 2032