

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

Supplément à NERVURE
 Journal de Psychiatrie
 n° 1 - Tome XII - Février 1999

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

BIOGRAPHIE

Jean-Marc Loubier

Emile Coué : discours et méthode d'un marchand de bonheur

LIVRES

La traîne-sauvage

Rosine Crémieux et Pierre Sullivan
 Flammarion

Rosine Crémieux, psychanalyste, anime depuis sa fondation la revue *La psychiatrie de l'enfant*. Infirmière au maquis du Vercors elle a vécu la déportation à Ravensbrück et n'a pu pendant longtemps que refuser de revenir sur l'indicible. Ce livre montre comment il fut possible de ne pas simplement « raconter », de ne plus fuir une mémoire douloureuse : « secrètement, je repensais toujours avec honte à ce petit morceau de pain dérobé à une prisonnière hongroise ». Ce vécu n'avait pu, dans le détail et dans son ensemble, être partagé ou plutôt imposé à l'autre en analyse : « je crois que mes analystes ont eu la modestie de me faire confiance et de me laisser faire seule le travail ». Ce travail va enfin être possible avec le temps (plus de quarante ans après) et parce qu'il est partagé avec Pierre Sullivan, « comme moi, il est psychanalyste », et collaborateur depuis vingt ans. Un tel dialogue, attentif, confiant a permis de se réapproprier l'intensité d'une terrible expérience, tout en précisant ce qu'il était possible de transmettre, de rendre réellement perceptible. « L'effort de mémoire » ne consiste plus alors à informer (ce qui paraît insuffisant voire dérisoire) pour transmettre par ce qui devient une épreuve commune qui va jusqu'au bout d'une vérité, même si cette épreuve n'a rien à voir avec ce qui en est à l'origine. Les échanges ont permis de dépasser le simple récit en impliquant chacun par une épreuve maturative, nouvelle, capable d'autoriser des questionnements croisés jusqu'à la transmission d'une haine abandonnée depuis longtemps par la victime et dont on sait qu'elle persiste davantage chez les proches. Ce texte ne ressemble à aucun autre et parvient à se rapprocher de ceux d'Antelme, de Lévi ou plus récemment de Semprun en touchant à l'essentiel. Il associe en plus, par l'écriture, un coauteur devenu compagnon de voyage qui, lui, « n'a pas connu sa mort » et en sort renforcé et solidaire comme le lecteur.

G. Massé

Le corps en Islam

Malek Chebel

P.U.F.

Le sociologue Melk Chebel propose une approche savante du corps en Islam, qui veut aider les soignants à mieux comprendre comment les patients perçoivent la douleur, la maladie, la mort mais aussi l'accouchement, l'allaitement ou encore la stérilité.

Les joues roses, l'œil clair et vif, habillé en noir de la tête aux pieds, il ressemblait à un notable de province. Il aimait les bégognias, les pivoines, la pyrogravure, la photographie, le bridge, les échecs et... le vin rouge. Le secrétaire de Trotski, la chanteuse Joan Hay, le comédien Victor Boucher ne juraient que par lui. Lui, le modeste pharmacien de Nancy pestant quand on l'appelait Docteur. Il ne se voulait que Monsieur Emile Coué, inventeur, contre son gré, d'une méthode suscitant, encore aujourd'hui, bien des controverses.

Histoire d'un phénomène.

Il est temps, écrit un éditorialiste du New York Times, de prendre des mesures pour protéger le public américain des réels dangers entraînés par l'arrivée ici dans quelques jours de M. Emile Coué. 20 décembre 1922. A 65 ans, le pharmacien de Nancy fait peur à cette Amérique de la prospérité industrielle et commerciale qui se protège et par là engendre des réactions d'intolérance et de puritanisme. L'urbanisation et la rapide évolution des mœurs génèrent, dans les Etats-Unis des années 20, angoisses et désordres physiques. Ainsi, nombre d'américains s'en remettent, pour soigner leurs maux, aux remèdes miracles notamment à la confiance absolue en Dieu pour guérir les maladies, sans intervention médicale.

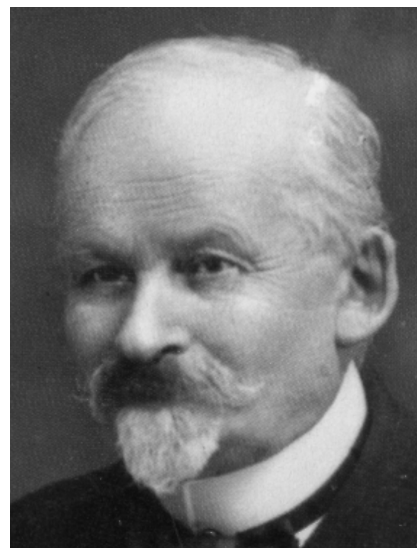
UN PRATICIEN EFFICACE

Ainsi, lorsqu'ils entendent parler de cet Emile Coué qui vient d'agiter Londres en guérissant des maladies par ce qu'il appelle l'autosuggestion, c'est le délire. Un enthousiasme inquiétant. La presse se fait alors le relais des sommités médicales qui crient au charlatanisme. Seulement rien n'y fait. A son arrivée au quai 59 de la North River, Coué est accueilli comme un chef d'Etat. Les journalistes le pressent de questions. A l'une d'elles, il répond : « Je ne viens pas comme un faiseur de miracles, mais pour apporter humblement un message utile, non pas en tant que Docteur mais comme quelqu'un qui souhaite enseigner et aider l'humanité de façon pratique ».

Flash-back. Trente-neuf ans plus tôt, 3 Mailde-Tauxelles à Troyes. Derrière le comptoir de l'officine, un jeune homme de 26 ans. Pas très grand, solide, timide à première vue mais qui se révèle plein d'assurance, comme ses mains qui manient les remèdes. Des cheveux plaqués en arrière, une bouche souriante, un nez un peu long, un visage avenant inspirant la sympathie et, par-dessus tout, un regard à la fois pénétrant et malicieux, des yeux noirs, pétillants comme les vins de la région, qui invitent aux confidences et apportent la bonne humeur dans la petite pharmacie.

Emile Coué est à ce point accueillant et rassurant qu'il « fait son trou ». L'étudiant consciencieux et solitaire qu'il fut est devenu, au contact du public, un praticien efficace et chaleureux. Quelle revanche sur

ses origines modestes ! Ce fils d'employé des Chemins de Fer est un pharmacien de province estimé et appelé à s'intégrer confor-



tablement à la bonne société troyenne, dominée par les industriels de la bonneterie et les gros propriétaires terriens. Tout aurait pu en rester là si Coué ne venait à rencontrer la fille aînée d'un réputé horticulteur nancéen. Il épousa la belle Lucie Lemoine le 30 août 1884. Bonheur réel et complicité totale.

DES SÉANCES COLLECTIVES

Depuis quelques mois déjà, Coué s'est aperçu qu'une simple phrase, un peu de réconfort ou un placebo permettent de soulager divers maux. Il s'en ouvre à des médecins locaux. Suggestion ? Disent-ils. Justement, c'est le thème d'un ouvrage que vient de publier à Nancy le professeur Hippolyte Berneim : « De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique ». Farouche adversaire des médecines traditionnelles et des pharmaciens, Bernheim, s'appuyant sur les méthodes du Docteur Auguste Liébault qui obtient d'extraordinaires guérisons par l'hypnose, assure que des paroles bienveillantes et encourageantes adressées à ses clients - « Vous verrez, ça va aller mieux » - renforcent indéniablement l'action des remèdes prescrits. Conquis par la lecture de cet ouvrage, Coué souhaite aller plus loin. Sa jeune épouse, non

sans peine, le convainc de rencontrer Bernheim et Liébault à Nancy fin 1885. Entrevues décisives.

De retour à Troyes, il ne tarde pas à appliquer ce qu'il a appris. Peu à peu, Coué commence à plonger certains de ses clients dans une somnolence hypnotique pour améliorer l'efficacité des médicaments qu'il vend. Et l'officine devient rapidement un lieu de rendez-vous où l'on vient, non seulement échanger des informations, mais aussi chercher le réconfort physique et moral. Quand trop de personnes à la fois envahissent sa pharmacie, il organise, dans le jardin qui jouxte la boutique, des séances collectives.

Malicieux, il fabrique encore, avec son pilulier, de petites pilules de mie de pain qu'il propose à ses clients avec force recommandations quand ils lui demandent « quelque chose pour se sentir mieux ». Et ça marche ! Ou encore, il attribue à certains médicaments des effets bénéfiques sur d'autres affections que celles qu'ils sont censés soigner. Et... les clients se déclarent quand même guéris de ces autres maladies !

Autant d'observations qui font réfléchir Emile Coué, en même temps qu'il constate que cette « suggestion », introduite dans l'esprit des malades, ils la reçoivent tout éveillés avec autant de bonheur que s'ils dormaient. Nul besoin d'hypnose. Le « sommeil provoqué » est-il donc vraiment nécessaire ? Question essentielle que se pose Coué avant de mettre au point sa méthode.

Les années passent, pendant lesquelles Coué se consacre à une double tâche : exploiter au mieux sa pharmacie et poursuivre expériences et recherches. Il prend encore quelques cours de médecine, mais, jusqu'alors, Coué n'est qu'un pharmacien habile dont la réputation ne dépasse pas les faubourgs de Troyes. En septembre 1903, il donne une « causerie » sur l'hypnotisme dans la salle des fêtes de la ville. Il conclut sa conférence en ces termes : « L'hypnotisme, c'est l'art de faire croire aux autres et à soi-même que c'est arrivé. Pour employer un mot plus scientifique, je le définirai par un seul mot, autosuggestion et non suggestion, c'est-à-dire l'implantation d'une idée en soi-même par soi-même. »

Le mot est lâché. Autosuggestion. La technique Coué est née et avec elle quatre lois : 1. Quand l'imagination et la volonté sont en lutte, c'est toujours l'imagination qui l'emporte.

2. Dans le conflit entre la volonté et l'imagination, la force de l'imagination est en raison directe du carré de la volonté.

3. Quand la volonté et l'imagination sont d'accord, l'une ne s'ajoute pas à l'autre, mais l'une se multiplie par l'autre.

4. L'imagination peut être conduite.

LIVRES

Le livre de Pierre Psychisme et cancer

Louise L. Lambrichs
Editions du Seuil

Louise L. Lambrichs a rencontré Pierre Cazenave en décembre 1994. Psychanalyste, cancéreux depuis quinze ans, il souhaite alors fonder un « Centre psychisme et cancer » à l'intention des malades qui, comme lui, s'interrogent sur le sens de leur maladie. Partant de son intuition concernant sa propre maladie, il consacre l'essentiel de sa pratique à des malades atteints de cancer et, avec eux, ne cesse de s'interroger sur ce qui pourrait, du point de vue psychique, favoriser l'écllosion de la maladie : ainsi fait-il l'hypothèse de la « maladie du nourrisson chez l'adulte ».

Intéressée tant par l'ouverture de sa démarche que par le caractère non dogmatique de son approche, convaincue par ailleurs de la nécessité, pour les malades, d'une collaboration sereine entre les différents professionnels concernés, Louise L. Lambrichs s'est engagée à sa façon dans cette aventure en écrivant ce livre conçu, dès le départ, comme la première pierre du Centre psychisme et cancer. Au fil de leurs rencontres, ils évoquent les grandes questions qui se posent aux malades, à leur entourage, tout en montrant quelle peut être, dans ce contexte douloureux et difficile à vivre, la place de la démarche psychanalytique, et l'importance fondatrice d'une telle rencontre. Ce livre fut terminé, revu par Pierre Cazenave, en juin 1995. Sa mort, intervenue en juillet, n'interrompra pas son œuvre. En janvier 1998, à l'initiative de ses collaborateurs et d'un certain nombre de patients atteints de cancer, le Centre psychisme et cancer a ouvert ses portes à Paris*. Dans la postface à cette nouvelle édition, Louise L. Lambrichs rend compte de cette expérience originale.

* Association Psychisme et Cancer, 2 rue Gustave Geffroy, 75013 Paris, métro Gobelins. Pour tous renseignements et horaires d'accueil, téléphoner au 01 45 35 29 29.

**Aimer l'adolescence
Ce que pensent et vivent les
13-18 ans**

Denis Stagnara
Préface de Philippe Meirieu
Dunod

A partir d'entretiens réalisés auprès de jeunes par l'auteur et d'autres formateurs de l'association Sesame qui intervient au sein des établissements scolaires pour proposer une démarche d'information des élèves sur les questions liées à l'amour et à la sexualité, ce livre fournit l'essentiel des informations psychologiques, médicales et affectives concernant ces thèmes pour les 13-18 ans.

**Droits de l'homme et
pratiques soignantes**

Sous la direction de Emmanuel Hirsch et Paulette Ferlender
Editions Doin/AP-HP

A l'occasion du cinquantième anniversaire de l'adoption de la Déclaration universelle des droits de l'homme par l'Assemblée générale de l'ONU, l'Espace Ethique de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris publie un recueil de textes de référence rédigés entre 1948 et 1998. Ce textes concernent notamment les

BIOGRAPHIE (suite)

BONHEUR ET PHILANTHROPIE

A force de donner des conférences et aussi d'obtenir des résultats, la réputation de Coué s'étend en Champagne. En effet, on prétend qu'asthme, paralysie, entérite, tuberculose, tics nerveux, neurasthénie, goutte, eczéma, migraine, rhumatismes... cèdent à l'auto-suggestion de Coué.

Désormais, on vient le voir de partout. Il est le providentiel guérisseur qui assure que l'auto-suggestion porte en elle sa récompense : le bonheur. De plus, Coué ne fait pas payer ses bienfaits. La philanthropie domine son action. En 1910, Emile et Lucie quittent Troyes pour s'installer à Nancy. A 53 ans, Emile Coué est prêt à prendre son essor pour apporter son message à l'humanité. Pour cela, il lui faut bénéficier d'un coup de pouce du destin en même temps qu'il affine sa théorie. En 1913, il trouve la formule miracle : « Répéter quinze ou vingt fois de suite : Tous les jours, à tous points de vue, je vais de mieux en mieux. » Petite phrase imprimée en caractères gras dans le premier numéro du *Bulletin de la Société Lorraine de Psychologie Appliquée*, fondée par Coué, début 1913, et dont le siège social se trouve chez lui, rue Jeanne d'Arc.

Cela contribue à le faire connaître en Lorraine, mais Coué demeure un phénomène local. Le coup de pouce du destin apparaît en la personne d'un homme de 31 ans, Charles Baudouin qui vient passer sa licence de philosophie après avoir étudié à la Sorbonne. Il rencontre Coué, assiste à ses séances et, séduit, décide de militer en sa faveur, d'autant que le pharmacien de Nancy est l'objet de violentes attaques de la part du corps médical lorrain qui le traite de dangereux charlatan. Sous l'impulsion de Charles Baudouin, Coué va porter « sa bonne parole » à Genève en 1916, puis à Paris. On commence à parler de lui dans la presse et dès lors la machine est lancée. Dans son jardin de Nancy, Coué refuse des clients, on lui écrit de toute la France pour lui demander parfois de bien curieux conseils. Par exemple, une femme lui demande de faire en sorte que son mari soit plus câlin, une autre qu'il détourne son fils d'une mauvaise liaison, une troisième que son propriétaire renonce à augmenter le loyer de sa maison... Coué devient ainsi, en quelques semaines, le sauveur.

Rien de bien étonnant à cela. Cet engouement subit tient à son origine dans l'état de la France qui sort de la Grande Guerre. Au désastre économique s'ajoute un bilan humain cauchemardesque : 1,4 million de morts, 3 millions de blessés et invalides, 700 000 veuves et 800 000 orphelins !

« JE N'Y COMPRENDS RIEN »

La France est en plein désarroi moral. Ce traumatisme national a des répercussions négatives sur la santé physique et psychologique de la population. Ceux qui connaissent Coué, ou ont entendu parler de lui, savent qu'il est capable d'apaiser ces corps et ces esprits meurtris. Ainsi naît le phénomène Coué. On croit le « bon petit homme tout bon, tout rond, tout simple », comme le décrivent René Centassi et Gilbert Grellet*, capable de soulager tous les maux de la terre. En un mot, sa méthode lui échappe. Il a beau expliquer ici et là qu'il n'est ni un guérisseur, ni un sorcier, on le prend pour tel.

droits à la santé, les droits des malades, les règles des professionnels de la santé et les applications spécifiques pour certaines catégories de population ou certaines pathologies.

Un jour Coué raconta cette histoire : « Une femme vient me voir. Très malade, elle souffre énormément et me demande de lui fabriquer un remède bien précis qui, dit-elle, la soulagera. Je consulte le Codex et le Répertoire Dorvault et constate qu'il m'est interdit de composer cette potion. Je le lui dis et elle repart, très déçue. Le lendemain, elle revient et sa souffrance paraît telle que je vais dans mon laboratoire et verse en peu d'eau distillée aromatisée dans un petit flacon. Je lui donne la potion. Huit jours plus tard, elle revient me voir, pleine de gratitude : elle était guérie ! ». Cette anecdote, maintes fois rapportée par le pharmacien, a fait écrire ici et là qu'il venait ainsi de découvrir l'effet placebo. Force est de rétablir la vérité. Coué n'a rien inventé. Preuve, le terme placebo figurait déjà dans le dictionnaire médical Hopper en 1811 avec la définition suivante : « Médicament ordonné au malade plus pour lui plaire que pour lui être réellement utile. » Ajoutons que Jean Corvisart, le médecin favori de Napoléon, avait déjà expérimenté la chose au Palais de Fontainebleau en soulageant les dames de la Cour de leurs « vapeurs », en leur prescrivant le l'Aqua Fontis... autrement dit, de l'eau claire ! En fait, Emile Coué, un peu comme Monsieur Jourdain faisait de la prose sans le savoir et a redécouvert, par hasard, cet effet placebo.

Charles Baudouin, inconsciemment sans doute, contribue à faire d'Emile Coué un dieu vivant. Il fait éditer, en Angleterre, un livre sous le titre de « *Suggestion and Autosuggestion* » qui connaît un succès foudroyant. A tel point que les américains, à leur tour, éditent un ouvrage, « *La pratique de l'auto-suggestion par la méthode d'Emile Coué* », qui se vend à des millions d'exemplaires. Le père Coué devient une vedette qui commence à sérieusement agacer les milieux médicaux qui l'accusent d'exercice illégal de la médecine. Pour répondre à ses détracteurs, Coué publie à son tour un ouvrage « *La maîtrise de soi-même par l'auto-suggestion consciente* ». Livre vendu en France à plus de 300 000 exemplaires et traduit en vingt langues, de l'anglais au russe en passant par le yiddish, le bengali, le serbo-croate !

Le monde sollicite Emile Coué. On veut le voir partout. Outre un tour de France, il fait un tour d'Angleterre et par deux fois un tour d'Amérique. Tout cela pendant que les milieux médicaux français se mobilisent. Le professeur Henri Babinski, collaborateur de Charcot à la Salpêtrière, par exemple, affirme qu'il « n'y a rien de très nouveau dans le fait que Coué propose d'agir par auto-suggestion et que les médecins font cela depuis longtemps ». Mais on a beau dire et beau faire, il n'est pas aisé de lutter contre un phénomène comparable à celui plus récent d'une certaine Rika Zarái ! A preuve, aux Etats-Unis, on trouve toutes sortes d'objets portant le nom de Coué : jeux de cartes, pipes, cigarettes, thé, bracelets en poil d'éléphant... on songe même à donner le nom de Coué à une marque de whisky ! Et plus le sommets médicaux polémiquent plus Coué a du succès. De sa méthode, on tire des poèmes, on écrit des chansons, on publie des brochures où on assure

que, grâce à elle, on peut faire repousser les cheveux !

Coué, qui ne tire aucun bénéfice pécuniaire de cet engouement, se plie volontiers au jeu du vedettariat en tournant un film en Angleterre et surtout en enregistrant son message d'auto-suggestion sur un disque vendu à des milliers d'exemplaires.

Incontestablement, Coué est victime d'un détournement de bonnes intentions. Il n'a jamais affirmé que suivre sa méthode dispensait de consulter, bien au contraire. Mais ce n'est pas ce qu'on attend de lui. On n'attend pas d'un « guérisseur » qu'il vous conseille d'aller à l'hôpital ! Quand il parle, on l'écoute bouche bée et on est quasiment soigné avant même qu'il ait prononcé un mot. Sa méthode ne lui appartient plus. Bien ou mal comprise par ceux qui espèrent, elle devient une panacée parce qu'Emile Coué, en brave marchand de bonheur, n'a su, ou n'a pu, contrôler les effets de ce qui n'est, à ses yeux, qu'une technique de soutien. Il a aussi tenu des propos malheureux en affirmant que « *l'auto-suggestion pouvait lutter contre des affections d'origine organique* », avant de dire quelques mois avant sa mort, le 2 juillet 1926, « *Je ne sais pas jusqu'où peut aller la suggestion, mais chaque jour je suis surpris de voir s'élargir les limites de son pouvoir. Je n'y comprends rien.* » Faut-il y voir là un aveu d'impuissance ou de naïveté ? ■

*On lira avec profit la biographie d'Emile Coué rédigée par René Centassi et Gilbert Grellet et publiée aux Editions Robert Laffont.

Cet article est présenté avec l'aimable autorisation de la revue *Tout Prévoir* qui l'a publié en avril 1991 (n°221).

LES EMPÊCHEURS DE PENSER EN ROND

L'année 1998 a été une année difficile pour l'édition. Du coup, beaucoup d'éditeurs ont renoncé à financer des traductions. Cela aboutit à un paradoxe : une petite structure d'édition comme *Les empêcheurs de penser en rond* devient aujourd'hui numéro 1 dans cette activité pour les sciences humaines.

En 1999, cette politique volontariste sera continuée pour mettre à la disposition du public français les grands travaux de sociologie et d'anthropologie de la médecine en langue anglaise. Sera publiée aussi une volumineuse « *Histoire de la lutte contre la maladie* », œuvre collective particulièrement originale de chercheurs du *Welcome Institute for the History of Medicine*. Il ne s'agit pas d'une énième histoire linéaire des grands personnages dont les œuvres seraient des jalons menant inexorablement à la médecine moderne, mais d'insister sur le contexte social, les pensées collectives et les pratiques officielles ou en marge. Cette année sera aussi l'occasion de nombreuses rééditions dans la série de poche « *Déjà classique !* », afin que de nombreux livres soient disponibles avec un rabais supérieur à 50% sur le prix d'origine. Plusieurs auteurs un peu oubliés seront réédités avec un appareil critique : d'abord Gabriel Tarde dès février, puis le Marquis de Puységur et enfin Ernesto de Martino, l'ethnologue italien des religions.

Cette année commence avec un ouvrage exceptionnel de Bertrand Méheust : *Somnambulisme et médiumnité* (deux volumes) qui sort début janvier. En donnant la première grande histoire de ce courant intellectuel majeur du XIX^e siècle, Bertrand Méheust bouleverse ce que nous pensons savoir sur la relation entre magnétisme-hypnose et psychiatrie dynamique. De manière plus générale, c'est notre conception du XIX^e siècle qui est bouleversée. ■

L'accueil familial des personnes âgées et handicapées : contexte et enjeux

Afin de poursuivre la réflexion avec les acteurs administratifs et les intervenants de terrain, l'IFREP a organisé à Paris les 28 et 29 janvier 1999 deux journées d'étude consacrées à l'accueil familial des adultes. Sont intervenus des responsables des services départementaux des conseils généraux et des personnels chargés des actions auprès des familles d'accueil et des adultes accueillis. Ces journées ont eu lieu à la Cité Universitaire.

L'IFREP a mené en 1997-98 l'évaluation nationale des conditions d'application de la loi du 10 juillet 1989 relative à l'accueil par des particuliers, à leur domicile, à titre onéreux, de personnes âgées ou handicapées. Elle doit conduire à des aménagements légaux ultérieurs. Cette évaluation a été confiée à l'IFREP par Pierre Gauthier, Directeur de l'Action Sociale du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Elle s'est déroulée dans le cadre d'un comité de pilotage composé de représentants de la Direction de l'Action Sociale, de l'Assemblée des Présidents de Conseils Généraux et de l'IFREP. Les résultats définitifs ont été diffusés lors des journées des 28 et 29 janvier 1999.

Les besoins d'accueil

L'allongement général de la durée de vie s'accompagne d'un accroissement des populations dépendantes. Les personnes âgées souffrant de troubles psychiques ou ne pouvant seules assumer leur autonomie sont de plus en plus nombreuses. Leur état nécessite que s'organisent des modes d'aide et de soins diversifiés et spécialisés. Il en est de même pour les adultes handicapés pour lesquels les places en établissements sont insuffisantes ou inadaptées. Leur handicap, le plus sou-

vent mental, et leur vieillissement obligent à inventer des réponses appropriées.

Dans son rapport de novembre 1998, le Conseil Economique et Social s'est penché sur « *la prise en charge des personnes vieillissantes handicapées mentales ou souffrant de troubles mentaux* ».

Après les rapports de l'Inspection Générale des Affaires Sociales¹, du Conseil Economique et Social², et de la mission Cléry-Mellion, après les études menées par l'UNIOPSS en 1987 et 1991, après les études menées par l'IFREP, une série de mesures est à nouveau préconisée en matière de coordination, d'organisation et de spécialisation des moyens. Parmi celles-ci, une meilleure organisation de l'accueil familial est présentée comme indispensable.

L'accueil familial

Fondé sur les solidarités sociales ou de voisinage, l'accueil familial constitue un mode d'aide qui a été réglementé par la loi du 10 juillet 1989³. De tous temps, des familles ont accueilli des personnes âgées, des handicapés ou même de malades mentaux (notamment dans les « colonies familiales » de Geel et Lierneux en Belgique, et de Dun-sur-Auron et Ainay-le-Château en France). L'accueil familial est une réponse pertinente aux besoins de certains adultes qui ne peuvent pas ou plus assurer seuls leur autonomie sociale et/ou psychique. L'environnement familial, l'attention portée par une famille, la qualité des relations affectives permettent de concevoir ce moyen d'aide et de soutien comme une alternative sociale et/ou médicale à des hébergements ou à des prises en charge collectifs.

Cependant, peu connue et peu valorisée, cette

formule d'aide reste marginale, notamment en raison :

- du manque de définition de l'accueil familial et ses limites. Cette situation a parfois été la cause d'abus de la part d'accueillants peu scrupuleux ;
- de l'absence de considération de l'activité des familles d'accueil en matière de rémunération et de statut ;
- de la méconnaissance de la nature et de la qualité du soutien à apporter aux familles d'accueil et aux accueillis ;
- plus marginalement, des difficultés à surmonter, de la part de la parenté, pour accepter de confier son parent âgé ou handicapé à une autre famille.

Le cadre légal

La loi votée en 1989 a eu pour effet de donner un cadre légal à l'activité des familles d'accueil afin de limiter les dérives et de réglementer à minima ce mode d'accueil. Ces dispositions n'offrent toutefois pas un cadre suffisant pour que l'accueil familial des adultes apparaisse comme un réel dispositif. Le plus souvent, il reste à l'initiative de particuliers qui, lorsqu'ils ont obtenu leur agrément, agissent de leur propre initiative. De plus, la mise en œuvre du dispositif prévu par la loi est confiée, dans le cadre des lois de décentralisation et de l'aide sociale, au président du conseil général des départements.

Ainsi, selon les politiques sociales départementales, les besoins d'accueil de personnes âgées ou handicapées, les traditions ou l'histoire locale, l'accueil familial subit un traitement et un développement inégaux. Dans des circonstances, développer l'accueil familial nécessite, autant pour les pouvoirs publics que pour les usagers, de définir cette activité, d'en préciser les conditions d'exercice ainsi que la place parmi les aides et les hébergements offerts à des populations en difficultés, et ce dans le cadre d'un dispositif coordonné. ■

¹ *Les conditions d'accueil et d'hébergement des personnes âgées en France*, R. Bono et P. Serniclay, 1989. *L'accueil familial thérapeutique*, H. J. Lebeau et G. Sarazin, 1994

² *Prévention et soins des maladies mentales : bilan et perspectives*, P. Joly, 1997. *La prise en charge des personnes vieillissantes handicapées mentales ou souffrant de troubles mentaux*, J. Cayet, 1998

³ Loi n°89-475 relative à l'accueil par des particuliers, à leur domicile, à titre onéreux, de personnes âgées ou handicapées adultes

L'insertion Discours, politiques et pratiques Claudel Guyernot L'Harmattan

Cet ouvrage rend compte des développements récents des discours sur l'insertion et la lutte contre l'exclusion, et de leurs interférences avec les problématiques de la question sociale, notamment celles qui sous-tendent le débat sur le « fracture sociale ». Il présente également les nouvelles formes d'intervention sociale mises en œuvre par les agents d'insertion travaillant auprès des « publics en difficulté ».

Les représentations des différentes facettes du métier sont analysées et mises en relation avec la propre position des agents, souvent « en marge » du travail social, de la formation ou de l'animation. L'insertion apparaît alors comme un ensemble de discours, de politiques et de pratiques (professionnelles, mais également bénévoles) qui engagent ceux appartenant à de nombreux champs de l'espace social.

LIVRES

Familles d'accueil et institutions Evaluer les pratiques de placement d'enfants et de jeunes

Coordonné par Maris-Christine Bonte et Valérie Cohen-Scali
L'Harmattan

Alors que dans de nombreux pays d'Europe, on assiste à une tendance à privilégier le placement dans les familles d'accueil au détriment des institutions pour des raisons principalement financières, une étude dont la partie qualitative a été réalisée à partir d'entretiens semi-directifs, auprès de jeunes placés, a conduit à émettre l'hypothèse de l'existence d'une dimension plus aléatoire de l'accueil familial par rapport à l'accueil en internat. Des chercheurs et des praticiens du placement familial ont été réunis à Rouen le 23 janvier 1997 sur ce thème. L'ouvrage rassemble les contributions de ces participants auxquelles s'ajoutent des articles.

La première partie soulève des interrogations sur les plans méthodologique et conceptuel lors de la réalisation d'études sur le placement d'enfants. La deuxième partie confronte différentes pratiques de placement dans un certain nombre de pays de l'Europe de l'Ouest. La troisième partie présente des résultats d'études réalisées sur les conduites de jeunes placés et sur leur insertion socio-professionnelle. La quatrième partie propose des expériences et des réflexions sur diverses modalités d'interventions auprès d'enfants et de familles en difficulté. Enfin, la cinquième partie regroupe des communications exprimant le « vécu » et les difficultés de professionnels intervenant dans le champ du travail social. A la fin de ce document, figure, en annexe, une bibliographie des principaux ouvrages sur la question du placement.

Freud Wallon Lacan L'enfant au miroir

Emile Jalley
E.P.E.L.

Emile Jalley pense que Henri Wallon a occupé une position de relais tout à fait singulière entre Lacan d'une part, Freud et Hegel d'autre part. Que Lacan ait critiqué la dérive psychologique de la psychanalyse, ne l'a pas empêché de tirer le meilleur parti de ce que lui offrait de plus consistant la psychologie française (en l'occurrence l'œuvre de Wallon). Cette perspective prend sa signification en identifiant le champ de la pensée freudienne comme terrain d'origine aussi bien de la pensée lacanienne que des descriptions walloniennes. L'auteur dispose cette toile de fond sur l'horizon plus lointain de la philosophie, en particulier la philosophie romantique allemande.

Graine de crapule suivi de Les vagabonds efficaces et autre textes

Fernand Deligny
Dunod

Ce livre reprend deux des principaux textes de Fernand Deligny parus entre 1945 et 1947 : *Graine de crapule* et *Les vagabonds efficaces*. Ont été également regroupés dans cet ensemble les textes suivants : *Pavillon III* (1943), *La grande Cordée* (1950), *Le groupe et la demande* (1967) et *La caméra, outil pédagogique* (1955).

CLASSIFICATION QUEBÉCOISE DU PROCESSUS DE PRODUCTION DU HANDICAP - CLASSIFICATION INTERNATIONALE DE L'OMS CIH 1 ET CIH 2 - APPROCHE COMPARÉE

Cette journée technique qui aura lieu à Paris le 18 mars prochain*, a été construite dans le but de comparer les approches et l'utilisation concrète des différents outils issus de la Classification Internationale des Handicaps (OMS-1980) ainsi que les perspectives ouvertes par les propositions de sa révision (1998) et la Classification québécoise du Processus de Production du Handicap (1996).

Les enjeux et les orientations contenus dans la révision de la CIH nécessitent que soient approfondis et éclairés les champs d'application que cette classification entend promouvoir à travers les outils de gestion des situations humaines et des profils humains qu'elle induit.

Durant cette journée seront abordés, à la lumière des expériences et de l'utilisation pratique de ces classifications réalisées aux Québec et en France, les capacités respectives des approches proposées à transformer l'action en direction des personnes handicapées dans l'objectif de leur participation pleine et entière à la citoyenneté civile, sociale et économique.

Pour répondre à cette question seront abordées les différentes approches conceptuelles, méthodologiques et les outils issus de la Classification québécoise du Processus de Production du Handicap et de la Classification Internationale des Handicaps de l'OMS afin d'en évaluer leurs intérêts et limites dans la prise en compte des interactions entre Déficience, Incapacité et Activité, Désavantage et Participation.

Dans un second temps seront envisagées les alternatives ou les complémentarités possibles entre la Classification québécoise de Production du Processus de Handicap et les propositions de la Classification Internationale des Handicaps à l'aune des systèmes et modalités français de prise en charge du handicap.

Cette journée technique, de réflexion et de débat prolonge la journée d'étude du 22 octobre 1998 dont les actes sont publiés dans le n°81 de la revue CTNERHI. Ce numéro est envoyé à chaque participant dès son inscription. ■

* Contact : Régine Martinez, CTNERHI, 236 bis rue de Tolbiac, 75013 Paris. Tél. : 01 45 65 59 40. Fax : 01 45 65 44 94. E-mail : ctnerhi@club-internet.fr. Site internet : http://perso.club-internet.fr/ctnerhi/.

LIVRES

L'adolescent et ses parents*Les Carnets de Parentel n°8*

Les Carnets de Parentel est une publication trimestrielle de l'Association départementale « Parentel » (Finistère) qui anime, dans un projet d'aide à la parentalité et de prévention des troubles familiaux, des Lieux d'Accueil et d'Entretiens avec les Parents en difficulté avec un enfant, subventionnés par l'Etat, le Département, les CAF, la MSA, les Villes de Brest et de Quimper. Ce numéro accueille des textes de Daniel Coum, Géraldine Delauney, Marie-Paule Le Du, Dominig Mevel, Xavier Pommereau, Monique Quere, Ihmed Regaid, Veronique Tous-saint.

Prix au numéro : 30 F. Abonnement (4 numéros) : 100 F. N°5 : La famille, la mort, l'enfant. N°6 : Un enfant (pas) comme les autres. N°7 : Naissances. N°9 : L'enfant face à la loi. 4 rue du Colonel Fonferrier, 29200 Brest. Tél. : 02 98 43 62 51. Fax : 02 98 43 63 12.

Les paradoxes de l'expertise Savoir ou juger ?

Danièle Bourcier et Monique de Bonis

Les empêchements de tourner en rond

Les auteurs ont enquêté auprès de magistrats et d'experts psychiatres, en les confrontant à des mêmes cas fictifs afin d'étudier divergences et convergences. Ils ont aussi repris de nombreux rapports d'expertise. Pour les auteurs, il y a un paradoxe au cœur de l'expertise : « Prenons la situation d'un juge qui, confronté à une demande d'attribution de garde d'enfant, ne perçoit aucun signe de pathologie dans la personnalité du demandeur. Va-t-il faire appel à l'expertise ? Prenons ce même juge qui, cette fois-ci, est convaincu de la gravité de la pathologie du parent demandeur. Dans le premier cas, il s'abs-tiendra de recourir à cette procédure. Dans le second cas, il aura tendance à demander une expertise. Admettons que, dans le premier cas, la pathologie soit d'une telle subtilité que seul un expert pourrait la déceler. Il n'y a aucune chance pour que cette information soit découverte puisqu'elle n'a pas été demandée ».

Pauvreté et misère à RomeFranco Martinelli
L'Harmattan

Après avoir rendu compte du concept de pauvreté et de ses définitions théoriques, cet ouvrage étudie les premières recherches faites sur les phénomènes de pauvreté au début du processus d'industrialisation, alors que naissaient les sciences sociales. Il donne sur ce phénomène un compte-rendu complet des principaux documents d'enquête sociale réalisés en Italie de l'après-guerre à nos jours. L'auteur présente ensuite des recherches qui ont été menées à Rome sur la pauvreté absolue : une première recherche a traité les parcours de pauvreté qui ont conduit des personnes affectées de troubles mentaux à la ségrégation en hôpital psychiatrique : une seconde a traité les comportements et les opinions des « isolés sans abri » dans les diverses phases de leur marginalisation ; enfin, une recherche plus récente a analysé les événements conduisant à la pauvreté absolue les personnes sans domicile et sans milieu, contactées dans les institutions d'assistance, dans les gares et dans la rue. Le but de ces études est de comprendre les dynamiques de la régression sociale et d'envisager les diverses possibilités d'une réintégration dans la société.

Informations

Hôpital : un guide pour renforcer la position des représentants des usagers dans les conseils d'administration*

Un collectif de 18 associations nationales d'usagers du système de santé a édité un guide à destination de leurs représentants au sein des conseils d'administration des hôpitaux, afin de renforcer leur position.

Le Collectif interassociatif sur la santé (CISS), regroupant des associations de malades et de leurs familles (AIDES, AFH, RESHUS, UNAPEI, UNAFAM, APF, AFLM, AFM...) et de consommateurs (UFC Que Choisir, ORGECO, UNAF...), a présenté en décembre dernier les résultats d'une enquête sur la place des représentants des usagers dans les CA des établissements. Ce guide qui précise son rôle et son statut, fait une présentation des droits des usagers et expose l'organisation générale des établissements de soins.

« Pour que les représentants des usagers ne soient pas des potiches ou des cautions, nous voulons leur donner les moyens d'avoir une attitude dynamique au sein des conseils d'administration, ce qui n'est possible que s'ils en connaissent les rouages et le fonctionnement ». Le CISS, qui revendique une représentativité de 60% parmi les représentants des usagers au sein des CA des établissements de santé, a recueilli les avis de 350 d'entre eux dans 72 départements afin de faire un bilan après leur entrée en fonction, datant de 12 à 18 mois. Cette enquête, présentée par Nicolas Brun (Union nationale des associations familiales), qui ne se veut pas un sondage, couvre 13 CHU, 7 CHR, 91 hôpitaux locaux et 37 établissements à statuts particuliers (maison de retraite, rééducation, centres de désintoxication).

L'accueil des représentants des usagers au sein de l'instance s'est « plutôt bien passée », même si un certain nombre (non précisé) n'ont toujours pas obtenu le droit de visiter l'établissement dont ils sont administrateurs et s'ils reconnaissent n'avoir que des « relations épisodiques » avec les représentants des personnels soignants et distantes avec le corps médical. La direction de l'hôpital est souvent leur seul interlocuteur. Seul un quart des représentants font partie d'une commission siégeant en dehors du CA, mais il s'agit en général de la commission d'appel d'offres, de l'activité libérale ou de la commission paritaire. Le CISS considère que les usagers ont surtout leur place dans une commission traitant de la qualité qui n'existe pas partout.

Difficulté à se faire une place

La revendication du CISS de la création d'un statut de représentant, comprenant un congé de représentation, trouve son écho dans les difficultés exprimées par les représentants à siéger quand ils sont par ailleurs salariés d'une entreprise. « Plusieurs nous ont déclaré qu'ils étaient sur le point d'arrêter si le statut ne changeait pas », a indiqué Nicolas Brun, en ajoutant que « les usagers ne peuvent pas seulement être représentés par des retraités ».

Globalement, les représentants des usagers expriment un désarroi sur le rôle qu'ils peuvent jouer dans les débats souvent techniques des conseils d'administration. C'est pourquoi le CISS poursuivra en 1999 l'organisation de formations à destination de ces administrateurs.

Insatisfait du rôle évolué à la commission de conciliation, dont le décret de constitution est paru le 2 novembre, se réduisant trop à un dialogue entre un médecin conciliateur et la direction, le CISS s'est dit prêt à demander à ses membres de boycotter ces instances, dont ils sont membres de droit. Le Collectif a indiqué vouloir mener en 1999 une enquête sur la diffusion et le respect de la Charte du patient hospitalisé, texte en soi imparfait mais « qui a le mérite d'exister », et travailler sur l'accès à l'assurance des personnes présentant un risque aggravé. Par ailleurs, le Collectif a fait part de son inquiétude sur les projets de dossier médical informatisé en s'interrogeant sur le respect des droits des patients en l'état actuel du dossier.

* « Guide du représentant des usagers des établissements publics en santé », 80 pages

Démographie médicale : les disparités géographiques persistent, souligne l'Ordre des médecins

Les disparités géographiques de densité des médecins spécialistes et de médecins généralistes persistent en France, selon les derniers chiffres publiés par le Conseil national de l'Ordre des médecins*.

A partir des données statistiques de la démographie médicale au 31 décembre 1997, le Conseil note que la densité des médecins spécialistes à Paris est de 509 (pour 100 000 habitants) contre 63 en Haute-Loire ; celle des médecins généralistes est de 291 à Paris et de 113 en l'Eure. De plus, « dans les départements en zone rurale, le nombre de médecins et la densité ne cessent de décroître », ce qui incite à préconiser auprès des pouvoirs publics la dissuasion des médecins à s'installer en zones saturées.

Le nombre total de médecins en activité au 1^{er} janvier 1998, était de 189 802 soit une augmentation de 1 093 praticiens par rapport à 1996, marquant ainsi un ralentissement de l'augmentation annuelle. Celle-ci était de 3 390 dans les premières années de la décennie.

En anesthésie-réanimation, la densité est de 20,3 pour 100 000 habitants en Provence-Alpes-Côtes-d'Azur (PACA) et de 7,8 en Picardie. En chirurgie générale, la densité varie de 11 en PACA à 5,8 en Picardie. En

psychiatrie, c'est en Ile-de-France que la spécialité est la plus représentée (28,4) contre 9,2 en Champagne-Ardenne. En obstétrique, l'Alsace est en tête du classement (9,6) alors que le Poitou-Charentes est lanterne rouge (2). En douze ans, le nombre de spécialistes a augmenté de 56% alors que celui des non-spécialistes a crû de 5,3% seulement. Cette augmentation a varié selon les spécialités : l'évolution la plus rapide a été celle des neurologues et chirurgiens orthopédiques (supérieure à 150%) alors que le nombre de neuro-psychiatres baissait de 50%.

* « La démographie médicale française au 31 décembre 97 », 88 p, Ordre national des médecins

Au lendemain de la Saint-Sylvestre, les centres d'alcoologie changent de nom, et de statut

Le décret définissant le nouveau statut, à compter du 1^{er} janvier 1999, des centres d'alcoologie a été publié au Journal Officiel. Auparavant appelés centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie (CHAA), ils deviennent « Centres de cure ambulatoire en alcoologie » (CCAA), avec un budget intégré à celui des établissements sociaux et médico-sociaux. Les assurés sociaux sont exempts de toute participation aux frais pour les soins dispensés dans ces centres.

Ce changement de statut découle de la loi du 29 juillet 1998 de lutte contre les exclusions renforçant la prise en charge des personnes « présentant une consommation d'alcool à risque ou atteintes de dépendance alcoolique » et de leur famille. Les centres assurent « le diagnostic, l'orientation, et la prise en charge thérapeutique » de ces personnes ainsi qu'un accompagnement social. Ils peuvent participer à toutes actions de prévention, de formation et de recherche en matière de lutte contre l'alcoolisme organisées par des personnes morales de droit public ou privé. Chaque centre doit disposer d'une « équipe pluridisciplinaire médico-sociale » comprenant « au moins un médecin assurant la direction du centre ou, à défaut, la responsabilité de l'activité médicale » et des personnes présentant en matière de soins et d'accompagnement social des qualifications définies par arrêté. Un projet devra fixer des objectifs thérapeutiques et médico-sociaux et les modalités de leur réalisation. Il devra être actualisé au moins tous les 5 ans.

**LE PRIX LITTÉRAIRE CHARLES BRISET 1998
décerné par l'Association Française de Psychiatrie
Pharricide de Vincent de Swarte**

Le prix Charles Brisset, créé en 1987 par l'Association Française de Psychiatrie en partenariat avec *Pharmacia & Upjohn* et *Solvay Pharma*, vient d'être décerné pour l'année 1998 à Vincent de Swarte pour son ouvrage « Pharricide », paru chez Calman-Lévy.

Le prix Charles Brisset est attribué chaque année par l'Association Française de Psychiatrie à un ouvrage de littérature générale (roman, nouvelle, conte, fable, récit) paru en français. Ce prix, tout d'abord dénommé *Prix Littéraire de la Psychiatrie Française*, puis *Prix Charles Brisset* après la disparition de ce dernier, vient souligner l'intérêt naturel que portent les psychiatres au travail de la langue, aux agencements du texte, à l'imaginaire, au jeu des passions et des caractères.

Un tirage spécial représentant 8 000 exemplaires hors commerce est réalisé par les laboratoires *Pharmacia & Upjohn* et *Solvay Pharma* et permet la remise de l'ouvrage à l'ensemble des psychiatres membres de l'Association Française de Psychiatrie.

Le prix Charles Brisset n'est pas uniquement ou essentiellement réservé aux « histoires de fou », aux romans de la démesure, ni même aux récits des stagnations asilaires d'antan. Bien au contraire, tous les grands thèmes du conte, du mythe reçoivent l'appréciation du jury. Celui-ci souhaite au travers des méandres de son texte, que l'auteur aide, de quelque façon, à dénouer des ressorts de la Comédie Humaine. « Quel que soit l'intérêt de l'intrigue, l'habileté de la composition, le caractère attachant des personnages mis en scène, nous attendons avant tout d'une écriture qu'elle nous introduise à quelque manière nouvelle d'appréhender l'intimité, le mystère des êtres ». ■

Centres d'alcoologie : près d'un quart des consultants en 1997 avaient subi un sevrage hospitalier auparavant

Près d'un quart des nouveaux consultants accueillis en 1997 dans les Centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie (CHAA), désormais appelés Centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA), avaient auparavant suivi un traitement de sevrage alcoolique à l'hôpital.

C'est l'une des constatations du dernier bilan annuel publié par l'Associations nationale de prévention de l'alcoolisme (ANPA), basé sur la population des nouveaux consultants de ses CHA, pour l'année 1997, qui comptait 15 125 personnes dans 120 centres*. Pour l'ANPA, ce dernier bilan « confirme la pertinence des récentes décisions de pouvoirs publics en matière de prévention et de soin : élargissement des compétences de la mission interministérielle à la lutte contre les drogues et les toxicomanies (MLDT) au tabac et à l'alcool, et renforcement du statut juridique des centres d'alcoologie désormais considérés à part entière comme des établissements médico-sociaux ».

Le bilan montre que certains nouveaux consultants en 1997 avaient pourtant déjà effectué une démarche de soins, principalement un sevrage hospitalier, dans 23,1% des cas, un traitement psychiatrique, dans 16,6% des cas, ou des soins ambulatoires par le médecin traitant, dans 23,1% des cas. Les consultants avaient une moyenne d'âge de 41 ans, et 63,3% avaient moins de 45 ans. 96% étaient de nationalité française. Dans un cas sur quatre, il s'agissait d'une femme.

Bien souvent, ces patients ne vivaient pas seuls, puisque 46,3% avaient une vie de couple, 50,2% avaient un cadre de vie familial, et 63,2% étaient parents. En outre, 46% d'entre eux, étaient en activité professionnelle. Mais 29,5% étaient chômeurs ou RMistes. Les données font apparaître qu'un consultant sur dix avait déjà commis une tentative de suicide.

Le tabagisme était associé à l'alcoolisme dans 64,5% des cas, et 8,5% des consultants ont dit associer médicaments et alcool. 65,1% ont déclaré n'avoir eu recours à aucun autre produit toxique, hors tabac. Pour la moitié des consultants, l'alcoolisation a commencé entre 18 et 31 ans.

* « Consultation des CHAA 1997 », ANPA, 19 pages + annexes, disponible à l'ANPA, 20 rue Saint-Fiacre, 75002 Paris. Tél. : 01 42 33 51 04.

Prix de la fondation Crédit Local de France : 18 projets hospitaliers récompensés

La fondation Crédit Local de France a attribué en janvier une somme totale de 662 000 F pour récompenser 18 projets permettant d'œuvrer pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes malades à l'hôpital, au titre de 1998.

Sur ces 18 projets, trois sont sur le thème de l'accueil des personnes en situation de précarité et concernent le centre hospitalier d'Avignon (60 000 F), le centre hospitalier d'Hirson (Aisne) (56 000 F) et le CHU de Poitiers (30 000 F). Six portent sur la réinsertion des patients dans la vie locale. Les lauréats sont le centre hospitalier de Cholet (Maine-et-Loire) (15 000 F), l'Etablissement public de santé mentale de la Marne (80 000 F), l'hôpital marin de Hendaye (Pyrénées-Atlantiques) (34 000 F), le centre hospitalier Es-

quirol-MAS Antoine de Saint-Exupéry à Isle (Haute-Vienne) (10 000 F), le centre hospitalier du Havre (Seine-maritime) (30 000 F), le centre hospitalier de Roubaix-Centre d'action médico-social précoce (Nord) (30 000 F). Cinq autres sont relatifs à des projets inter-génération. Sont récompensés à ce titre la maison de retraite Michel Lamy à Anse (Rhône) (10 000 F), la maison de retraite La Cressonnière (Deux-Sèvres) (10 000 F), le centre hospitalier de Figeac (Lot) (50 000 F); la maison de retraite Saint-Jean à la Fare-les-Oliviers (Bouches-du-Rhône) (80 000 F) et le CHRU de Lille-hôpital gériatrique « Les Bateliers » (10 000 F).

Enfin, quatre projets portent sur le partenariat ville-hôpital et impliquent la maison de retraite Saint-Jacques-Saint-Christophe (Calvados) (25 000 F), le centre hospitalier intercommunal Eaubonne-Montmorency (Val-d'Oise) (17 000 F), la maison de retraite résidence Camous Salomon de Marcols-les-Eaux (Ardèche) (65 000 F) et le centre hospitalier de Vendôme (Loir-et-Cher) (50 000 F). Depuis sa création en 1993, la Fondation Crédit Local de France a récompensé au total 150 projets hospitaliers, sur un millier de dossiers présentés, pour un montant de 8,5 millions de francs.

Le système de santé français est peu performant dans le domaine de la prévention selon B. Majnoni d'Intignano

Béatrice Majnoni D'Intignano, connue pour ses ouvrages sur les systèmes de santé, a évalué la performance qualitative en comparant les indicateurs de santé publique (taux de mortalité notamment) de quatre pays européens comparables (Allemagne, Danemark, Suède, Royaume-Uni) avec la France sur une période allant de 1970 à 1995*. Elle a sélectionné un échantillon de pathologies fréquentes et révélatrices des fonctionnements des systèmes de santé et de leur mode de régulation (paiement à l'acte ou non).

Son analyse montre que des maladies semblent éradiquées (rubéole, rougeole, oreillons, dents gâtées chez les enfants) chez nos voisins (pays nordiques notamment), mais pas en France.

« Ces questions n'ont pas été l'objet d'une priorité de santé publique, ni d'incitations financières appropriées. Par exemple, les dentistes restent payés pour soigner les caries plutôt que pour les prévenir et les médecins ne reçoivent pas de gratification quand les enfants sont tous vaccinés ».

En revanche, la France se révèle très performante pour la détection des cancers du sein et de l'utérus grâce à un réseau dense de spécialistes et de centres hospitaliers, libres d'accès, payés à l'acte, donc incités à l'activité. Toutefois, « les ressources sont allouées puisqu'on fait trop d'actes de détection avant la ménopause et pas assez après. Des économies et des gains en vie humaine pourraient donc être dégagés ».

Abordant les traitements curatifs, l'économie retient que la France, qui était en retard dans un domaine comme la mortalité maternelle mais aussi la mortalité due à des maladies courantes comme les atteintes hémato-logiques digestives (hernies et occlusions intestinales) et parasitaires a rattrapé son retard « sans toutefois le combler ». Son retard a disparu pour la mortalité infantile, le diabète, les maladies cérébro-vasculaires.

Pour la mortalité par appendicite, par maladies endocriniennes et du système respira-

toire, l'évolution française ne se distingue pas des autres, « tout le monde ayant fait les mêmes progrès et se trouvant aujourd'hui sensiblement au même niveau ».

La France apparaît plus performante dans le traitement des personnes âgées de plus de 65 ans et dans la lutte contre la mortalité due aux maladies cardio-vasculaires, bronchites, asthmes. « Il semble bien que ces maladies aient été l'objet d'une attention particulière, d'une offre de soins spécialisée abondante. Peut-être est-ce, d'ailleurs, ce qui explique l'excès des effets néfastes des médicaments et les infections nosocomiales par rapport aux pays étrangers ». Son analyse montre un taux élevé de mortalité du fait des « effets adverses des agents thérapeutiques », résultat qu'elle relie à la surconsommation médicamenteuse et au nombre élevé d'actes chirurgicaux.

Enfin, Béatrice Majnoni d'Intignano met l'accent sur l'excès de mortalité pour maladies du foie et cirrhose, cancers et voies aérodigestives et du poumon, accidents de la route et du travail, liés, cette fois, à des comportements à risque. Elle montre l'importance des maladies et des morts dues à des produits ou comportements risqués promus par des industries internationales (tabac, alcool, pollution, amiante) et appelées « épidémies industrielles ».

Tirant les leçons de ce bilan, Béatrice Majnoni d'Intignano préconise de nouvelles formes de rémunération spécifique incitant à développer l'offre et la demande de prévention. Elle propose à cet effet, des abonnements auprès d'un généraliste ou d'un dentiste, la capitation, ou des primes de résultat.

* « Régulation du système de santé, Conseil d'analyse économique », La Documentation française, 204 p, 45 F

Prise en charge des jeunes en difficulté : un cédérom recense les structures en Ile-de-France

L'Institut mutualiste Montsouris, le ministère de la Santé et le ministère de la Justice ont édité un cédérom recensant les structures et établissements sanitaires, sociaux, éducatifs et scolaires prenant en charge les adolescents en difficulté en Ile-de-France.

Ce cédérom du Dispositif expert régional pour adolescents en difficulté (DERPAD) permet une recherche par type de prise en charge (hébergement d'urgence, ambulatoire, de jour, de nuit, à temps complet, prise en charge sociale, médicale, psychiatrique, éducative, formation professionnelle, éducatif), par ville, ou par type d'établissement. Il comprend 20 000 fiches descriptives d'activité, un même établissement pouvant avoir plusieurs activités recensées.

Exhaustif pour l'Ile-de-France, le cédérom comprend aussi l'ensemble des structures d'hébergement existant en France et est fourni gratuitement aux structures partenaires (notamment les intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile) de la région parisienne, certains secteurs de psychiatrie et une trentaine d'associations).

Le DERPAD a été créé par convention en juillet 1996 entre le service de psychiatrie de l'IMM dirigé par le Pr Philippe Jeammet, la Direction des hôpitaux, la Direction de la protection judiciaire de la jeunesse et la Direction de l'administration pénitentiaire pour aider les professionnels intervenant auprès des jeunes.

Renseignements : DERPAD, 14 rue de la Pépinière, 75008 Paris. Tél. : 01 53 42 36 15. Fax : 01 53 04 03 72

Grande-Bretagne : hospitaliser les malades mentaux pour éviter les agressions n'est pas justifié, s'insurgent les psychiatres

Pour déterminer si le public était réellement exposé à un plus grand danger lié aux malades mentaux soignés en ambulatoire, Pamela Taylor et John Gunn de l'Institute of Psychiatry de Londres ont examiné les statistiques d'homicides du Home Office pour l'Angleterre et le Pays de Galles entre 1957 et 1995.

Leurs résultats, publiés dans le *British Journal of Psychiatry* montrent que, loin d'augmenter, la proportion de condamnations par homicide et de verdicts de non-culpabilité pour cause de maladie, impliquant des malades mentaux, a diminué de 3% par an, passant de 35% en 1957 à 20% en 1984 et 11,5% en 1995. Le nombre absolu d'homicides commis par des malades mentaux était de 41 en 1957 et de 60 en 1995, mais le nombre total d'homicides avait lui-même augmenté de 116 à 552 par an sur la même période.

Les auteurs de l'article révèlent que « le public est exposé au risque de 600 à 700 délits par an enregistrés par la police en tant qu'homicides, à 300 meurtres supplémentaires dus à des conducteurs dangereux, ivres ou drogués, et de l'ordre de 3 500 à 4 500 décès par an dans des accidents de la route... Interner dans des hôpitaux les gens atteints d'une maladie mentale pour sauver une quarantaine de vies serait analogue à abolir l'automobile pour prévenir 4 000 morts sur la route ». ■

Informations APM

ORGANON REMET UN CHEQUE A UNE ASSOCIATION EN FAVEUR DE L'ADOPTION, GRACE AU GYNECOLOGUES

Les Laboratoires Organon ont remis en janvier dernier un chèque de 26 755 F au mouvement *Enfance et Familles d'Adoption*, au nom des 307 médecins français « qui ont aidé les familles adoptives pour une démarche simple ». Organon, laboratoire impliqué dans le domaine de la gynécologie, et qui développe notamment des traitements utilisés dans le cadre de l'assistance médicale à la procréation (PMA), a également édité il y a un an une brochure d'information sur... l'adoption.

Les gynécologues sont tenus d'informer leurs patients sur les possibilités d'adoption lorsque toutes les tentatives PMA ont échoué. La brochure, personnalisée en fonction du département où exerce le médecin prescripteur, vise à l'aider dans cette démarche délicate.

Lors du lancement, la firme s'était engagée à verser 5 F au mouvement *Enfance et Familles d'Adoption*, à chaque fois qu'un médecin remettait cette brochure à une patiente. Depuis, 307 médecins ont effectivement remis 5 351 de ces brochures, qui contiennent notamment des informations pratiques sur les structures impliquées au niveau régional dans la procédure d'adoption, et qui sont remises à jour à chaque évolution des données. Organon estime à un millier le nombre de gynécologues pratiquant la fécondation in vitro (FIV) en France, susceptibles donc de distribuer cette brochure, qui est disponible sur demande auprès du laboratoire. ■

LIVRES

Jacques Derrida
Rhétorique et philosophieMarcos Sibcar
L'Harmattan

Ce qui pourrait paraître une façon marginale de discuter l'œuvre d'un philosophe, comme si le « style en philosophie » n'était qu'une façon parmi d'autres d'approcher un texte, se révèle appartenir à sa plus intime et irréductible nécessité. Contrariant la compréhension habituelle de la rhétorique comme sens dérivé et ornemental, la figure joue un rôle décisif dans les affaires de la pensée, souvent en rapport avec des stratégies politiques. Directement impliquée dans les débats autour de la « déconstruction », l'écriture de Jacques Derrida réélabore les rapports entre littérature et philosophie en mettant l'accent sur les tensions qui ouvrent et qui scandent les échanges entre style et pensée, raison et passion, écriture et politique. A l'écoute de leur accord ou de leur désaccord, le texte dramatise l'événement du « ton ». Au-delà même de l'agencement des tropes, mais dans sa plus grande proximité, le ton s'articule chez Derrida autrement que par un travail d'adéquation du mot au concept. Une autre manière de poser le problème de la présentation totale du discours par lui-même serait ainsi engagée. La difficulté est, aujourd'hui, effectivement, dans la « manière » de dire ce changement de ton avec le langage et avec les institutions dans lesquels nous nous entretenons.

L'Enfant foudroyé
Comprendre l'enfant épileptiqueRené Soulayrol
Editions Odile Jacob

Ce livre est un essai de compréhension du fonctionnement psychologique d'un enfant sous emprise d'une épilepsie et des efforts d'adaptation qu'il fournit pour continuer à vivre avec elle et, en dépit d'elle, avec lui-même, avec ses parents, avec la société. Alors que le cerveau de l'enfant est plus apte à convulser que celui de l'adulte, l'épilepsie, en retentissant sur les couches les plus profondes d'une personnalité naissante, entrave la vie affective et gêne le fonctionnement de certains outils cognitifs. Mieux comprendre les implications psychiques permet de rendre plus efficaces les chimiothérapies très spécifiques proposées.

Anatomie de la troisième personneGuy Le Gaufey
Editions EPEL

« L'analyste ne s'autorise que de lui-même », cette formule fut reçue comme un verdict de Lacan sur la question de la formation du psychanalyste. Scandale et incompréhension garantis. Pourtant, dans l'écart grammatical discret entre « analyste » et « lui-même », gît peut-être la source inépuisable du transfert ainsi relié par la vertu de l'« autorisation » à la détermination centrale de la *personne fictive* chez Hobbes. D'où l'idée d'aller enquêter sur la *troisième personne*, aussi bien au niveau de la constitution de l'Etat moderne, que dans l'« irréductible ambiguïté » (Lacan *dixit*) du transfert. Car entre le « Il » de « Il a dit » et le « Il » de « Il pleut », aux frontières de la persécution et du destin, psychanalyste et pouvoir d'Etat développent des stratégies incompatibles, qui les rendent sourds l'un à l'autre.

Paralysie générale indigène et syphilis exotique au temps des colonies

« Il n'est pas question d'insensés dans l'histoire des peuples sauvages ; on ne les trouve que dans les pays civilisés ». Cette formule de Fodéré (cité in 1, p 7) traversera le XIX^e siècle et sera sommairement reprise par tous. Voilà, par exemple, comment Dagonet introduit le chapitre consacré aux causes générales des maladies mentales dans son *Nouveau Traité des Maladies Mentales* paru en 1876 : « Les auteurs sont pratiquement unanimes pour placer la civilisation en tête des causes générales de la folie. L'aliénation mentale est bien réellement une maladie particulière aux peuples civilisés » (2, p 468). Comment la civilisation amène-t-elle certains à la folie. Un débat s'engage(5) : folie et civilisation sont-ils liés, historiquement, dans une même évolution qui, inexorablement, éloigne l'homme de l'état de nature ? La folie est la conséquence et la rançon de ce que l'homme occidental, par opposition à l'animal et au sauvage, a développé et utilisé immodérément sa raison, son intelligence. Ou bien la folie n'est-elle pas plutôt la conséquence des méfaits d'une civilisation de plus en plus pervertie par ses dérapages et ses excès ?

Ces questions récurrentes se nurriront de l'arrivée progressive de la pathologie mentale « exotique » sur la jeune scène psychiatrique. Au temps des colonies les mythes du bon sauvage et de l'âge d'or se prêteront à toutes les démonstrations.

Progressivement, cependant, les observations des aliénistes d'outre-mer viendront atténuer le dogme hâtif de l'immunité des « sauvages ». « Ceux qui ont prétendu que les indiens et les nègres n'étaient pas susceptibles de folie, écrit en précurseur Sigaud dès 1845, ont voulu séparer ces deux races des conditions inévitables de l'humanité » (15, p 655).

Tandis que s'effrite très lentement, ce dogme de l'immunité, son dernier avatar se réfugiera dans l'étude de la paralysie générale. Cette affection fonctionnera plusieurs années encore comme un marqueur ethnopsychiatrique lourdement connoté idéologiquement. Esquirol, déjà, enseignait la rareté de la paralysie générale dans les pays chauds(4). Après lui, tous les auteurs, sans exception, confirment ce point. Entre aliénistes européens et leurs confrères d'outre-mer, l'unanimité est cette fois totale. Tous font le même constat, aux Indes, en Afrique, aux Antilles, ou en Amérique Latine, de Moreau de Tours en Orient vers 1843(9) à Da Rocha au Brésil(3).

A partir de la découverte de Bayle en 1822, la paralysie générale progressive ou folie paralytique, a occupé dans la pathologie psychiatrique une place d'une considérable importance que nous avons aujourd'hui quelque peu oublié. Modèle par excellence de la maladie mentale organique, elle symbolisait l'incurabilité de la folie par son évolution rapide et inéluctable vers la déchéance et la mort. « Une des plus importantes questions de la pathologie cérébrale, écrit Munoz en introduction de son article sur 'La démence paralytique observée à l'île de Cuba' est, sans contredit, celle qui se rapporte à l'étude de cette affection si étrange dans sa nature, si constante dans ses manifestations, et si terrible dans sa terminaison » (10, p188).

Sa fréquence en Europe, sa survenue exceptionnelle outre-mer, va tout naturellement la promouvoir au titre, par excellence, de maladie de la civilisation. « La forme d'aliéna-

tion qui caractérise la société moderne est la paralysie générale (...), affirme Solbrig, le signe pathognomonique de notre civilisation est un abus inconsidéré de la force nerveuse, et cet abus conduit bien vite, directement et indirectement (hérédité), à la plus terrible des affections mentales, la paralysie générale » (16, p 143).

Dans la diachronie historique de la folie elle devient la forme « civilisée » de l'aliénation. « La démence paralytique, qui a doublé de fréquence en peu de temps en Egypte et au Japon, semble chez nous avoir atteint son maximum de fréquence et commence à diminuer en Angleterre, à Rome, à Gènes. Dans son ascension confiante dans la voie du progrès, il est reconfortant pour l'aliéniste de se retrouver et de regarder le chemin parcouru par l'humanité dans l'évolution de son cerveau et de ses infirmités » (14, p 148).

A l'abri de toute contestation épidémiologique, ce qui n'était plus guère le cas des autres affections, l'idée d'une immunité des primitifs à l'égard de la folie en général, va désormais se recentrer sur la paralysie générale. « La paralysie générale est rare chez les arabes, écrit Meilhon en 1896, (...). Elle ne paraît pas antérieure à l'année 1877. La qualité de ceux qui en sont atteints est une nouvelle preuve que la paralysie générale est surtout une maladie de la civilisation » (8, p 346).

En 1913 l'origine syphilitique de la paralysie générale est démontrée. Le japonais Noguchi découvre le tréponème dans l'encéphale de paralytiques généraux décédés. Toutefois cette étiologie ne sera définitivement acceptée par tous qu'une dizaine d'années plus tard. Pourtant l'idée est ancienne

et dès 1879, les travaux de Fournier ont apporté des arguments de plus en plus irréfutables en ce sens.

Entre ces deux époques un long débat oppose durant près de quarante ans les partisans du tréponème, ses contradicteurs et les défenseurs d'une étiologie pluricausale. Hormis la syphilis, les facteurs incriminés sont en effet nombreux : l'hérédité, le surmenage, la misère, les perversions génétiques, les excès vénériens, la pellagre, les intoxications saturniennes et surtout alcooliques...

Or la syphilis est fort répandue outre-mer. Tous les auteurs, là aussi, s'accordent à le dire. Fréquence de la syphilis, rareté de la paralysie générale, ce contraste découvert outre-mer, va offrir un argument de poids à l'encontre de l'origine syphilitique de la paralysie générale, et la renforcer dans son rôle d'aliénation-symbole de la civilisation moderne. « La démence paralytique est très rare chez les noirs, écrit le brésilien Da Rocha en 1911, quoique l'alcoolisme et la syphilis ne le soient pas. Krafft-Ebing dirait : 'il y a chez eux de la syphilisation, mais il manque la civilisation' » (3, p 374).

Le grand Kraepelin lui-même va participer au débat. Intrigué par la rareté rapportée de la paralysie générale hors d'Europe, il se propose de mener lui-même l'enquête au cours du voyage qu'il prépare à l'asile de Buitenzorg à Java début 1904(7). Là bas il trouve « particulièrement intéressant de constater que sur environ 370 malades mentaux indigènes, il n'existe aucun cas de paralysie progressive ou de syphilis cérébrale alors que parmi les 50 européens, 8 cas ont pu être répertoriés » (6).

L'étiologie syphilitique une fois admise, la rareté de la paralysie générale outre-mer continue à poser problème. Certains élaborent alors une théorie pathogénique de la « syphilis exotique » caractérisée par son absence de neurotropisme. « Qui d'ailleurs pourrait affirmer que le spirochète pâle a, sur le système nerveux d'un blanc, le même effet que sur celui d'un noir ? » (14, p 148).

D'autres, comme Régis*, qui fut l'un des

LE CENTRE DE RECHERCHE DE CROISSY-SUR-SEINE DU GROUPE PHARMACEUTIQUE SERVIER

Le Centre de Recherche de Croissy-sur-Seine a été créé en 1994 avec deux objectifs : définir les causes et les thérapies des maladies neurodégénératives du cerveau et utiliser des techniques de biologie moléculaire et de culture cellulaire pour être un pivot de renouvellement de recherche pour la découverte de médicaments. Aujourd'hui le centre regroupe au total trois divisions de pharmacologie : deux sont consacrées aux maladies du système nerveux central, plus spécifiquement une aux pathologies cérébrales et l'autre à la psychopharmacologie, la troisième est une division de pharmacologie moléculaire et cellulaire. Ce centre dispose de services scientifiques d'appui : modélisation moléculaire, physico-chimie analytique ou assurance qualité et biostatistiques.

Les molécules en développement dans le domaine des neurosciences concernent surtout des pathologies telles que la maladie d'Alzheimer, l'accident vasculaire cérébral, la dépression ou la schizophrénie. Plusieurs molécules sous étude pourraient, par le biais d'une amélioration des performances mnésiques et cognitives, assurer une meilleure qualité de vie aux patients atteints de la maladie d'Alzheimer en améliorant leur vigilance, leur mémoire et leur comportement social. D'autres pourraient être plus adaptées au traitement des déficits intellectuels du sujet âgé. Pour cette dernière indication, un inhibiteur de l'endopeptidase est entré en développement clinique.

Une autre direction de recherche porte sur des principes actifs capables de réduire très largement les séquelles de l'ischémie consécutive aux accidents vasculaires cérébraux. Complétant cette approche, la découverte de nouvelles molécules anticoagulantes pour le traitement préventif ou curatif des accidents thrombo-emboliques avec application aux accidents vasculaires cérébraux est envisagée.

En psychopharmacologie, les recherches portent sur trois des principaux types de troubles mentaux : dépression, anxiété et schizophrénie. Des molécules prometteuses sont développées dans l'anxiété et la dépression, en particulier un agoniste sélectif des récepteurs 5HT1A, actuellement en phase clinique II.

En ce qui concerne la schizophrénie, une molécule originale par son profil multirécepteuriel d'agoniste 5HT1A, d'antagoniste 5HT2A et d'antagoniste dopaminergique, est entré en phase I de développement clinique.

Enfin, un intérêt particulier est accordé aux agents mélatoninergiques. Les travaux les plus récents ont abouti à la découverte d'un agoniste qui est actuellement en développement clinique de phase II dans diverses indications dont la dépression et les troubles du sommeil. ■

premiers, dès 1888, à apporter des preuves statistiques de corrélation significatives d'antécédents syphilitiques chez les paralyés généraux, vont tenter d'intégrer cette insoluble question dans une perspective élargie à une causalité pluraliste. « *Nous croyons personnellement que les psychoses communes présentent toutes, dans les pays chauds, des particularités de fréquence et de caractères, variables avec le pays et la population. C'est ainsi, pour n'en citer qu'un seul exemple, que non seulement l'échelle de proportion de la paralysie générale diffère suivant les races et, dans la même race, suivant la marche de la civilisation, mais encore que la paralysie générale née de la syphilis de couleur chez le blanc, ne se comporte pas exactement, au moins dans certains cas, comme celle qui lui vient de la syphilis européenne* » (13, p 757).

L'immunité supposée des primitifs à l'égard de la paralysie générale, relayant en quelque sorte leur prétendue résistance à la folie en général, va être débattue longtemps encore. Mais à la veille de la seconde guerre mondiale, le vent a finalement tourné. « *La neuro-syphilis exotique et la paralysie générale indigène ont fait l'objet de nombreuses publications (...). Les idées ont évolué sur ce point. La prétendue immunité des peuples primitifs n'est plus guère admise (...). On s'est aperçu que la rareté de la paralysie générale était très relative. C'est du moins ce qui ressort des travaux les plus récents* ». Ce texte de Porot date de 1943. Il poursuit, encore prudent, en supposant : « *que toutes les belles théories psychogéniques inspirées par cette « syphilis exotique » et son*

absence de neurotropisme reposent sur des bases fragiles et risquent de s'évanouir devant l'accumulation des faits » (11, p. 372). En effet... ■

Luc Huffschnitt**

* Régis, enseignant de 1893 à 1918 à la Faculté de médecine de Bordeaux donnera toute son ampleur à l'étude de la psychiatrie exotique et à l'organisation des soins aux colonies. Une fois en poste outre-mer, les médecins de la marine et des colonies issus de l'école de Santé Navale de Bordeaux, passés dans son service, resteront en contact avec lui. Il aura ainsi en permanence connaissance de l'évolution des situations psychiatriques locales. Dès les premières éditions de son *Précis de Psychiatrie*, une large place est consacrée à « la psychiatrie exotique ». En 1912 à Tunis, au XXIIème Congrès des aliénistes et neurologistes de langue française, il présente un important rapport sur « L'assistance des aliénés aux colonies » (12) où il tentera de faire prendre conscience à ses confrères et aux pouvoirs publics de la situation psychiatrique outre-mer.

** Psychiatre de Hôpitaux, Centre Hospitalier, B.P. F, 67152 Erstein Cedex

Bibliographie

- (1) Constans, Lunier, Dumesnil. *Rapport sur le service des aliénés en 1874*. Tome 1, Analectes Theraplix, Paris 1971, 160 p.
- (2) Dagonet H., *Nouveau traité élémentaire et pratique des maladies mentales*. Baillières, Paris 1876, 732 p.
- (3) Da Rocha F., *La folie dans la race noire*, Annales Médico-Psychologiques, 9^e série, T. XIV, 1911, p 373-382
- (4) Esquirol E., *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-lé-*

gal, Tome 1, Baillière, Paris 1838, 678 p.

(5) Huffschnitt L., *Folie et civilisation au XIX^e siècle. Histoire d'un débat et naissance du regard psychiatrique transculturel*, L'information psychiatrique n°10, décembre 1993, p 941-948

(6) Kraepelin E., *Vergleichende Psychiatrie*, Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, Neue Folge, XV Bd, 1904, p 433-437

(7) Kraepelin E., *Lebenserinnerungen*, Springer, Berlin, Heidelberg 1983, 258 p

(8) Meilhon, *L'aliénation mentale chez les arabes. Etude de nosologie comparée*, Annales Médico-Psychologiques, 8^e série, T. III, 1896, janvier p 17-32, mars p 177-207, mai p 344-363

(9) Moreau de Tours J., *Recherches sur les aliénés en Orient*, Annales Médico-Psychologiques, T. I, 1843, p 103-132

(10) Muzoz J., *Quelques mots sur la démence paralytique observée à l'île de Cuba*, Annales Médico-Psychologiques, 4^e série, T. VIII, 1866, p 188-197

(11) Porot A., *L'œuvre psychiatrique de la France aux colonies depuis un siècle*, Annales Médico-Psychologiques, T. I, 1943, p 356-378

(12) Reboul H. & Régis E., *L'assistance des aliénés aux colonies*, Rapport présenté au Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française, XXII^e session, Tunis, avril 1912, Masson, Paris 1912, 218 p

(13) Régis E., *Précis de psychiatrie*, Doin, Paris, 1914, 1230 p

(14) Selvatico d'Este B. G., *La folie chez les peuples non européens*, Annales Médico-Psychologiques, 9^e série, T. IX, 1909, p 147-149

(15) Sigaud J. F. X., *Du climat et des maladies du Brésil*, Annales Médico-Psychologiques, T. V, 1845, p 131-137

(16) Solbrig, *De la folie dans ses rapports avec la civilisation*, Annales Médico-Psychologiques, 5^e série, T. VIII, 1872, p 143

tutionnelle ou de gestion du risque du patient ? Les expériences étrangères incitent à une réflexion sur l'impact des instruments et des références utilisées. Ces expériences, initiées à partir d'une recherche d'optimisation des services, ont souvent occulté, négligé, le risque collectif et la logique des besoins. Il semble indispensable, afin d'éviter la « dérive économique » qui caractérise certains modèles, de prendre conscience que les services sanitaires offerts répondent à une problématique de santé publique fondée sur des impératifs d'efficacité et d'équité. Ceci signifie que la gestion du risque individuel ne peut être séparée de la gestion du risque collectif. Cet impératif est à associer aux préoccupations d'ordre éthique et de rationalisation des rapports entre acteurs.

*Diffusion La Documentation Française, 29-31 quai Voltaire, 75344 Paris Cedex 07. Tél. : 01 40 15 70 00. Fax : 01 40 15 68 00.

L'insertion Un problème social

Claude Guyennot
L'Harmattan

Cet ouvrage se propose de retracer les principales étapes qui ont conduit à faire de l'insertion un problème social, puis une catégorie de l'action publique. L'analyse s'attache particulièrement à mettre en relation les discours des agents (ou groupes d'agents) qui vont promouvoir la notion, avec leur propre position dans l'espace social. D'un usage très localisé au début des années soixante-dix, l'insertion, d'abord professionnelle, puis sociale, s'adresse alors à des populations spécifiques, avant d'être institutionnalisée comme un problème social qui va concerner les « jeunes » au début des années quatre-vingt. L'émergence des « nouveaux pauvres » au milieu de la décennie (dans un contexte de « mutations »), les débats sur le revenu minimum, vont progressivement étendre l'usage de la notion aux « personnes en difficulté », avant qu'elle ne devienne une catégorie de l'action publique, avec le vote de la loi sur le Revenu Minimum d'Insertion.

Vers un nouveau du conflit social ?

Guy Groux
Bayard Editions

Depuis quelques années, les conflits sociaux ont changé de nature pour se centrer sur des questions de citoyenneté. Dépassant le seul champ du travail (et de la production économique), ils renvoient à une multitude d'espaces conflictuels où émergent des pratiques sociales très diverses (les femmes, les banlieues, les minorités socio-culturelles). De nouveaux enjeux se définissent et visent à refondre le contrat social, tout en rompant avec une vision sublimée (ou pathétique) de l'histoire qui avait tant marqué les conflits du travail.

LIVRES

Les libertins érudits en France au XVII^e siècle

Françoise Charles-Daubert
Collection Philosophies
PUF

La notion de libertinage érudit a été forgée par ses adversaires et surtout par ses historiens. C'est à René Pintard que revient la paternité de l'expression qui a le mérite de définir ce courant littéraire et philosophique et de le distinguer du libertinage des Lumières. Mais ce terme recouvre des positions très diverses : quoi de commun entre les épicuriens, les politiques, les sceptiques ? Tous ne sont d'ailleurs pas des athées comme aimaient à le croire les théologiens, et si quelques-uns le furent vraiment, beaucoup étaient des transgresseurs par bravade, tandis que d'autres s'attachaient à définir un déisme débarrassé d'un rituel trop pesant. Ce livre relève les convergences existant entre ces libertins de cœur, de corps ou d'esprit. Une thématique commune traverse en effet leur production : tous s'accordent sur la mise en valeur d'une raison critique qui les mène à pourfendre les coutumes, les superstitions et les dogmes. En séparant nettement le domaine de la philosophie de celui de la théologie, ils jettent ainsi les bases d'une conception humaine de la nature et d'une conception naturelle de l'homme. Un penseur, qu'il est difficile de qualifier de libertin, joue, à cet égard, un rôle essentiel de liaison entre les tendances éparses de la nébuleuse libertine : Charron, homme d'église, mais héritier de Montaigne, dénonce le fanatisme et élabore un déisme qui laisse toute sa place à la conscience individuelle. Les libertins se reconnaissent aussi dans l'érudition, héritée de la Renaissance, et dans le comparatisme qui légitime leur relativisme.

Ils sont nettement identifiables dans leurs procédés d'écriture : même lorsqu'ils emploient une ironie cinglante, les libertins écrivent à mots couverts et cultivent l'art du sous-entendu. Il est vrai que les risques encourus étaient grands : le trop méconnu Vanini fut exécuté en 1619 non sans avoir été d'abord atrocement mutilé. Tous sont d'ailleurs convaincus que toute vérité n'est pas bonne à dire. Une morale double s'impose, selon laquelle le sage peut s'interroger dans le silence du cabinet, mais doit se conformer en public à la règle commune. Si la plupart des libertins aboutissent à un relativisme suspensif du jugement, quelques-uns, les politiques, Vanini et Naudé, lecteurs de Machiavel, renversent la conception classique du pouvoir et du sacré, pour conclure que le pouvoir est artificiel et tromperie, et qu'il sert de la religion pour se faire obéir du peuple, crédule par nature. Des liens évidents existent entre cette tendance et l'éveil de la philosophie critique : Spinoza a pu être perçu comme un libertin et les idées libertines jouèrent un rôle moteur à partir du moment où elles ne furent plus cantonnées à quelques cercles éclairés. A cet égard, comme le rappelle l'auteur, la contribution des poètes épicuriens est immense, eux qui, sur tout le siècle, diffusèrent au sein de la société, cette critique des croyances communes et cet appel à la vie qui caractérisent ce courant de pensée.

Christian Bétron

Réseaux de santé et filières de soins*

Actualité et dossier en Santé publique, septembre 1998 n°24

L'historique des réseaux met l'accent sur nos difficultés à passer d'un système basé sur la prise en charge des pathologies et des grands problèmes de santé publique à une conception de prise en charge globale. Bien avant les ordonnances de 1996 des réseaux

existent, leur institutionnalisation nécessite une insertion dans un ensemble cohérent sur des bases organisationnelles et juridiques. Il faut que soient facilitées les relations entre les professionnels initiateurs de réseaux et les gestionnaires institutionnels. Au plan structurel se pose le problème de cohérence qui émerge des évolutions spécifiques des différentes activités, libérales, hospitalières et des difficultés d'insertion de la santé publique dans une perspective globale. L'instauration de réseaux doit se traduire par une recomposition de l'offre de soins et l'hôpital doit s'orienter dans une problématique d'ouverture. Il est indispensable, à ce propos, de développer des instruments de coopération et de mise en réseau. La coexistence de ces deux mécanismes de réseaux (réseaux de soins du Code de la santé publique et réseaux de soins expérimentaux du Code de la sécurité sociale) appelle un rapprochement de leurs références juridiques et de leurs modes de fonctionnement. Enfin se pose la question de l'institutionnalisation des réseaux.

Reste-t-on dans l'optique de gestion insti-

SEMINAIRE D'HISTOIRE DE LA PSYCHIATRIE*

17 décembre 1998 : *La vie de l'institution psychiatrique à partir de documents filmés*. Gérard Milleret

28 janvier 1999 : *Histoire Afusique et Psychothérapie*. Christine Pommier

25 février 1999 : *Jane Eyre dans la lignée du romantisme anglais*. Christine Genet

01 avril 1999 : *Aspects historiques de l'utilisation des sels de Lithium en Médecine et en Psychiatrie*. Annabelle Sermage

29 avril 1999 : *Don Juan de l'hystérie à la perversion ?* Isabelle Boudier

20 mai 1999 : *Histoire de la Psychiatrie Arabo-Musulmane*. Ayman Murad

24 juin 1999 : *John Lennon, tourments et passions chez les Beatles*. Samuel Moulard

20 novembre 1999 : 16^{ème} colloque de la Société Internationale d'Histoire de la Psychiatrie et de la Psychanalyse à Dijon (le thème abordera les aspects historiques du concept de dépression, titre à préciser).

* Séminaire organisé par Gérard Milleret. Séances à 18 heures dans la Salle Polyvalente du 7^{ème} secteur Hospitalier Spécialisé de la Chartrreuse, 1 boulevard Kir, Dijon. Tél. : 03 80 42 48 71.

LIVRES

Les figures urbaines de la santé publique**Enquête sur des expériences locales sous la direction de Didier Fassin***

Collection Recherches

La Découverte

La santé publique a connu un certain renouvellement de ses objets et de ses pratiques à travers son inscription territoriale dans la ville. Dispositifs visant à favoriser l'accès aux soins des populations paupérisées, politiques de réduction des risques pour les toxicomanes, programmes de santé dite communautaire dans des quartiers en déshérence, autant de manifestations de ces transformations par lesquelles l'action publique locale semble se déployer sur le terrain sanitaire pour y affronter des problèmes de société.

Ce faisant, la santé publique locale s'est en bonne part affranchie des limites traditionnelles de la médecine et parfois même de la tutelle des médecins. Ingénieurs sanitaires, assistantes sociales, éducateurs de rue, animateurs de quartier, urbanistes, enseignants, policiers, juges, administratifs, élus et, bien sûr, habitants des villes en sont les acteurs, à côté des spécialistes de la santé. De nouveaux agencements de compétences et de pouvoirs, de pratiques et de savoirs, de valeurs et de normes se dessinent ainsi. Ces reconfigurations de l'espace local de la santé publique, les auteurs de ce livre les ont étudiées à travers une recherche menée dans huit villes de France (Béziers, Brest, Marseille, Metz, Nancy,

Rennes, Toulouse, Tours) où des expériences multiples ont été recueillies et analysées. L'approche, pluridisciplinaire, réunit politologues, sociologues, anthropologues et géographes qui en proposent une lecture ouverte. Comment peut-on comprendre cette effervescence ? La « nouvelle santé publique », proclamée ici et là, est-elle une réponse, dans l'espace local, à ce que l'on désigne parfois comme la « nouvelle question sociale » ? L'examen attentif des situations observées invite à une certaine prudence dans l'interprétation. Plutôt que l'accomplissement ultime d'un « bio-pouvoir » que la modestie de ses moyens et de ses réalisations rend improbable, cette politique des corps, qui se met en place dans les villes contemporaines, n'est peut-être au fond que le dernier langage du social.

Ont collaboré à cet ouvrage : Gonzalo Alvestégui, Serge Clément, Marcel Drulhe, Isabelle Féroni, Patrick Hasenteufel, Blanche Le Bihan-Youinou, Patricia Loncle-Moriceau, Anne Lovell, Michel Lussault, Jean Mantovani, Philip Milburn, Monique Membrado, Pierre Valarié, Antoine Vion.

Les besoins obstétricaux non couverts

Vincent De Brouwere, Wim Van

Lerberghe

L'Harmattan

La réduction de la mortalité maternelle dans les pays en développement reste un défi. Non seulement les ratios de mortalité maternelle sont en moyenne dix-huit fois plus élevés que dans les pays industrialisés, mais de plus, malgré les efforts investis, ils ne montrent aucune tendance à la diminution. Les stratégies de lutte imaginées ont été très souvent réduites à un ensemble de recettes inadaptées, alors que - et on est en train d'en prendre

conscience - il s'agit surtout d'un problème de mobilisation et de choix politiques. Pour permettre ces choix, la simple mesure des ratios de mortalité maternelle n'aide pas vraiment le planificateur, même si la pression académique pousse à aller dans ce sens. Le Maroc a résisté à cette pression et a conçu une façon originale d'aborder les choses. Il s'agit d'une approche visant à localiser et à quantifier les besoins obstétricaux non couverts, jointe à un inventaire des ressources disponibles dans les hôpitaux. L'analyse qui a été faite a remis en cause le fonctionnement du système de santé en montrant les limites des stratégies de lutte contre la mortalité maternelle pratiquées au Maroc et en mettant en évidence la faiblesse des hôpitaux périphériques, maillons indispensables à une stratégie de lutte efficace.

Agressions sexuelles : victimes et auteurs

Sous la direction de Evry Archer

L'Harmattan

1 538 viols et 5 604 attentats à la pudeur avaient été enregistrés en France en 1974 par les services de police de de gendarmerie. 5 605 viols et 11 192 attentats à la pudeur en 1993. On assiste dans la même période à une aggravation évidente des peines : celles de cinq ans et plus passent de 54% à 74% des condamnations, celles de dix ans et plus de 13% à 35% entre 1978 et 1992.

Le Code pénal de 1994 a renforcé nettement cette aggravation.

Il en résulte une augmentation considérable et progressive du nombre des auteurs d'agressions sexuelles incarcérés. Alors que la population pénale a augmenté de 70% en vingt ans, le pourcentage, dans cette population, des condamnés pour crimes et délits à caractère sexuel est passé de 5% à 12,5%. Au 1^{er} janvier 1995, 4 006 personnes étaient incarcérées en métropole pour atteintes sexuelles. La libération de ces personnes, tôt ou tard, pose la question du risque de réitération de l'acte et donc celle de la protection des victimes potentielles. C'est pourquoi le G.A.P.E.R.P. réunit les meilleurs spécialistes du Droit, de la Santé et de l'Action Sociale ayant déjà travaillé sur la question, pour des réflexions, des échanges et des propositions sur le traitement judiciaire, médico-psychologique, socio-éducatif des auteurs et des victimes d'agressions sexuelles : du passage à l'acte à la prise en charge de la victime, au suivi de l'agresseur et à la prévention de la rechute, mais aussi du dépôt de plainte à l'exécution des peines et à la prévention de la récidive.

Les discussions sur les articulations, à la fois indispensables et délicates, entre les deux filières judiciaire et psychiatrique sont particulièrement intéressantes et démontrent l'intérêt d'une interdisciplinarité.

MALADIE DE PARKINSON : le point sur l'apomorphine sous-cutanée

Avec une prévalence estimée de 2 pour 1000, la maladie de Parkinson apparaît d'une grande actualité. Non seulement sa prévalence augmente avec le vieillissement, mais les traitements confrontent à des situations de plus en plus complexes.

La lévodopathérapie, même si elle reste un traitement symptomatique, a transformé la vie du parkinsonien. Son efficacité se traduit par un meilleur confort et un allongement de l'espérance de vie. Les thérapeutiques destinées à optimiser l'utilisation de la lévodopa ont suscité beaucoup d'espoir, ce qui est justifié. Dans ce contexte, l'action de l'apomorphine sous-cutanée dans le traitement des fluctuations sévères d'activité de la lévodopa, peut être considérée comme un progrès significatif de la prise en charge du patient parkinsonien.

Malgré les démonstrations de son efficacité, l'apomorphine demeure très insuffisamment utilisée dans l'arsenal thérapeutique disponible pour la maladie de Parkinson. C'est la raison qui a conduit les Laboratoires Cephalon à organiser une conférence* présidée par Marie-José Vidailhet (Paris). Cette conférence a permis de faire part de l'expérience d'experts du domaine tels Hervé Allain (Rennes), Ray Chaudhuri (Londres) et Marie-Hélène Marion (Paris). Le chlorydrate d'apomorphine (Apokinin®) est un agoniste dopaminergique non sélectif des récepteurs D1 et D2, en possédant toutes les actions (augmentation de la motricité, stéréotypies, hypothermie, etc.). Sur le plan de la pharmacologie clinique, il importe de noter l'absence de grands essais cliniques contrôlés. Ce constat est expliqué par le caractère évident et immédiatement repérable de son action.

Avec un recul de plus de huit ans d'utilisation, la pharmacovigilance ne considère pas ce médicament comme à risque, même au long cours. Les effets indésirables les plus classiques sont liés à la stimulation dopaminergique périphérique et centrale (hypotension artérielle, nausées, vomissements, hallucinations). Les complications cutanées sont les plus fréquentes et souvent bénignes. Les nausées sont contrôlées par la prise concomitante de domperidone.

L'apomorphine est administrée par voie sous-cutanée soit par injection intermittente grâce à un stylo, soit par injection continue grâce à une pompe portable de type pousse seringue. Ces deux types d'administration sont réservés aux patients parkinsoniens sensibles à la dopathérapie, motivés, connaissant suffisamment leur maladie pour en reconnaître les différentes fluctuations et capables de comprendre le maniement du stylo ou de la pompe. Les indications de l'apomorphine par style auto-injecteur sont, d'une part, les périodes OFF brèves de moins d'une heure, survenant au maximum 8 à 10 fois par jour, malgré le traitement oral, et d'autre part, les dystonies douloureuses de fin de dose. Ce traitement peut être initié en ambulatoire par un neurologue sur plusieurs consultations. Ces consultations s'attachent à éduquer le patient, à évaluer la dose nécessaire et à aider les patients dans leur première auto-injection.

Les indications de l'apomorphine en continu sont les périodes OFF prolongées et nombreuses, les périodes ON compromises par des dyskinésies, le post-opérateur immédiat quand la voie orale est provisoirement suspendue. La mise en place de la pompe nécessite une hospitalisation de 8 jours, environ, pour préciser le débit nécessaire d'apomorphine et diminuer le traitement par voie orale.

Le chlorydrate d'apomorphine mérite d'être réenvisagé comme un traitement de première ligne des complications de la maladie de Parkinson évoluée. L'avenir nous renseignera sur son statut potentiel d'alternative aux techniques neuro-chirurgicales. ■

* Conférence organisée par les Laboratoires Cephalon à Paris, le 29 janvier 1999

« Dépenaliser » les drogues douces sans repenser les drogues dures n'est-ce pas une folle absurdité ?

La question de la dépenalisation du cannabis (sur laquelle un consensus général se fait peu ou prou petit à petit) pose aussi, et c'est peut-être l'essentiel qui malheureusement semble occulté, le problème du statut que l'on réserve ensuite aux drogues dites dures (ne nous accrochons pas sur les mots, chacun sait de quoi l'on parle, l'héroïne en étant le chef de file).

En effet, on peut craindre que la dépenalisation du cannabis entraîne une augmentation plus ou moins importante de la consommation des drogues dures, et ceci pour deux raisons :

1° L'escalade, si elle est loin d'être automatique, existe pour un petit nombre et la dépenalisation entraînant, il est raisonnable de le penser, une augmentation des consommateurs de haschisch, un nombre plus grand « passera » aux drogues dures.

2° « Sur ce terrain » sensibilisé aux drogues, le prosélytisme des trafiquants dont on connaît l'efficacité, redoublera et fera merveille !

C'est ce que l'on peut redouter si le cannabis est dépenalisé sans se poser la question du changement que cela entraînera par rapport aux drogues dures.

Parmi les nombreuses propositions que l'on peut faire, l'accompagnement de cette dépenalisation du cannabis par une distribution réglementée des drogues dures dans un contexte médico-social aurait-il de nombreux avantages :

- Sur un plan collectif : assainissement du marché des drogues à tout point de vue et en premier lieu en cassant ce marché dont le déve-

loppement et l'enracinement dans une société parallèle, hors état de droit, est le mal essentiel, avec un risque de « criminalisation du politique » bien connu dans certains pays et qui reste une menace réelle même dans les pays démocratiques.

- Au niveau individuel : cela permettrait la mise sur le marché de produits fiables et leur distribution dans des conditions de liens socio-médicaux qui constitueraient à la fois la meilleure des préventions tertiaires et le meilleur espoir de réinsertion.

Toute mesure, on le sait, sur un sujet aussi passionnel et récupérable qu'est la politique de santé à l'égard des drogues mérite d'être amplement pensée et discutée, les réactions passionnelles venant peut-être, plus qu'ailleurs perturber les réflexions.

L'opinion publique si prompt à s'enflammer sur tel ou tel aspect partiel des choses mériterait de nombreux débats pour acquérir une maturité suffisante et pouvoir ainsi soutenir une position à l'égard des drogues dont elle se serait appropriée l'élaboration.

En résumé, ne jouons nous pas aux apprentis sorciers en dépenalisant le cannabis sans se préoccuper de ce que cela entraînerait, comme transformation dans l'univers toxicomaniaque, pour les drogues dures ? Ne créerait-on pas ainsi un déséquilibre grave entraînant des effets pervers tout à fait opposés aux espoirs de la dépenalisation du cannabis ? ■

Ph. Lacroix

Rencontres Alzheimer en Languedoc-Roussillon

Projet de réseau « troubles de mémoire »

Placé sous la présidence scientifique du Professeur Jacques Touchon, les Rencontres Alzheimer organisées par les laboratoires Eisai le 23 janvier 1999 ont visé à évaluer les modalités de la prise en charge médicale, économique et sociale de la maladie d'Alzheimer en Languedoc-Roussillon notamment sur les bases d'un projet de réseau « Troubles de mémoire ».

Le vieillissement de la population française est un fait. Nos concitoyens de plus de 65 ans représentent environ 14% de la population sur le territoire ; en Languedoc-Roussillon, ce chiffre est porté à 17% de la population. L'espérance de vie continuant à croître, ce taux augmentera encore dans les années à venir. L'âge étant le premier facteur de risques pour les pathologies démentielles, la prise en charge des démences, et en particulier de la maladie d'Alzheimer, représentera au début du XXIème siècle un problème de santé publique prioritaire.

Une prise en charge médicale, sociale et économique cohérente de la maladie d'Alzheimer impose la mise en place de stratégie de diagnostic précoce. En effet, des médicaments symptomatiques spécifiques de cette affection sont déjà disponibles, et d'autres apparaîtront prochainement. Par ailleurs, des travaux récents permettent d'envisager la mise en place de mesures médicamenteuses et non médicamenteuses visant à ralentir l'évolution du processus dégénératif en cause dans cette affection.

Ralentir l'évolution dès la phase prodromatique de la maladie d'Alzheimer, c'est, à terme, retarder la perte d'autonomie comme la mise en institution ; au plan économique, cela se traduit par une diminution du coût de cette pathologie.

Malheureusement, le diagnostic n'est fait que dans un cas sur deux en moyenne et le plus souvent tardivement alors que la démence est déjà évoluée. L'absence de marqueurs diagnostiques spécifiques applicables au vivant du malade rend compte de la difficulté de ce diagnostic ; il ne peut s'agir que d'un diagnostic de probabilité s'appuyant sur un faisceau d'arguments.

Les troubles de la mémoire sont, dans la grande majorité des cas, les premiers symptômes à apparaître. Le diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer doit donc s'appuyer sur le repérage et l'analyse de ces troubles. Toutefois, si les plaintes concernant la mémoire sont fréquentes, toute plainte de mémoire et tout trouble de mémoire ne signifie pas démence ; par ailleurs toute démence n'est pas une maladie d'Alzheimer.

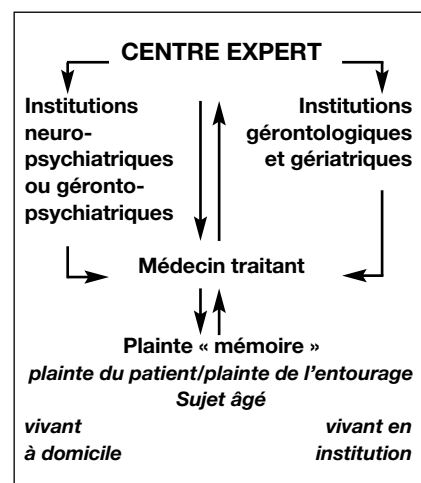
La démarche diagnostique est difficile et nécessite la mise en commun de compétences diverses. Tout aussi difficile est la prise en charge de cette maladie : elle impose la mise en coordination de « savoir-faire » différents. Le créateur d'un réseau « Troubles de mémoire » pourrait être une réponse possible aux problèmes de diagnostic et de prise en charge.

Trois types d'intervenants sont nécessaires : à la périphérie, le médecin traitant, au centre une structure spécialisée ou centre expert, « en dérivation » des institutions prenant en charge de façon spécifique une partie des troubles liés au vieillissement.

Le réseau s'organise autour de la diade « médecin traitant - centre expert ».

Le médecin traitant est en général un médecin généraliste et plus rarement un médecin

spécialiste (neurologue, psychiatre, gériatre), ces derniers étant en règle générale impliqués dans le centre expert ou dans les institutions « en dérivation ».



Le rôle du médecin traitant est central en matière de diagnostic précoce. Il est en première ligne pour repérer le trouble de mémoire mais aussi pour organiser et suivre la prise en charge mise en place.

Celle-ci est définie par le centre expert auquel a été adressé le patient.

Le rôle du centre expert est triple :

- évaluation diagnostique,
- élaboration de stratégies thérapeutiques adaptées à chaque cas,
- mise en place de certains traitements spécialisés médicamenteux (médicaments dans le cadre d'essais thérapeutiques) et non-médicamenteux (stimulation cognitive globale, rééducations cognitives).

Afin de remplir sa mission de façon cohérente et efficace, un centre expert doit être composé de un ou plusieurs intervenants appartenant aux catégories suivantes : neurologue, psychiatre, gériatre, neuropsychologue, assistante sociale.

En dérivation se situent un certain nombre de structures publiques ou privées (centres de prise en charge et/ou lieux de vie) :

- institutions psychiatriques : leur rôle sera la prise en charge des déterminants psychiatriques des troubles de mémoire, qu'il y ait ou non démence. Les méthodes thérapeutiques seront à la fois médicamenteuse et non médicamenteuse (psychothérapie, thérapie de relaxation, musicothérapie, ergothérapie...);

- institutions gérontopsychiatriques : leur rôle sera la prise en charge des troubles comportementaux et psychiatriques des sujets déments. Il sera important de développer des stratégies de stimulation cognitive globale à côté des techniques classiquement utilisées (techniques de relaxation, musicothérapie, art thérapie, ergothérapie...);

- institutions gérontologiques : maison de retraites médicalisées ou non. Le rôle de ce type d'institution sera de mettre en place des stratégies préventives des troubles cognitifs et en particulier de la mémoire chez le sujet âgé non dément ainsi que des stratégies de stimulation cognitive globale chez le sujet dément ;

- équipe de gestion du maintien à domicile : ce maintien à domicile dépend de l'intervention de paramédicaux (infirmière essentiellement, mais aussi assistante sociale, kinésithérapeute...) régulée par le médecin traitant. Une équipe mobile spécialisée en neuropsychogériatrie dépendant, mais non obligatoirement, du centre expert pourrait permettre d'améliorer la gestion du maintien à domicile.

Le centre expert sera directement en relation avec les médecins traitants et les diverses institutions impliquées dans le réseau par le biais d'un numéro vert, d'une ligne de télécopie spécifique et d'une ligne de courrier électronique spécifique. La richesse des modalités de communication permettra à chacun des intervenants du réseau d'obtenir rapidement :

- un avis spécialisé en matière d'orientation diagnostique et de traitement (mise en place des stratégies thérapeutiques adaptées à chaque cas, suivi thérapeutique, conseil en matière de contre-indication, de risque iatrogénique...);
- un rendez-vous de consultation adapté au problème posé ;
- un rendez-vous d'hospitalisation adapté au problème posé ;
- une information permanente en retour au médecin traitant.

Dans la région Languedoc-Roussillon, un certain nombre d'équipes, de Perpignan à Nîmes, fonctionnent déjà sur le mode du centre expert en matière de maladie d'Alzheimer et de troubles de mémoire.

Elles s'organisent actuellement en réseau sous la coordination de l'Unité de Neurologie Comportementale de l'hôpital Gui de Chauliac au CHU de Montpellier. ■

LIVRES

Henry Ey psychiatre du XXI^e siècle

Actualité de l'œuvre de Henri Ey
Association pour la fondation Henry Ey
L'Harmattan

Il s'agit de la réunion des textes des exposés du colloque de Perpignan qui s'est tenu les 31 octobre et 1^{er} novembre 1997, vingt ans après la disparition d'Henry Ey. On appréciera plus particulièrement les apports de Jean Ayme concernant le dirigeant syndical, de Michel Demangeat sur les rapports avec Lacan, de Jean Maisondieu sur la pathologie de la liberté ou de Boris Cyrulnik sur la « Psychiatrie animale ». En outre, certains grands témoins, comme Charles Durand ou Jean Sutter, s'expriment.

Françoise Dolto Pour une société du sujet

Yannick François
Bayard Presse

Cet ouvrage a été réédité et réactualisé à l'occasion du colloque organisé à l'UNESCO en janvier sur l'œuvre théorique de Françoise Dolto dont on connaît surtout la pratique, mise à la portée du grand public par ses écrits et ses émissions radiophoniques. Yannick François nous propose de découvrir l'œuvre de Françoise Dolto, centrée sur ce qu'elle appelle « l'image inconsciente du corps », et à partir de laquelle elle explique un certain nombre de psychopathologies.

Annuaire national des hôpitaux de jour d'enfants et d'adolescents*

Cet annuaire de 50 pages comporte les notices descriptives de 149 hôpitaux de jour d'enfants et d'adolescents, publics ou privés. Il a fallu plus d'un an de travail, de nombreux échanges épistolaires et téléphoniques avec ces établissements pour être en mesure de retenir une liste, loin d'être exhaustive, mais qui présente l'intérêt de fournir des informations sur des Hôpitaux de jour français pour enfants et adolescents souffrant de troubles psychiques.

* Mis en vente au prix de 75 F franco. Pour toute commande s'adresser à Madame Odile Starck, « Annuaire ANHDJ » Hôpital de jour, 24 rue Bayen, 75017 Paris. Tél. : 01 40 68 70 00. Fax : 01 40 68 70 22.

CONGRÈS 1999 : L'UNAFAM DÉBATTRA DE L'IMAGE DES PERSONNES MALADES MENTALES

Le XXXII^e journées d'études annuelles de l'Unafam (Union nationale des amis et familles des malades mentaux) se dérouleront les 4 et 5 juin 1999 à Lorient (Palais des Congrès) sur le thème : *L'image de la personne malade mentale*.

A l'aube d'un nouveau siècle, il est temps de réfléchir sur ce thème qui figure parmi les préoccupations de l'Unafam, qui lutte depuis 1963 pour que se développe « un autre regard » sur les personnes malades et leur entourage.

Ces journées d'études aborderont la perception du malade dans la médecine mais aussi dans la société, hier, aujourd'hui et demain.

Trop de malades vivent encore leurs maladies dans l'indifférence, voire le rejet de leurs contemporains, ce qui entraîne une souffrance psychique intense, qui rejait sur leurs possibilités d'insertion sociale et professionnelle, accentuant leur isolement.

Or, ce rejets sociaux proviennent souvent d'un manque d'information. On juge sans bien connaître. Afin d'inscrire la santé mentale dans une démarche complète, qui prenne en compte la prévention, le soin et l'accompagnement à la réinsertion, l'Unafam vous propose de vous joindre aux familles et professionnels qui viendront s'informer sur le sujet.

Rappelons que les maladies mentales ne sont pas rares, elles touchent aujourd'hui en France, toutes pathologies confondues, environ 6% de la population.

Renseignements et inscriptions : Unafam Congrès 1999, BP 257, 56012 Lorient Cedex. Tél. : 02 97 84 97 71. Fax : 02 97 64 38 35.

LIVRES

La schizophrénie débutante

Henri Grivois et Luigi Grosso
Editions John Libbey Eurotext

Les auteurs, après avoir rappelé ce qu'est le concept de schizophrénie et l'histoire scientifique de la période initiale de la maladie, l'apparition du premier épisode psychotique, décrivent l'épidémiologie, la naissance et le déroulement initial de la maladie, pour ensuite établir la nécessité d'une intervention thérapeutique « volontariste » devant un premier épisode psychotique.

La maladie de Parkinson

Sous la direction d'André Rascol
Masson

Cet ouvrage, fruit d'un consensus d'un groupe d'experts pluridisciplinaires, fournit un panorama complet et actualisé sur la maladie de Parkinson.

Après un exposé sur les aspects étiopathogéniques, suivi d'un rappel des aspects diagnostiques, plusieurs chapitres sont consacrés à la prise en charge de cette affection. A côté des stratégies médicamenteuses initiales et du traitement des complications motrices, l'ouvrage fait une large place à la prise en charge des troubles psychiatriques et de divers désordres (troubles digestifs, douleurs, troubles génito-sphinctériens, trouble tensionnels), fréquemment associés et sources de handicap important dans la vie quotidienne. Enfin sont détaillés les traitements chirurgicaux (stimulations des structures cérébrales profondes, greffes neuronales) et la rééducation motrice et orthophonique, complément indispensable du traitement médicamenteux.

Le cruauté mélancolique

Jacques Hassoun
Flammarion

Quel est le plus petit dénominateur commun entre *L'institut Benjamin* de Robert Walser, *L'amour fou* d'André Breton, la nouvelle *Bartleby* d'Herman Melville, l'œuvre de Franz Kafka, de Thomas Bernard ou de Primo Levi ? Celui de permettre à Jacques Hassoun une réflexion sur la mélancolie et ses divers avatars, appelés tour à tour « maladie du deuil », passion ou « déni de l'histoire ». Si le cas clinique du toxicomane dénommé Janus et les interrogations psychopathologiques sur la cruauté du mélancolique à son endroit ne venaient rappeler les ruses que la pulsion de mort adopte pour s'intriquer aux autres pulsions, voilà une analyse qui ressemblerait fort à un éloge.

Y. Sarfati

Actes du 1^{er} Forum Francophone d'Hypnose et de Thérapies Brèves*

Préface de Edouard Zarifian
Editions de l'Arbousier

Le sommaire de ces Actes, synthèse de l'hypnose clinique contemporaine, présente un aperçu de l'étendue des apports théoriques et pratiques de ceux qui utilisent quotidiennement l'hypnose et les thérapies brèves dans le traitement ou la prévention de pathologies très diverses.

* Ouvrage en 2 tomes, 277 pages, disponible aux Editions de l'Arbousier, B.P. 82, 84110 Vaison la Romaine. Tél./fax : 04 90 28 70 17

PACT : Psychoses, Aider, Comprendre, Traiter*

Récemment de nouvelles molécules ont permis une évolution dans la prise en charge des patients psychotiques. Dans ce cadre, des experts cliniciens et infirmiers, en collaboration avec les Laboratoires Janssen-Cilag, ont conçu un programme d'animation de réunions ayant pour objectif de sensibiliser le patient et l'ensemble des acteurs de la prise en charge à cette évolution.

Ce programme, appelé PACT (Psychoses : Aider, Comprendre, Traiter), a été présenté lors d'une conférence de presse organisée à Paris en présence de Frédéric Champavere (Laboratoires Janssen-Cilag). L'intervention d'Alain Gérard, psychiatre libéral et co-auteur du programme, a été suivie de plusieurs témoignages apportés par des psychiatres : Pr Jean-Pierre Olié, Dr Jean-Charles Pascal, Dr Murièle Maurel, infirmiers : Isabelle Isard, Jean Goederthier, ou membre de familles de patients : Catherine Tobin. Cette conférence

a permis de visionner la vidéo de présentation du programme. Les psychiatres, qu'ils soient libéraux ou hospitaliers, sont conscients de la persistance d'un déficit d'échange entre les soignants d'une part, et les soignés et leurs familles d'autre part. Ce déficit d'échange aggrave le décalage qui existe actuellement entre une certaine représentation des psychoses et leur prise en charge (image encore tabou des schizophrénies symboles des « maladies mentales », vision souvent péjorative et « handicapante » du devenir du patient schizophrène, traitements médicamenteux stigmatisants) et les possibilités offertes par l'évolution des structures de soins et par l'apparition des nouveaux antipsychotiques (meilleure tolérance, spectre d'activité plus large, meilleure observance).

Le programme PACT comporte trois modules : « Dire la maladie », abordant la question de l'annonce de la maladie, « Vivre avec

le traitement », qui traite du rôle, des effets positifs et indésirables des traitements médicamenteux, de l'observance et de la prévention des rechutes, et « Vivre avec la maladie », plus centré sur la gestion du quotidien par le patient et sa famille. Chaque module est constitué d'un film, d'un guide d'animation pour les soignants et d'un livret destiné au patient et à sa famille. Le choix d'un support audio-visuel vise à faciliter la communication, l'abord interactif. Le programme peut être utilisé individuellement ou en groupe de patients ou de familles.

L'organisation en séquences des films et les guides conçus comme des suggestions d'animation confèrent à chaque module une souplesse d'utilisation. Ainsi, chaque équipe soignante peut constituer son outil PACT comme elle le souhaite, outil qui s'avère donc être à la fois un outil de travail pour les équipes soignantes et un programme d'information « pédagogique » destiné aux patients schizophrènes et à leurs familles. ■

* Conférence de presse de présentation du programme organisée par les Laboratoires Janssen-Cilag, à Paris, le 2 décembre 1998

Lamictal™ : nouveau dosage, nouvelle indication dans l'épilepsie de l'enfant*

Commercialisé depuis 1996 dans le traitement de l'épilepsie réfractaire chez l'adulte et l'enfant de plus de 12 ans, Lamictal™ (lamotrigine), antiépileptique original à large spectre, offre maintenant la possibilité de traiter les enfants de 2 à 12 ans. A cette occasion, une conférence de presse, réunissant autour de Marcel Pappo (Laboratoire Glaxo Wellcome), Olivier Dulac (Paris), Catherine Billard (Tours) et Brigitte Bonard-Breack (Paris), a permis de faire le point sur la prise en charge de l'épilepsie chez l'enfant.

En France on compte, actuellement, environ 400 000 patients épileptiques. Près de 80% des épilepsies débutent pendant l'enfance ou à l'adolescence. Chaque année, l'épilepsie concerne 4 000 nouveaux enfants. Ces chiffres suffisent à souligner, comme l'a rappelé Olivier Dulac, l'importance de l'impact de cette pathologie. Si la majorité des épilepsies de l'enfant ont un pronostic favorable, certaines formes sont, en revanche, sévères. C'est le cas notamment des épilepsies généralisées symptomatiques ou cryptogéniques. Celles-ci, associant fréquemment différents types de crises, peuvent entraîner un retentissement important sur le développement psychomoteur de l'enfant : retard mental, troubles de comportement, aggravation des troubles cognitifs liés aux traitements antiépileptiques. Encore de nos jours, l'épilepsie d'un enfant, et, avant tout, ses formes graves, condamne les familles à subir une angoisse permanente. Le manque d'information sur cette pathologie se fait toujours sentir, l'élaboration d'un diagnostic est souvent complexe, et une période de tâtonnement est parfois nécessaire avant de trouver la bonne thérapeutique, tentatives répétées que les parents vivent mal. Afin de satisfaire les attentes des parents, mais aussi celles des soignants, une Association pour la recherche, l'éducation et l'insertion des jeunes épileptiques (ARPEIJE) a vu le jour. Cette association, présentée par Brigitte Bonard-Breack, s'est proposée de sensibiliser les professionnels à l'intérêt d'une meilleure connaissance sociale de la maladie et, surtout, de renforcer la confiance entre la famille et le médecin. Plusieurs services et supports proposés par l'association, dont des brochures

et des vidéos, leur permettent d'être efficaces en tant que relais et médiateurs.

Dans le cadre du traitement médicamenteux, l'introduction de Lamictal™ (lamotrigine) chez l'enfant a constitué une véritable innovation dans la thérapeutique des épilepsies. L'efficacité de la lamotrigine dans les épilepsies généralisées sévères de l'enfant avait été révélée, comme l'a montré Catherine Billard, par plusieurs études ouvertes. Elle concerne avant tout le syndrome de Lennox-Gastaut, une des épilepsies infantiles les plus résistantes et invalidantes, avec plus de 50% de répondeurs et un tiers exempt de crises.

Les indications récemment retenues par l'AMM chez l'enfant de 2 à 12 ans sont les épilepsies généralisées réfractaires aux antiépileptiques habituels, en complément au traitement antérieur. Le dosage à 5 mg est particulièrement adapté à cette classe d'âge. Lamictal™ est bien toléré, en particulier sur le plan comportemental avec des améliorations très sensibles de la qualité de vie. Le seul effet indésirable inquiétant est la possible survenue d'éruptions cutanées qui surviennent en règle générale dans les premières semaines du traitement. Lors de la prescription, la principale précaution est le mode d'introduction obligatoirement très progressif (sur 6 semaines), avec des posologies initiales très faibles et une surveillance cutanée stricte. ■

*Conférence de presse organisée par le laboratoire Glaxo-Wellcome à Paris, le 1^{er} décembre 1998

Le trouble de l'adaptation avec anxiété

Sous la direction de Maurice Ferreri

Marc Louis Bourgeois, Boris Cyrulnik, Robert Dantzer, Jean-Nicholas Despland, Philip Gorwood, François Lebigot, Patrick Légeron, Valérie Mirabel, Léonard Monod, Philippe-Jean Parquet, Frédéric Rouillon, Jean Salem, Dominique Servant, Sami Tawil
Springerx

Il s'agit des comptes-rendus du symposium organisé par les laboratoires Biocodex sur ce thème à Paris le 28 novembre 1997. Appellation moderne de l'anxiété réactionnelle, le trouble de l'adaptation avec anxiété se caractérise par une fréquence importante, pourtant peu de publications le concernent.

Cette situation paradoxale peut être rattachée à une définition récente et particulière dans les classifications internationales. Le trouble de l'adaptation est en effet l'un des rares diagnostics du DSM IV à admettre une composante pathogénique, au sein d'une classification purement descriptive. Au-delà de la reconnaissance de ce trouble, il est important d'en discuter les déterminants. La multiplicité des facteurs impliqués rend compte de l'intérêt d'une réunion multidisciplinaire, objet du symposium. En effet, l'adaptation met en jeu des facteurs événementiels, comportementaux, psychodynamiques, ethologiques et philosophiques dont la confrontation est essentielle pour comprendre comment les capacités d'adaptation peuvent être dépassées ou entraîner l'apparition de ce trouble. Les données cliniques et épidémiologiques, encore trop parcellaires, soulignent néanmoins trois points extrêmement importants : la symptomatologie peut être marquée, le trouble de l'adaptation avec anxiété étant parfois responsable d'une importante souffrance anxieuse. Par ailleurs, le caractère dynamique de ce trouble explique l'existence d'un potentiel évolutif vers une forme chronique d'anxiété, vers une dépression ou vers un trouble de la personnalité. Enfin l'incidence significative du trouble de l'adaptation avec anxiété, déjà mise en évidence par différents auteurs en consultation de psychiatrie, mérite d'être évaluée en pratique médicale quotidienne. Dès lors, il est important d'envisager quelles peuvent être les modalités de prise en charge de ce trouble. Qu'il s'agisse des psychothérapies analytiques, des thérapies cognitives et comportementales ou des traitements pharmacologiques, la précocité du traitement est un élément majeur de sa réussite. En ce qui concerne le choix d'une molécule, le respect des fonctions cognitives indispensables au processus d'adaptation (mémoire, attention, vigilance) est déterminant, au même titre que l'atténuation de la souffrance anxieuse.

Thèses - Mémoires

Données actuelles sur la prise en charge psychiatrique des prêtres et des membres des instituts religieux catholiques en France

Sandrine Bonnel

Thèse Médecine, Paris VII, 1996

Les prêtres, religieux et religieuses de l'Eglise catholique sont actuellement en France au nombre approximatif de 90 000. Les troubles psychiatriques qu'ils peuvent présenter, vécus dans l'indéfectibilité du lien à l'Eglise et l'insertion communautaire pour les religieux, ne semblent pas, dans les limites de l'évaluation possible, se distinguer de manière notable de ceux de la population générale. Le facteur démographique induit cependant une confrontation fréquente aux troubles détérioratifs de la sénescence. L'histoire de l'accès de la population religieuse au soin psychique et surtout psychothérapeutique est marquée à son origine par un conflit lié à la représentation d'une incompatibilité entre les champs du psychologique et du spirituel. L'inscription légale dans la société civile, la protection sociale actuelle, l'ouverture progressive de l'Eglise aux données de la psychiatrie et de la psychologie moderne, tendent à faire accéder clercs et religieux à une prise en charge quantitativement assimilable à celle de la population générale, malgré une tendance persistante à se tourner préférentiellement vers des structures ou des praticiens familiers du monde religieux, les structures spécifiques s'avérant peu nombreuses. La prise en charge de cette population se doit en effet de respecter a priori la dimension spirituelle et tenir compte des particularités de son mode de vie et de son mode d'expression.

Assertivité : entre dépression et anxiété

A propos d'une étude de 33 patients présentant un trouble anxieux

Corinne Pastori épouse Ducroix

Thèse Médecine, Paris Cochin, 1998

L'assertivité représente la fonction adaptative du sujet face à son environnement : ses troubles s'expriment dans le champ de l'anxiété, mais également dans celui de la dépression. Ces liens avec la dépression ont été mis en évidence chez 33 patients présentant un trouble anxieux par l'étude du questionnaire de Rathus, de l'inventaire de Coopersmith, de l'échelle de Beck, de l'inventaire de Spielberger et de l'HAD. Les résultats confirment une altération de l'assertivité lors de l'anxiété majeure mais aussi lors de la tendance dépressive. L'étude des composantes de l'échelle de Rathus a, par ailleurs, mis en évidence la prévalence des troubles de la sociabilité et de la communication orale dans l'association aux idées dépressives chez l'anxieux.

Les délires partagés

Corinne Legein

Thèse Médecine, Paris XI, 1996

La Folie à deux, encore appelée Délire à deux, est un concept décrit pour la première fois en 1871 par Legrand du Sault. Quelques années plus tard, Lasègue et Falret en ont établi les Lois d'apparition dans leur article principaux. Les auteurs ont longtemps opposé la Folie communiquée à la Folie simultanée, mettant en évidence le problème posé par la notion de communicabilité du délire. Actuellement, le concept a trouvé sa place dans les classifications nosographiques les plus récentes. L'expression Folie à deux est encore utilisée telle quelle par les anglo-saxons, sans traduction. A la terminologie de Délire à deux, l'auteur préfère celle de Délire partagé évo-

quant implicitement la notion du délire chez les partenaires, et pouvant englober les délires collectifs. Ce travail analyse 20 cas de Délire à deux publiés les plus récemment et dégage les caractéristiques actuelles retrouvées dans l'observation d'un couple de délirants. Les différentes théories étiopathogéniques sont abordées. Les Délires partagés et les sectes présentent certaines caractéristiques cliniques et psychodynamiques communes, sans oublier les actes médico-légaux qui rappellent leurs rapports avec la paranoïa.

Kleptomanie et approches cognitivo-comportementales

Constant Houssou

Mémoire 3ème année, Institut

d'Enseignement de l'association française de théorie comportementale et cognitive, 1997

Bien que décrite dès 1816 par André Matthey sous le terme de klopémanie, la kleptomanie (terme dû à Marc en 1840) reste un sujet à explorer à plusieurs égards. S'agit-il d'un symptôme ou d'une maladie ? La nosographie psychiatrique internationale l'assimile actuellement à un trouble des impulsions : « troubles des habitudes et des impulsions » selon la Classification internationale des Troubles mentaux et des Troubles du Comportement (CIM 10) et « troubles du contrôle des impulsions non classées ailleurs » pour le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) où elle ne réapparaîtra qu'en 1980 dans sa troisième édition. Dans le DSM-1 (1952) elle n'était pas considérée comme une entité nosographique. Au plan psychopathologique les divers modèles évoqués sont à peine confirmés. La rareté des cas vus en consultation et assez longtemps suivis, rend difficile l'évaluation de l'efficacité des moyens thérapeutiques. Cette étude prospective s'efforce de contribuer à la compréhension de la psychopathologie de la kleptomanie et à sa prise en charge à travers une approche cognitive et comportementale.

Personne âgée et dépression

Jacqueline Marcel épouse Raynal

Thèse médecine, Paris St Antoine, 1997

Chez la personne âgée fragilisée par le processus du vieillissement, une atteinte physique, un traumatisme affectif peuvent provoquer l'éclosion d'une symptomatologie psychiatrique, dépressive notamment. Il faut savoir repérer les dépressions masquées, qui, comme leur nom l'indique, sont parfois difficiles à diagnostiquer. Devant ces troubles, un traitement adapté doit être instauré rapidement, pour échapper au risque d'évolution démentielle, de décompensation somatique, et surtout, au risque suicidaire.

Sous le signe du narcissisme : dépression et événements de vie

Catherine Sagelas-Granval

Mémoire de Maîtrise de Psychologie,

Paris V, 1996

En articulant Sous le signe du narcissisme, dépression et événements de vie, l'auteur s'est intéressé à l'événement de vie douloureux dans sa dimension subjective en rapport avec une histoire de vie singulière. Ses deux hypothèses sont : 1/ « Le dernier événement déclenchant touche des personnalités fragilisées, qui présentent des blessures narcissiques », 2/ « Ces personnalités fragilisées qui présentent des blessures narcissiques, le seraient en raison d'événements 'traumatiques' de l'enfance et de l'adolescence ».

Approche dimensionnelle de la

psychopathologie des troubles schizophréniques

Analyse en composantes principales de la PANSS chez 72 patients

Marcos Sampaio Meireles

Mémoire DIUS psychiatrie, Paris Sud, 1997

La clinique reste le point d'ancrage de la recherche sur les troubles schizophréniques ; sa diversité est assignée par des symptômes représentant des domaines multiples tels la perception, la pensée, le langage, l'attention, l'affectivité, la volition et les interactions sociales. Ce mémoire tente de présenter les particularités de l'approche médicale actuelle, de la psychopathologie de la schizophrénie. Il examine, d'abord succinctement, cette complexité, sur un plan historique, à partir des conceptualisations de certains auteurs. Puis il procède à l'exploration de la structure dimensionnelle sous-jacente à la symptomatologie clinique d'un échantillon de patients présentant des troubles schizophréniques, évaluée à l'aide de la « Positive and Negative Symptoms Scale - PANSS » (Kay et al., 1987). Ce travail a été réalisé auprès d'une population de patients suivis dans le cadre d'un secteur parisien de psychiatrie générale (21ème secteur de Santé Mentale de Paris).

Etude comparative de l'actimétrie et de la polysomnographie ambulatoire dans l'évaluation de la désadaptation au travail posté de nuit chez les infirmières

Jean-Yves Delafosse

Mémoire DEA Psychopathologie et neurobiologie du développement et des comportements, Paris VI, 1998

Le travail posté de nuit est une pratique solidement ancrée dans le milieu hospitalier pour des exigences de continuité des soins aux malades. Les infirmières sont donc depuis toujours exposées aux difficultés inhérentes aux changements de leur cycle veille/sommeil. L'objectif de ce travail a été la validation de l'actimétrie destinée à mesurer les niveaux d'activité des sujets et leurs variations ; notamment le cycle activité/repos pour évaluer la désadaptation des rythmes veille/sommeil au travail posté. Ont été pratiqués des enregistrements actimétriques et polysomnographiques ambulatoires (qui qualifient et quantifient les différents niveaux de veille et de sommeil ainsi que leur variation ; notamment le cycle veille/sommeil), sur un échantillon d'infirmières issues de divers services de l'Hôtel-Dieu de Paris, travaillant en poste de nuit fixe.

L'analyse des enregistrements effectués en période de travail (à l'hôpital) et en période de repos (au domicile), indique que l'actimétrie présente une très bonne concordance avec la polysomnographie pour la mesure du temps total de sommeil. Les mesures réalisées ont permis de constater, par ailleurs, qu'environ la moitié des sujets de cette étude présentait des épisodes de sommeil sur le lieu de leur travail. L'auteur distingue deux groupes selon la présence ou l'absence de sommeil au travail, afin de tenter de retrouver des critères distinctifs, éventuellement prédictifs, de la désadaptation à ce type de poste. Les données de cette étude - qui restent préliminaires - indiquent que les sujets « désadaptés » qui dorment au travail n'ajustent pas le rythme circadien de leur horloge biologique interne (dont le rythme activité/repos est un reflet). A l'inverse, les sujets « adaptés » retardent l'acrophase de leur rythme d'environ cinq heures en période de travail par rapport à celle de repos. Ceci est en conformité avec d'autres travaux explorant la relation entre travail posté chez les infirmières de nuit (évalué par actimétrie) et la variation du taux de mélatonine

salivaire, reflétant aussi le rythme de l'horloge biologique.

En conclusion, l'actimétrie apparaît comme un bon moyen, efficace, peu coûteux et facile à mettre en œuvre dans l'évaluation du temps total de sommeil, ainsi que de l'éventuelle désadaptation d'infirmières travaillant de nuit en poste fixe.

LIVRES

Questions à Freud

Nicholas Rand et Maria Torok

Flammarion

Les questions de Nicholas Rand et Maria Torok à Freud sont de deux ordres. Premièrement : pourquoi la théorie freudienne recèle-t-elle des contradictions aussi fondamentales que celles touchant à la notion de réalité psychique (phantasme/réalité) ou aux modalités d'interprétation du rêve (idiosyncrasiques/universelles) ? Deuxièmement : quelles sont les facilités décelables de l'autoanalyse de Freud ? Selon les auteurs, répondre au deuxième point apporterait des réponses au premier, et remplirait un objectif : « arrêter la transgression quasi inconsciente des déchirements méthodologiques » en reconnaissant « les fractures internes de l'édifice freudien ».

Dans une première partie, la confrontation systématique de textes deux à deux permet d'en pointer plusieurs paradoxes. D'une part l'utilisation moult fois préconisée d'une symbolique universelle pour l'interprétation du rêve rigidifie la signification de celui-ci et restreint le champ des possibles par rapport à la seule prise en compte des associations du rêveur lui-même, retenue ailleurs comme seule méthode qui vaille ; d'autre part, l'amalgame paradoxal et durable, même après 1917, de deux étiopathogénies de la névrose : l'existence de représentations phantasmiques de scènes fabulées aussi bien que de traumatismes effectivement vécus dans une réalité objective. Enfin, une relecture de la Gradiva (Jensen versus Freud) permet de pointer certaines distorsions et négligences du texte freudien, probablement, selon nos auteurs, à la faveur de préjugés théoriques obturant la qualité de l'analyse de l'œuvre.

Dans une deuxième partie, l'hypothèse d'une catastrophe familiale déjà évoquée, par exemple par Marianne Krüll dans *Sigmund, fils de Jacob*, est abondamment développée, à l'aide des données de biographie, de correspondance, de coupures de presse. C'est ainsi que l'arrestation, le procès et la condamnation de l'oncle Josef comme faussaire, et le secret familial qui s'y associe peuvent être vus comme un traumatisme hors de portée que l'autoanalyse de Freud n'a pas effleuré, et qui a pu nuire au développement harmonieux de sa théorie. La réinterprétation de sept rêves de Freud suffit à convaincre de la portée de cette hypothèse et à proposer l'idée que les « contradictions de la psychanalyse freudienne procèdent d'un trauma d'inaccessibilité ».

Y. Sarfati

Le corps, l'espace et le temps

Sami-Ali

Dunod

Dans cette deuxième édition, revue et enrichie, l'auteur renouvelle la problématique de la psychosomatique en tenant compte de son extension potentielle dans des domaines aussi différents que l'immunologie et la théorie de l'esthétique.

LIVRES

Stériliser le handicap mental ?

Nicole Diederich

Ères

Cet ouvrage collectif, auquel ont participé notamment Lucien Bonnafé, Jacques Gasser, Stanislaw Tomkiewicz, est un excellent dossier sur la question de la stérilisation des handicapés mentaux, telle qu'elle se pose aujourd'hui en France. Encore faut-il s'entendre sur la définition du handicap mental. Comme le montre Nicole Diederich, sociologue à l'INSERM, cette catégorie recouvre une grande hétérogénéité de profils. Pour le grand public, la figure du trisomique incarne le concept de handicap mental. En fait, la déficience mentale profonde ne représente qu'une faible part dans l'ensemble des personnes reconnues handicapées. Cette donnée impose une grande prudence dans le recours à la stérilisation contraceptive, dont plusieurs témoignages de professionnels et de personnes l'ayant subie font apparaître les dangers. Derrière cela, ce sont tout à la fois les questions de l'attitude des familles, des relations sexuelles, de l'exercice de la fonction parentale chez les personnes handicapées, du « consentement libre et éclairé » qui sont posées, avec pour toile de fond l'avis du Conseil Consultatif d'Éthique d'avril 1996. Il ne s'agit donc pas d'un ouvrage polémique, mais d'un dossier riche en informations sur un problème particulièrement délicat.

M. Jaeger

Les statistiques régionales de l'assurance maladie du régime général en 1996**Carnets statistiques 1997**

Département statistique CNAMTS

La Caisse nationale d'assurance maladie a publié les statistiques régionales du régime général portant sur l'année 1996 qui présente les dépenses d'assurance maladie ventilées par régions et par caisses primaires. Pour chaque risque, l'évolution des dépenses est analysée par postes dans chaque région. Les dépenses de médecine de ville et d'hospitalisation privée sont ventilées par nature, puis sont analysées l'ensemble des prescriptions (pharmacie, actes, transports). Viennent ensuite les montants des dépenses remboursées avec ticket modérateur et celles remboursées à 100%.

Le guide national des maisons de retraite publiques

Editions Pétrarque

Un guide national des maisons de retraite publiques est publié par les Editions Pétrarque qui proposent un tour de France, par départements, de ces structures. Pour chaque établissement. Il fournit une fiche signalétique : capacités d'hébergement, surveillance médicale, loisirs, aide sociale, clientèle accueillie.

Gestalt-thérapie

Jean-Marie Robine

L'Harmattan

A l'intersection de la psychanalyse freudienne et de la démarche phénoménologique, de la théorie de la forme et de la théorie du champ, des contributions de Reich et de Rank, la Gestalt-thérapie constitue une démarche liée à de nom-

ANNONCES EN BREF

22 février 1999. Paris (Amphithéâtre de la CMME, 100 rue de la Santé, 75014 Paris). Réunion conjointe de la Société Médico-Psychologique, du Collège National Universitaire de Psychiatrie avec la Fédération Française de Psychiatrie sur le thème : *Information du patient schizophrène et de son entourage*. Prochaines séances de la Société Médico-Psychologique : lundi 22 mars sur le thème *Le suicide* et lundi 26 avril 1999 avec la Société de Marseille et du Sud-Est méditerranéen sur le thème *Phénoménologie et Psychiatrie*.

24 et 25 février 1999. Avignon. Journées d'étude sur *L'inceste*. Renseignements : "Accords", 99 rue Moricelly, 84200 Carpentras. Tél. : 04 90 60 29 29. Fax : 04 90 60 71 62.

18 et 19 mars 1999. Lagrange. XIII^e session d'enseignement et de formation sur le thème : *Regards sur la folie, ici et là*. Renseignements et inscriptions : A.F.R.E.P.S.H.A., Centre de formation, C.H., 05300 Lagrange. Tél./fax : 04 92 65 05 97.

19 mars 1999. Paris. Colloque du Réseau de recherche clinique INSERM, intitulé : *Les interactions triadiques dans le développement précoce de l'enfant*, organisé en collaboration avec l'Association de Formation et de Recherche sur l'Enfant et son environnement. Renseignements, contact l'après-midi : Secrétariat Médecine Psychologique Enfants, hôpital Saint-Eloi, C.H.U., 34295 Montpellier Cedex 5. Tél. : 04 67 33 60 09 /59 96.

19 et 20 mars 1999. Paris. 17^{èmes} journées d'étude du Groupe de Recherche sur l'Autisme et le Polyhandicap sur le thème : *L'enfant autiste et son langage*. Renseignements et inscriptions : Mme C. Heemeryck, G.R.A.P., 44 quai de la Loire, 75019 Paris. Tél. : 01 42 02 19 19. Fax : 01 42 02 87 47.

19 et 20 mars 1999. Strasbourg. Symposium de l'European Association for Psychotherapy (EAP) sur le thème : *Psychothérapie éthique et droits de l'homme*. Renseignements : Fédération Française de Psychothérapie, 2 bis rue Scheffer, 75166 Paris. Tél. : 01 44 05 95 50. Fax : 01 47 04 36 86. E-mail : psychotherapie.ffdp@wanadoo.fr. Participation aux frais : 760 FF ou 116 euros.

20 et 21 mars 1999. Paris. Journées organisées par Espace analytique sur le thème : *Le féminin : une question pour la psychanalyse ?* Renseignements : Association de Formation Psychanalytique et de Recherches Freudiennes, 12 rue de Bourgogne, 75007 Paris. Tél. : 01 47 05 23 09. Fax : 01 47 05 23 26.

19 au 21 mars 1999. Paris. III^e Rencontre Clinique de l'exil sur le thème : *Universalité et différence des cultures dans le champ de la clinique*. Inscription et information : Inter-signes, 7 rue Pinel, 93200 Saint-Denis. Tél. : 01 48 09 19 55. Fax : 01 42 43 51 65.

breux thèmes. Citons parmi eux : l'importance de la relation, du champ et du contexte, la nécessité de s'appuyer sur une conception du self - ou Soi - , l'attention portée au processus de préférence du contenu, au comment plutôt qu'au pourquoi, l'ici et maintenant, l'approche globale de l'expérience (corps, émotions, autant que pensées, représentations...), le self envisagé comme temporalité et pas seulement comme structure, la création de formes...

Le plaisir de lire Freud

J. D. Nasio

Petite Bibliothèque Payot

Ce livre propose de faciliter l'accès aux écrits de Freud et se divise en trois par-

24 et 25 mars 1999. Buc, près de Versailles. Colloque de Buc Ressources en partenariat avec l'ASCISM sur le thème : *Sanitaire-social : des filières aux réseaux*. Renseignements et inscriptions : Formation, Recherche, Documentation en Education Spécialisée et Accompagnement Social, 1 bis rue Massotte, 78530 Buc. Tél. : 01 39 20 19 94. Fax : 01 39 56 55 89.

26 et 27 mars 1999. Barcelone. VI International Symposium about controverses in Psychiatry. *Dissociative States*. Organisé par Unitat de Psiquiatria. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Dr Luis Sanchez Planell, Dr Crisanto Diez Quevedo. Dra. Monserrat Prats Roca Carretera de Canyet s/n. 08916 Badalona (Espagne). Tél. : +34 93 4651200 ext 283/369. Fax : +34 93 3954206. E-mail : crisanto.diez@uab.es.

27 mars 1999. Paris. Colloque de Printemps de l'Association de Recherche et d'Etude pour la formation soignante sur le thème : *Transfert : il était une fois*. Renseignements et inscriptions : A.R.E.F.F.S., 92 rue Duhesme, 75018 Paris. Tél. : 01 42 57 08 00. Prise en charge formation permanente.

27 mars 1999. Paris. Colloque du Réseau pour la Psychanalyse à l'Hôpital sur le thème : *Le trauma en chirurgie et en psychanalyse*. Renseignements et inscriptions : Françoise Brillon, secrétariat du RPH, 9 cité Charles Godon, 75009 Paris. Tél. : 01 42 49 43 28.

6 au 8 mai 1999. Copenhague. Cinquième Colloque Européen de la Fédération Mondiale de Santé Mentale sur les Malades Mentaux en Exclusion Sociale sur le thème : *Ethique, droit et exclusion*. Renseignements : Dr Jacques Simonnet. Tél. : 01 45 65 84 24. Fax : 01 45 64 81 07.

7 mai 1999. Paris. Journées d'études du Réseau d'actions médico-psychologiques et sociales pour enfants sourds sur le thème : *Surdité génétique et généalogie*. Renseignements et inscriptions : J.-F. Havreng, 86 rue Dassault, 92100 Boulogne. Tél. : 06 62 50 35 23. Fax : 01 41 14 90 46. E-mail : jfhavreng@aol.com.

17 au 19 mai 1999. Paris. 5^{ème} Rencontre Nationale des Centres Médico-Psychologiques sur le thème : *Prévention primaire, action socio-culturelle et santé mentale*. Renseignements et inscriptions : ERAP, 2 rue Alphonse Karr, 75019 Paris. Tél. : 01 40 03 77 65. Fax : 01 40 03 77 60.

27 mai 1999. St Cyr l'Ecole. Journée d'Etude de l'E.P.S. Charcot sur le thème : *Confrontations et apaisements*. Renseignements et inscriptions : Bibliothèque Médicale, Mme Cabriol C., E.P.S. "Charcot", Plaisir 78373. Tél. : 01 30 79 26 00, poste 3799.

1er au 3 juin 1999. Lorquin. 23^{ème} Festival International de Lorquin Ciné-vidéo-Psy. Renseignements : Mlle Roxanne Ferraretto, Centre Hospitalier, 57790 Lorquin. Tél. : 03 87 23 14 12. Fax : 03 87 23 15 84.

5 juin 1999. Paris. Journée de conférences sur le thème : *La clinique de rêve*, organisées par le Centre International de Psychosomatique. Renseignements et inscriptions : C.I.P.S., 56 avenue Mozart, 75016 Paris. Tél. : 01 42 30 99 41. Fax : 01 45 20 28 75. Les mardi, jeudi et vendredi.

11 au 13 juin 1999. Auxerre. 1^{er} Congrès Latino-Européen de psychothérapie de groupe d'enfants et d'adolescents organisé par Le Centre d'information et de recherche en psychologie et psychanalyse appliquées et la Société de psychothérapie de groupe d'enfants et d'adolescents avec la collaboration de l'Association européenne de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, sur le thème : *Destins de la sexualité dans les groupes*. Renseignements et inscriptions : C.I.R.P.P.A., 15 avenue du Général-Rollet, 89000 Auxerre. Tél. : 03 86 48 23 08. Fax : 03 86 46 50 03.

4 au 8 juillet 1999. Vienne. 2^{ème} Congrès mondial de Psychothérapie sur le thème : *Mythe, rêve, réalité*. Informations et inscriptions : WCP-Head Office, Rosenbursenstrasse 8/3/8, A-1010 Vienne, Autriche. E-mail : wcp.office@psychotherapie.at. <http://www.psychotherapie.at/wcp>. Inscriptions et réservations, tél. : +43 1 513 05 66, +43 1 513 05 67. Fax : +43 1 513 05 69, +43 1 513 05 71. Informations, tél. : +43 1 512 04 44, fax : +43 1 512 05 70.

15 au 18 septembre 1999. Genève. ISSPD 6th International Congress on the Disorders of Personality Managing Complexity : *Mind, Brain, Body and Abnormal Personalities*. Contact scientifique : Prof. Cesare Maffei, Servizio di Psicologia Clinica e Psichiatria, Vita Salute UHSR, Via L. Prinetti 29, I-20127 Milano, Italie. Inscription : Kuoni Congress, Rue de Berne 7, Ch-1201 Genève, Suisse. Tél. : +41 22 908 18 55. Fax : +41 22 908 18 35.

19 et 20 novembre 1999. Albi. XXI^{èmes} journées du Groupement d'étude et de présentation du suicide (G.E.P.S.) sur le thème *Suicide et violence : de l'individuel au collectif*. Renseignements et inscriptions : Madame Dejean, Secrétariat central, Fondation Bon Sauveur d'Alby, 1 rue Lavazière, 81003 Albi Cedex. Tél. : 05 63 48 48 36. Renseignements scientifiques : Secrétariat service d'accueil des urgences spécialisées, Fondation Bon Sauveur d'Alby, 1 rue Lavazière, 81003 Albi Cedex. Tél. : 05 63 48 49 50.

6 au 10 décembre 1999. Fort-de-France. XVIII^{èmes} journées de l'Information Psychiatrique sur le thème : *Psychiatrie, langue, culture*. Les propositions de communication son à envoyer au Dr. Th. Trémine, Centre Hospitalier Robert-Ballanger, route des Petits-Ponts, 93602 Aulnay-sous-Bois, avant le 30 avril 1999. Tél. : 01 40 55 05 95. Fax : 01 49 36 71 67. E-mail : info.psy@wanadoo.fr.

CHS DU VINATIER - CULTURE

Le centre hospitalier spécialisé du Vinatier de Bron (Rhône) a débuté son programme 1999 *culture et communication* par la projection du film *Les apprentis*. L'hôpital a signé en octobre 1998 une convention d'objectifs avec la Direction régionale de l'action culturelle (DRAC) pour la poursuite de l'activité de son centre culturel, *La Ferme*. Dans ce cadre, une recherche sur l'histoire du Vinatier à travers les utopies collectives et les parcours individuels des personnels a été présentée en février. Les 26 et 27 mars. L'hôpital participe à la Fête du Livre. En avril, une soirée sera consacrée au documentaire, en mai à l'avant-première d'un film co-réalisé au Vinatier par un cinéaste et des patients sur l'hôpital et la ville et en juin aux films à effets spéciaux. ■

ties : une synthèse des idées freudiennes, des citations et une biographie résumée en un tableau.

Clinique de l'écriture
Une histoire du regard médical sur l'écriture

Philippe Artières

Les empêchés de penser en rond

Cet essai cherche, à partir d'événements comme le récit de la visite d'un patient à l'hôpital ou la description de l'invention d'une machine, à montrer comment et pourquoi la médecine s'est saisie de l'écriture pour opérer un nouveau partage entre le bien et le mal, le vrai et le faux, le naturel et l'artificiel, le normal et le pathologique.