

LE JOURNAL DE NERVURE

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

Supplément à NERVURE
 Journal de Psychiatrie
 n° 4 - Tome XII - Mai 1999

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

BIOGRAPHIE

Mareike Wolf*

Ernest Jones, chevalier servant de la psychanalyse

A propos de R. Andrews Paskauskas (édit.), *Sigmund Freud-Ernest Jones, Correspondance complète* (1908-1939), introduction de Riccardo Steiner (trad. P.-E. Dauzat, coll. M. Weber, J.-P. Lefebvre), publié aux PUF.

La correspondance Freud-Jones sur trente et un ans est, des correspondances de Freud, la plus longue et la plus dense. Il faut donc apprécier le courage et la patience du traducteur et de ses collaborateurs, car cette correspondance passe par l'allemand et l'anglais et est parfois orthographiée au gré de l'humeur (Jones comprend l'allemand et ne souhaite pas l'écrire, tandis que Freud écrit volontiers en anglais mais avec des germanismes).

Le contact épistolaire pour Freud est très important. Nous avons commenté la correspondance Freud-Binswanger (1908-1938) qui s'étend sur trente ans⁽¹⁾, représentative des liens existant entre la psychanalyse, la psychiatrie traditionnelle et la psychiatrie phénoménologique. On relève, habituellement, que la correspondance Freud-Jones apparaît éclairante pour l'histoire de la psychanalyse. Bien évidemment, ceci est exact. Une correspondance aussi volumineuse (et dont nous n'avons certainement pas l'intégralité) couvrant trente et un des quarante-cinq ans de la production freudienne (pour les premières années existe la correspondance Freud-Fliess) prend valeur de matériel historique. Mais cet aspect peut sembler rébarbatif pour encourager à la lecture tous ceux qui ne sont ni historiens de la psychanalyse ni psychanalystes. A moins qu'on ne l'entende autrement : par la « petite histoire ». C'est une lecture que nous suggérons afin de méditer sur l'histoire d'une discipline à travers des histoires. On s'apercevra que cette correspondance fourmille de faits qui ne sont pas exclusivement d'intérêt psychanalytique. Les « petites histoires » (conflits, intrigues, dysfonctionnements) viennent parfois entraver le développement de la discipline et la constitution de son histoire. Nous savons que les conflits entre les personnes au sein d'une institution peuvent empêcher une continuité de pensée. Pour l'éviter, Freud fait preuve de diplomatie dans ses rapports avec ses disciples et ne prend parti pour personne en particulier. Sa devise semble être : en somme, chacun a ses défauts, mais ce qui importe est de savoir dans quelle mesure telle ou telle personne peut servir la cause de la psychanalyse. Jones est le plus doué pour cela.

PROLIXITÉ OU RÉEL BESOIN D'AVANCER PAR L'ÉCHANGE ÉPISTOLAIRE ?

Dès la première lettre Jones fait le procès, entre autres, de Kraepelin qui assimile l'hystérie à la catatonie, la névrose traumatique,

la démence précoce ou toute autre pathologie. Kraepelin donne, en quelque sorte, l'exemple même d'une formation psychiatrique qui confond les manifestations de la névrose avec celles de la psychose. Jones se montre soucieux de faire connaître la psychanalyse dans un pays comme le Canada où l'enseignement de Kraepelin a beaucoup d'influence et propose à Freud de s'occuper des intérêts de la psychanalyse et de ceux d'une « psychologie moderne » au Canada et en Angleterre. Pour cela, il forme un jeune psychiatre, B. Hart, qui représentera leurs idées. Peu à peu, Jones devient, grâce à Freud, un psychanalyste reconnu et son bras droit dans des tâches éditoriales qui ne feront qu'augmenter. La découverte de la psychanalyse étant faite, il s'agit de l'ancrer dans le champ éditorial. Freud a passé beaucoup

de temps sur chaque manuscrit. Son aisance à la rédaction n'est qu'une légende⁽²⁾. Jones l'aiderait à suivre de près



le parcours de ses publications dont toutes ont été lues et commentées par les amis de Freud. Le passage du manuscrit au texte imprimé représentait littéralement une épreuve. Vu les frais d'impression en temps de guerre, une publication ne se faisait pas à la légère, encore plus pour un sujet aussi contesté que la psychanalyse. Etant donné les étapes qu'il fallait traverser pour effectuer le passage de l'écriture à l'imprimé, on peut se demander si l'on ne subissait pas, du même coup, une épreuve scientifique, c'est-à-dire le développement de l'hypothèse jusqu'à la conclusion. Certaines lettres de Jones sont consacrées à la correction : Freud y tenait et les prenait en compte, ce qui fut aussi le cas pour Ferenczi, Abraham comme pour d'autres. La correspondance nous apprend que Freud intervenait dans l'édition des textes de psy-

chanalyse jusqu'à créer des revues, en langue allemande et étrangère, des rubriques dans ces revues. Il s'occupait de la supervision de la traduction de ses livres, négociait les droits d'auteur, affrontant les éditions pirates et créait même la base financière de ces entreprises grâce à des souscriptions et des comptes en banque dans différents pays.

La correspondance met également en évidence que le travail d'analyste et les amitiés ont été étroitement liés au travail éditorial à une époque où l'amitié passait à la fois par l'analyse personnelle et le travail éditorial (participer aux fonds financiers, discuter les manuscrits, corriger les épreuves, écrire des recensions de livres et traduire). L'un était le prolongement de l'autre. La lourdeur de telles tâches devait révéler assez rapidement la qualité d'une amitié. Freud et Jones se font part, sans ménagement, de ce qu'ils pensent des uns et des autres. Ils échangent également sur les patients qui les consultent.

L'échange épistolaire s'impose, en fait, comme un prétexte à toutes sortes d'échanges. Echanges témoignant d'une authentique curiosité réciproque sur le devenir d'un travail analytique commencé, comme la névrose infantile, la perspicacité clinique, etc... Cela ne s'arrête pas là : quand il s'agit de la première épouse de Jones en analyse chez Freud, on écrit encore. A la lecture des lettres, il est surprenant de percevoir avec quelle rapidité Freud va parfois droit au but. Et on ne perd pas de temps : aussitôt analysé, aussitôt publié !

Freud écrivait à tous moments : en fin de journée, avec un rhumatisme à la main, dans la pénurie de lumière et d'encre. « Dévorer » les livres et les posséder lui procurait de grands plaisirs depuis son enfance. La plupart des patients l'incitaient à écrire. Pour autant que ce n'était pas contraire à la déontologie, il faisait figurer leur cas ou encore faisait intervenir des fragments de traitement à travers plusieurs publications, de telle sorte que l'observation ne permette pas d'identifier le patient. Les exemples les plus scabreux, comme les perversions de la haute bourgeoisie, ont dû être condamnés au silence, ainsi que nous le révèle Grubrich-Simitis⁽³⁾. Pour Freud, l'élaboration scientifique, la diffusion, voire la commercialisation allaient ensemble. Rétrospectivement son autocritique ne manque pas de surprendre. Il qualifie sa discussion avec Einstein de « soi-disante discussion, ennuyeuse et stérile » ; sa Selbstdarstellung serait le n-ième répétition de la même chose pour « faire passer du vieux thé », « Rêve et télépathie » est complètement « tarte » : « Le Moi et la Ça » manque de qualité comparé à « Au-delà du principe de plaisir » ; et, enfin, la Massenpsychologie frôle la banale. Seuls *L'interprétation des*

LIVRES

Entretien et relation d'aide dans des situations psychiatriques ou psychologiques difficiles S'entraîner : 40 cas cliniques, 12 tiroirs théoriques

Alain Mercuel, Jean-Claude Monfort, Bertrand Lauth, Martin Reça, Bertrand Garnier, Serge Tribolet, Christophe Paradas, Juliette Grémion, Hantasia Pacaud, Jacques Leveau
 Préface de Catherine Monfort
 Masson

L'entretien comme la relation d'aide font partie du rôle infirmier, les soignants étant souvent confrontés à des situations complexes exigeant à la fois des connaissances cliniques, psychologiques et des techniques permettant de faciliter le contact avec le patient, une écoute de la plainte et une bonne évaluation de la demande. Ce livre est un outil qui donne des clés pour se préparer à des entretiens difficiles, pour clarifier le rôle de l'infirmier(e), pour l'aider à avoir une meilleure distance relationnelle et éviter le rapport de force ou d'aboutir à une impasse. Il abonde en conseils pour conduire un entretien comme pour y mettre fin et est constitué de quarante situations issues de la pratique clinique quotidienne, choisies en fonction de leur fréquence et des difficultés qu'elles entraînent : problèmes de communications, délire, agressivité, idées suicidaires...

Chaque cas est présenté sur une double page avec à gauche l'entretien, son contexte et ses objectifs et, à droite, les commentaires et conseils ainsi que les pièges à éviter. Ce sont de véritables mises en situation. Douze « tiroirs » offrent une mise au point théorique et clinique : communication verbale et non verbale, attitudes bloquant ou facilitant la relation d'aide, compte rendu et transmissions de l'entretien, etc. Il s'agit, véritablement, d'une démarche novatrice et d'un outil pédagogique original.

G.M.

Sigmund Freud Une vie à l'œuvre

Jacqueline Garnier-Dupré
 Editions Erès

L'auteur s'appuie sur la correspondance publiée en français de Freud, sur l'intégralité de son œuvre, et, pour les documents inédits, sur E. Jones et M. Schur. Elle nous livre l'histoire de sa vie personnelle et professionnelle dans un travail qui précise les concepts et techniques de l'analyse.

LIVRES

L'accès aux soins*Enfances & Psy 1997 n°7*

Erès

L'accès aux soins est un parcours, un processus (et non une simple porte à pousser) qui repose sur un certain nombre d'avis, de cheminements et d'épreuves. On peut évoquer à ce propos la polémique, déjà vieille, sur la présence ou l'absence de demande de soins. De fait, les attentes des usagers sont diverses, d'abord parce que, en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, ils sont toujours plusieurs, ensuite parce que chacun est lui-même partagé. Elles vont également évoluer dans le temps. Les besoins des usagers, tels qu'ils sont compris et traduits par les professionnels, commandent. Les propositions de soin des professionnels et des institutions organisent la demande. Donner accès nécessite de prendre en compte ce jeu entre la demande, toujours transférentielle même quand elle est très concrète, et l'offre de soin dans sa dimension contre-transférentielle. Il s'agit donc de partir de ce qui est possible et de tisser la trame d'une histoire thérapeutique, sociale, éducative, pédagogique, qui soit appropriée au sujet. Le soin, dans sa dimension psychique, est une histoire thérapeutique impliquant plusieurs protagonistes qui, sans se confondre, se succéderont au fil du temps du traitement, une histoire faite d'accès successifs à telle puis telle modalité de soins, une histoire où les continuités et les différences possèdent, les unes et les autres, une valeur organisatrice. Dans une telle conception multifocale, séquentielle et réticulaire du traitement et de l'action éducative et sociale, la question de l'accès aux soins se diffracte considérablement.

Le corps et l'eau**Une médiation en psychomotricité**

Catherine Potel

Erès

Psychomotricienne, l'auteur met à profit sa double expérience, avec des bébés et leurs parents et avec des enfants et adultes psychotiques, et sa pratique de formation (Institut supérieur de rééducation psychomotrice) pour dégager les points essentiels qui font de l'activité aquatique une médiation corporelle utile pour la symbolisation, ouvrant sur une capacité à jouer en utilisant le corps comme « médiateur et enjeu relationnel entre deux psychés, et entre la psyché et le monde » (Piera Aulagnier).

Problématiques adolescentes et direction de la cure

Sous la direction de Claude-Noële Pickmann, Christian Hoffmann et Didier Lauru

Erès

Cet ouvrage réunit des analystes pour travailler autour de problématiques adolescentes. Quatre thèmes sont abordés, dont deux cliniques : la direction de la cure avec les adolescents qui rend compte de la pratique, et pose la question de son éventuelle spécificité ; les rapports du sujet adolescent avec l'institution, l'institution étant à étendre au sens large car n'impliquant pas forcément la notion d'institution de soin. Deux thèmes sont plus théoriques : celui de la sexualité et celui du père réel. Ces deux thèmes montrent en quoi l'adolescent est en place d'assumer et d'assurer la transmission d'une part symbolique, et d'autre part de la pérennité de la civilisation par le biais de son accession à l'aptitude aux rapports sexuels et à la reproduction. Il incarne, ainsi, le maillon faible mais cependant essentiel de la courroie de transmission du symbolique et de la vie.

BIOGRAPHIE (suite)

rêves et l'Etude sur Léonard de Vinci lui procurent une certaine fierté.

Si on n'avait pas compris jusque-là que la psychanalyse passe par la parole et uniquement par la parole, la correspondance Freud-Jones contribue à le comprendre. L'échange épistolaire apparaît comme une nécessité pour organiser des prises de parole multiples.

ESPRIT DE FAMILLE PSYCHANALYTIQUE

Toute publication aidait à illustrer davantage la psychanalyse et lui faire gagner une notoriété dans un milieu médical a priori hostile et c'est moins au maître qu'on s'en prenait qu'à ses élèves. Jones avait largement pu s'en apercevoir à ses débuts, par ailleurs difficiles, à Toronto. Au prix de sa fidélité à Freud, il risquait que soit mis fin à sa carrière universitaire, et devenait l'objet de diffamations. Lorsque Jones a rencontré ouvertement les résistances à la psychanalyse, il a commencé à tenir une liste des absurdités avancées comme prétexte pour invalider la doctrine des névroses : le symptôme hystérique a quelque chose d'« une pomme de terre chaude qui a été avalée ». Les symptômes névrotiques seraient-ils « dépendants de la température de la pièce de consultation ? » Et ne pourrait-on pas croire que Freud se « faisait l'avocat de l'amour libre, de l'abandon de toute restriction, amenant à la sauvagerie » ? La plus drôle des résistances est venue d'une patiente de Jones qui s'est déclarée guérie d'une épilepsie au bout de cinq jours. Se réveillant à quatre heures du matin, elle a réalisé que son mari n'a jamais rien fait pour l'aider. Elle l'a réveillé aussitôt pour lui en faire part et depuis elle allait mieux, malgré les protestations de Jones affirmant que l'analyse n'était pas terminée. Le mari de la patiente a écrit à Jones pour le remercier du succès de la cure.

Jones n'avait pas encore commencé son analyse, ce qu'il fera plus tard chez Ferenczi, alors que Loe Kanner, sa première épouse, a eu le privilège de se faire analyser par Freud. Cette dernière avait de fortes douleurs d'origine mystérieuse qui la faisaient, de plus en plus, recourir à la morphine. Si Jones ne croyait plus pouvoir devenir psychanalyste, sa femme y croyait encore moins, tout comme elle ne croyait pas à cette technique, d'autant qu'elle avait été la patiente de Jones. En dépit de ces difficultés, Jones n'a pas perdu confiance en Freud. Bien au contraire : conscient de la part de névrose qui peut faire obstacle à sa réussite, il a tenu à aller jusqu'au bout. Dans son échange de lettres avec Freud, ce dernier l'a conseillé, lui a permis d'opter pour une attitude ferme toutes les fois qu'il l'a fallu. Peu à peu, sa situation universitaire s'est dénouée, installé à Londres il allait, enfin, connaître une véritable expérience clinique. Il a fallu près de dix ans pour qu'il trouve son propre équilibre en se surchargeant de travail et en ne ménageant pas ses efforts exigés par son dévouement à la « cause ». Il devint alors, comme on le disait, un diplomate aux côtés de Freud. Malgré cela, Jones n'a pas été à l'abri de frustrations permanentes qu'il devait endurer. Par exemple, l'analyse de sa première épouse conduisit à ce qu'elle se marie avec un homme qui s'appelait également Jones (« Jones II » comme le nommait Freud qui avec Rank a été témoin du mariage). Alors que Jones est en plein travail de coordination des différentes revues et de la publication de livres, Freud s'interroge sur le retard des délais de parution pour en conclure que ce retard est imputable à Jones sous prétexte qu'il a voulu garder un regard sur tout. Avec un mélange de bienveillance, d'autorité et d'agacement,

L'Association nationale des infirmiers généraux en santé mentale (ANDIGSM) organise ses XIV^{èmes} journées nationales au centre hospitalier Bel Air à Charleville-Mézières (Ardenne) du 19 au 21 mai sur « *Les indicateurs d'activité et l'allocation des moyens en psychiatrie* ». Les constats dressés par la mission nationale d'appui en santé mentale et le bilan de l'expérimentation du PMSI en psychiatrie alimenteront notamment les discussions.

Rens. : ANDIGSM à Saint-Maurice (Val de Mame), tél. : 01 43 96 60 41.

Freud suggère à Jones l'attitude nécessaire à adopter. Une fois ces recommandations observées, rien n'a été modifié quant au retard des publications. Finalement, Freud s'aperçoit que ce retard tient à l'imprimerie et il s'excuse auprès de Jones. Mais, entre-temps, ce dernier s'est, une fois de plus, trouvé accusé de méticulosité excessive, ce dont il a l'habitude.

La place que Jones accepte de prendre, lourde en tâches et responsabilités, l'expose constamment à des ennuis, y compris celui, majeur, de devoir s'opposer à Freud, ce qui l'inquiète beaucoup. Comme Freud n'avait pas l'habitude de « mâcher » ses mots, Jones doit continuellement prendre sur lui.

Il s'en est fallu de peu qu'une affaire amoureuse survienne entre Anna Freud et Jones. Freud signale simplement à Jones, après le premier passage d'Anna à Londres, qu'il y avait un « petit accord » entre Anna et lui. Elle doit attendre deux ou trois ans (jusqu'à ses vingt et un ans) avant d'envisager tout mariage. Jones perçoit qu'Anna se trouvait dans le cas assez rare où le père réel coïncide avec l'image idéalisée du père. Il lui écrit pour chacun de ses anniversaires, mais elle ne répond pas. Et quand elle a atteint, enfin, ses vingt et un ans Jones est remarié. Il ne pouvait pas exister une relation Anna Freud-Jones, puisque la vraie relation, celle avec Sigmund Freud, dominait tout.

Cette impossibilité d'avoir la moindre chance de séduire Anna en 1914 trouve une vengeance en 1927. Alors que Mélanie Klein commence à avoir du succès à Londres, à l'occasion de la publication du livre d'Anna sur *Le moi et les mécanismes de défense*, Jones ne manque pas de souligner quelques contradictions entre les conceptions des deux analystes d'enfants et les soumet à Freud, prenant alors clairement position pour M. Klein, en laissant entendre qu'il était regrettable qu'Anna ait publié certaines données en étant si jeune, alors qu'elle aurait vu, peut-être, différemment quelques années plus tard. Et, pour « enfoncer le clou », il ajoute que, après tout, on pouvait supposer chez Anna des écarts théoriques dus à des résistances inanalysées, étant donné les circonstances particulières de son analyse (par son père). Freud ne se laisse guère impressionner et répond de façon quelque peu flegmatique, que les différences théoriques ne sont pas importantes, l'analyse d'enfants étant encore toute jeune, ce sera à la postérité d'en juger une fois l'expérience acquise. L'argument des résistances inanalysées servant à justifier un parti pris scientifique faisait partie du « vieux jeu ». Dans le milieu analytique on s'était mis d'accord, depuis longtemps, pour ne plus avoir recours à cet argument puisque cela pourrait toujours être supposé chez l'un ou l'autre alors qu'en général, les spéculations sur l'analyse personnelle ne donnent rien de valable.

Dix ans plus tard Jones revient sur sa position et reconnaît avec Freud que les transformations kleiniennes de la théorie analytique présentent une étrange parenté avec

celles avancées par Jung (les archétypes) : l'érotisme du premier âge implicite aux acquisitions a été remplacé par des pulsions agressives chez Mélanie Klein.

Le lecteur découvre les principales figures de l'histoire de la psychopathologie à travers une correspondance où Freud et Jones se tiennent au courant de leurs occupations quotidiennes : Putnan (trop doux et influençable), Prince (éditeur de *Journal of Abnormal Psychology* devenu hostile à la psychanalyse), Bleuler (s'il avait mieux connu les psychonévroses, il aurait écrit différemment la *Dementia praecox*), Sadger (écrits psychopathologiques intéressants), Silberer (affecté par le virus philosophique), Rank (endurci par la guerre, collaboration fiable à *Imago*), Jung (méchant, perfide, l'ennemi qui veut conquérir le marché américain), Steckel (mensonger et hypocrite, gardant pour lui le *Zentralblatt*), Sperber (contribution intéressante sur « *l'influence des moments sexuels dans la naissance et le développement du langage* »), les Suisses Binswanger, Rorschach, Oberholzer (très intéressants), Brill (un peu fou, mais fiable), Sachs (avec un comportement infantile), les débuts d'analyse du couple Strachey, la folie de Ferenczi avec sa mort, etc... Pourquoi si peu d'analystes sont-ils sûrs et en quel sorte faits pour la recherche psychanalytique ? Dans près de 900 pages les annotations de cet ordre apparaissent très nombreuses.

Freud souhaitait vivement que ses collaborateurs et ses amis s'entendent, ce qu'il fait savoir à plusieurs reprises à Jones (et pour Jones les souhaits de Freud étaient des ordres). Or cela était une gageure, le milieu analytique étant déjà très conflictuel. Une cohésion a pu être établie par un « comité », les fameuses « circulaires », les conférences internes et celles de l'*International Psychoanalytical Association*...

Tout se dégrade en 1922. Freud emploie un ton dur et accuse Jones d'incompétence : sa véritable motivation consiste à transformer sa place en monopole. Jones, mal à l'aise, se demande s'il est maladroit par culpabilité ou coupable parce que maladroit. Ce moment est celui d'un « tournant » dans les écrits de Freud qui radicalise ses positions. C'est aussi le début de ses souffrances (opérations répétées sur la mâchoire). Il éprouve une lassitude à l'égard de ses collaborateurs qui s'engouffrent dans des conflits personnels répétés par pur narcissisme. Rappelons que c'est alors qu'il a voulu dissoudre le « comité » et ne plus se rendre au congrès annuel.

Pendant deux ans la correspondance se limite au strict minimum et ils ne s'écrivent plus par plaisir. Quand, en 1924, Rank démissionne et qu'il s'avère qu'il a été la cause de certains malentendus, Freud retrouve un ton chaleureux à l'égard de Jones en lui exprimant sa gratitude et sa reconnaissance pour tout ce qu'il a fait. En 1926 il lui assure que

(suite page 10)

NICE
XI^e CONGRES NATIONAL
DES S.M.P.R.-U.M.D.
« Psychiatrie & prison »

- Soins
 - Obligation de Soins
 - Réseau Ville-Prison-Hôpital
- 23 & 24 septembre 1999**

Inscriptions :
950 F avant le 1^{er} juillet 1999
1150 F après le 1^{er} juillet 1999

Pour tout renseignement, contacter :
Mme Mantero ou Mme Paysant
Tél. : 04 93 92 02 26. Fax : 04 93 92 10 64

L'histoire de la haine

Comment expliquer et comprendre le phénomène de la haine entre les êtres humains sur le plan individuel ou dans ce que l'on peut qualifier « d'inconscient collectif » ? On considère qu'un cerveau « reptilien » ne fonctionne que pour assurer sa survie, sans s'émouvoir d'une considération quelconque envers quiconque. Nous sommes tous issus de ce cerveau qui hait, car ce n'est qu'à travers un processus de maturation émotionnelle progressif que l'on peut franchir une barrière bien définie pour atteindre un seuil de « cerveau qui ne hait plus ».

La première et la plus puissante des pulsions est la pulsion d'attachement ; et nous savons que cette pulsion se joue tout d'abord à travers les premiers contacts avec la mère. Qualitativement et quantitativement, sans être normaliste, on peut considérer que chacun reste sur sa faim selon un degré variable, et le plus souvent on cherche à combler cette faim.

Il y a plusieurs problèmes qui surgissent sur le plan pulsionnel et le plus important, bien entendu, est la réalité objectale, notamment la tentative de combler cette faim par voie de substitution, comme si les vies humaines étaient interchangeable. La philogénèse (d'une amibe jusqu'à l'être humain) et l'ontogénèse (du nourrisson jusqu'au vieillard) sont gérées par la même loi, c'est-à-dire philogénétiqnement le moment où l'homme va paraître correspondant ontogénétiqnement au moment de parution de l'Homme qui sous-entend le bipède humain avec « un cerveau qui ne hait plus ». Avant cet instant ontogénétiqne, c'est le même bipède de forme humanoïde, mais avec un « cerveau qui hait ». Je souhaite étayer ces propos partiellement par les écrits de Mélanie Klein, notamment « *Envie et Gratitude* » dans laquelle elle étudie sur le plan clinique le nourrisson humain, et cet écrit est joliment illustré par les études cliniques de P.C. Racamier sur les frustrations précoces chez l'être humain et ses effets psychotisant (« *de Psychanalyse en Psychiatrie* »). On doit voir la question du côté

du nourrisson et du côté de la mère. Nous savons que la définition psychanalytique du nourrisson c'est le « moi-tout » qui ramène tout à soi, obligatoirement restreint dans son instinct de survie. Au début de la vie, il est très difficile d'apprendre à vivre dans son corps avec tous les malheurs individuels que cela sous-entend : l'adaptation à la température, à la douleur et diverses frayeurs dans des privations sensorielles. Mais plus important que ces malheurs individuels initiaux, l'instinct de survie va infliger une priorité incontournable, la sensation de faim. Il y a trois sortes de mères :

- la première c'est la mère qui ne vient jamais... (l'enfant abandonné par exemple) et on réveille l'enfant pour lui mettre un biberon dans la bouche,

- la deuxième mère, sachant sa fatigue et ses obligations par ailleurs, finit la tâche qu'elle est en train d'accomplir, puis va nourrir son enfant,

- la troisième mère, immédiatement, interrompt sa tâche et s'empresse de nourrir son bébé...

... mais dans les trois cas c'est trop tard. Voyons encore du côté du nourrisson : il se dit « J'ai faim, où est-elle... » et finit par éclater en pleurs pour signaler sa faim. Nous avons tous entendus un nourrisson qui braille et, évidemment, première hypothèse que nous émettons, c'est qu'il a faim. Mais si l'on écoute bien, le nourrisson exprime une colère par ses cris stridents, insistants et répétitifs. Il est vrai que si nul ne vient, l'enfant mourra.

Si nous fermons les yeux, et nous laissons aller, nous pourrions presque retourner dans le préconscient et retrouver l'instant horrible et culpabilisant lorsque notre évolution cérébrale nous a permis de réaliser que les autres, aussi, avaient leur « moi-tout » et que, notamment, la mère en premier ne pouvait pas savoir que nous allions avoir faim, alors que nous l'avions injustement condamnée. Il est décrit par les psychiatres que parmi les symptômes de dépression, il existe l'autodévalo-

risation et la perte d'estime de soi. Mais en métapsychologie, Mélanie Klein appelait cette étape d'évolution *la position dépressive* : « j'ai haï ma mère alors qu'elle ne pouvait pas savoir que j'allais avoir faim donc je n'ai plus droit à ma propre estime ». Par contre, il y a ceux qui se disent : « J'ai haï ma mère, mais je ne pouvais pas savoir étant trop petit », et aussitôt se redisent « Oui, mais j'ai haï ma mère » et ainsi de suite, et Mélanie Klein a nommé cela la position schizoïde (à noter, à mon avis, que toute position schizoïde contenant la position dépressive obligatoirement rend plus difficile le soin d'une psychose sans prendre en considération les composants dépressifs constants). Bien entendu le but de cet article n'est pas d'élucider les diverses façons dont l'individu pourrait se repositionner par rapport à ses premiers liens et ainsi « guérir » de son enfance.

Ainsi, nous avons tous un cerveau qui est capable de haïr. Il existe des variables multiples endogènes et exogènes, qui vont déterminer l'évolution et la capacité de maturation d'un être humain pour potentiellement atteindre le seuil de non-haine.

En tant que psychanalyste et même psychiatre, il serait important d'explorer les divers liens dans l'histoire de l'individu et tenter progressivement de briser tous ces liens pour être capable de former de nouveaux liens à chaque fois que l'on entre en relation avec l'autre. On dit que rien n'est acquis, et cela prévaut sur le plan émotionnel.

Dans le monde actuel, comme depuis toujours, il existe d'énormes influences de conformation facilement démontrées par l'histoire, l'économie, la sociologie, l'anthropologie, l'ethnologie, etc... Toutes ces influences cherchent à figer l'individu dans des liens antérieurs et ne lui permettent pas d'accéder à un deuil objectal. Il lui devient impossible d'ôter son besoin de régression ou fixation aux stades prégénitaux d'une profondeur plus ou moins marquée, mais ces tendances ne favorisent, en aucune façon, une évolution de sa structure émotionnelle pour franchir le seuil de maturité le dotant d'un cerveau qui ne hait plus. ■

Gabriel Kelen
Avril 1999

LIVRES

Un somnambule désordonné ? *Journal du traitement magnétique du jeune Hébert*

Armand Marc Jacques de Chastenet
Marquis de Puységur
Edition établie et présentée par Jean-Pierre Peter

Les Empêcheurs de penser en rond

Ce volume reprend les textes écrits par le marquis de Puységur (1751-1825) au sujet du traitement d'un jeune psychotique, Alexandre Hébert, dans les années 1811-1812. Sont rassemblés dans un seul volume, une série de textes édités, à l'époque, en brochures séparées et successives, comme le célèbre *Les fous, les insensés, les maniaques et les frénétiques ne seraient-ils que des somnambules désordonnés ?* Homme des Lumières, militaire de carrière, le marquis de Puységur a pratiqué le magnétisme selon l'orthodoxie mesmérisme, notamment dans le cadre de son régiment strasbourgeois, auprès de jeunes soldats malades. Revenu sur ses terres de Buzancy, dans le Soissonnais, Puységur va approfondir la technique héritée de Mesmer, qu'il va appeler « *somnambulisme provoqué* » tout en abandonnant la notion de « *fluide magnétique* ». Cela va lui valoir une immense notoriété. Jean-Pierre Peter a rédigé, pour cette nouvelle édition, une présentation historique et critique précise des textes de Puységur.

Vieillir et mourir au XVIII^e siècle *Longévité et vie sociale à Haveluy*

Guy Tassin

Préface de Michel Vovelle

L'Harmattan

Après avoir montré, dans *Avoir des enfants au XVIII^e siècle*, comment à Haveluy, aujourd'hui petite ville du Nord près de Valenciennes, on avait commencé, malgré un considérable essor du peuplement, à réduire le nombre des naissances, l'auteur interroge les attitudes devant le vieillissement et devant la mort. C'est parce que la mort est moins insistante dans sa tyrannie que l'on peut mettre moins d'enfants au monde. Quand la durée de la vie augmente, le regard sur l'âge peut aussi changer. Le souci de la santé est plus marqué, le désarroi devant la mort de l'autre mieux exprimé. La meilleure longévité, en particulier des femmes, fait subsister plus de vieux couples. Le vieillard est ainsi moins souvent isolé et la vie conjugale, carrière au plus long cours, y gagne en complicité. L'amour colore le deuil. En multipliant les méthodes d'interrogation des sources, en cherchant à pénétrer la réalité au-delà des questionnements habituels, l'auteur a fait d'Haveluy « *un merveilleux site pour une micro-storia, propre à nous révéler les secrets les mieux cachés des comportements, attitudes et représentations* » (M. Vovelle).

L'édition psychanalytique traverse une période agitée. Un grand nombre de publications vient de disparaître, et pas des moindres. Dans cette tourmente nous aimerions signaler le premier numéro d'une revue anglophone intitulée *Psychoanalysis and History*. Dans son éditorial, le rédacteur en chef, Andrea Sabbadini, retrace l'histoire de la parution et ses objectifs. Le lecteur apprend ainsi qu'initialement le projet de la revue, qui vise un public international, était celui d'une édition bilingue (anglophone et francophone) afin de consolider une collaboration existant entre le groupe éditorial et l'Association Internationale d'Histoire de la Psychanalyse. Les problèmes financiers ont malheureusement empêché cette belle intention, de même qu'ils étaient à l'origine de l'interruption de la parution de la très importante Revue de l'AIHP. On est en droit de se demander si les maisons d'édition ne peuvent pas avoir une politique qui obéisse à des objectifs autres que ceux de l'économie. D'entrée Sabbadini souligne le fait des liens du développement de la psychanalyse avec le développement de son histoire, peut-être parce que la psychanalyse est histoire ! En même temps une grande ambiguïté règne dans ce domaine car l'écriture nécessite, bien des fois, une double formation, celle de l'historien et celle du psychanalyste. Double formation qui, bien entendu, n'est pas un fait courant et conduit à des polémiques résultant de plusieurs types de lecture possible.

Naissance d'une nouvelle revue

Aussi la revue a choisi de s'adresser aux écrivains de toute formation, ce qui est indiqué dans son titre. En effet, il ne s'agit pas de la psychanalyse de l'histoire ni de l'histoire de la psychanalyse mais une revue qui concerne la psychanalyse et l'histoire.

Aussi le premier numéro, riche de contributions de grande valeur, inclut un panel important d'auteurs connus pour leur travaux spécialisés. La première place revient à Alain de Mijolla, notamment à son texte sur le thème de la biographie de Freud. Le texte était déjà connu par le public francophone mais les éditeurs ont choisi de souligner la nécessité des liens scientifiques de part et d'autre de la Manche, chose peu banale lorsqu'on connaît les éditions de langue anglaise.

Parmi les autres articles il faut mentionner celui de Harold Blum sur l'internationalisation du mouvement psychanalytique, lue à travers la relation Freud/Jung. L'article de Tomas Plänckers et Hans-Joachim Roth sur l'histoire de l'institut de formation de Francfort et celui de Bob Hinshelwood sur le développement de la psychanalyse en Grande Bretagne donnent des aspects inédits et passionnants de ces deux mouvements. Sur un plan plus théorique on remarquera les articles

de Patrick Mahony sur la méthodologie de Freud et celui de Peter Homans sur les mouvements de « deuil de Freud » dans le mouvement analytique. Enfin il me paraît nécessaire de commenter l'article de Mark Solms sur les controverses des traductions de Freud. L'article annonce la prochaine parution d'une Standard Edition révisée. Tout d'abord, elle sera enrichie de quatre volumes avec tous les travaux de la période neurologique de Freud, de laquelle nous avions déjà eu un aperçu avec les articles d'encyclopédie (*Le cerveau*). Ensuite elle sera complétée par des articles inconnus au moment de la première édition de Strachey. Venons-en maintenant aux points les plus importants qui sont les choix de traduction de concepts. Le débat est bien connu et la polémique ne manque pas. Rappelons le livre de Bettelheim qui prétend que Strachey aurait privé le texte anglais de son âme allemande ou encore la polémique qui fait rage à propos de l'édition des Oeuvres Complètes en France. Solms est un grand connaisseur de l'oeuvre de Freud dans toute son ampleur. Aussi, justifie-t-il le maintien des concepts, à consonance parfois néologique, introduits par Strachey en langue anglaise, par exemple *ca-thexis* (investissement) pour le mot courant

en langue allemande *Besetzung* ou encore *Ego* (moi) pour le mot courant *Ich*. Il avance à la fois des arguments d'ordre historique (le développement de l'oeuvre freudienne dans sa propre cohérence), des arguments de spécificité du langage scientifique dans chaque langue et enfin des arguments d'ordre épistémologique. Ces derniers définissent pratiquement un manifeste méthodologique, si important en matière d'histoire de psychanalyse. L'on saisit à travers ce bref aperçu l'envergure de l'entreprise et le degré de réussite des choix éditoriaux. Les lecteurs français sont vivement encouragés à participer à la réussite de cette revue. ■

Nicolas Gougoulis

LIVRES

De Durkheim à Mauss, l'invention du symbolique Sociologie et sciences des religionsCamille Tarot
La Découverte

S'il fallait résumer ce qui fait le propre de la pensée française du XX^e siècle, on devrait dire, à coup sûr, qu'elle a été, qu'elle est encore une pensée du symbolique. C'est par cette référence qu'elle tente d'échapper aux pièges de l'utilitarisme, du rationalisme ou du réalisme naïfs. Qu'on pense simplement à l'analyse par C. Lévi-Strauss de la « fonction symbolique » ou à l'opposition établie par J. Lacan entre le réel, l'imaginaire et le symbolique. Camille Tarot montre que c'est dans ce creuset de l'école sociologique française que l'acceptation moderne du terme a été forgée, et c'est grâce à une lente évolution que Marcel Mauss a fait subir aux analyses durkheimiennes du sacré, de la religion et des représentations collectives, qu'il en est venu à prendre toute sa portée.

L'histoire de cette invention du concept de symbolique change en profondeur les termes usuels des problèmes sociologiques, anthropologiques ou philosophiques. Au-delà d'une reconstitution de la pensée de Durkheim et Mauss, ce livre apporte une histoire de l'ethnologie, des sciences du langage et des sciences de la religion jusqu'au premier tiers du XX^e siècle. Des liens intelligibles sont établis entre la pensée française des cinquante dernières années et ce qui l'a précédé. On se prend à rêver d'une reprise du dialogue entre philosophes, ethnologues, psychanalystes, sociologues, spécialistes de la littérature ou de la religion.

L'épreuve d'anticipation Test de l'imaginaire personnel

Mario Berta

Préface de Jean Sutter

Postface de Jean-Claude Benoît

Traduit de l'espagnol par Ignacio

García Orad

Editions Relations / érès

La notion d'anticipation, sous son aspect existentiel, affectif, interpersonnel, fut introduite par Jean Sutter en 1956. Elle concerne le thème essentiel du changement et du développement personnel, dans la mesure où chacun de nous s'engage émotionnellement dans son avenir et avec son environnement. A partir de 1975, Mario Berta, à Montevideo, a développé un test projectif dans ce domaine, l'Epreuve d'anticipation. Face à face avec le sujet, le praticien conduit la recherche d'images subjectives personnelles. Il s'agit d'une part de figurations tentantes, idéalisées, positives et d'autre part de figurations refusées, effrayantes, négatives. La clé de ce test projectif, réside, pour l'auteur, dans une confrontation au fait affectif : « *En réalité, je suis celui que je ne veux pas être* ». Toute crise relationnelle, émotionnelle, existentielle confronte à cet autre soi, celui que nous refusons, que nous redoutons, etc. Et pourtant le travail avec cette anticipation négative latente guidera notre évolution. Huit images symboles constituent le matériel initial de l'épreuve qui induit cette dialectique active sur le thème de l'évolution possible du sujet.

Dans un contexte psychiatrique, Jean-Claude Benoît évoque l'emploi possible de ces projections anticipatrices chez des sujets psychotiques, ainsi que l'utilisation du test chez des intervenants en situation d'incertitude et, enfin, par le praticien vis-à-vis de lui-même.

Informations

Etat de santé alarmant des détenus en France et dans les pays voisins, selon une étude européenne

L'état de santé des détenus en France et dans sept pays voisins est alarmant, avec de fortes prévalences des infections à VIH, VHC, VHB, selon les résultats d'une étude européenne présentée au congrès national des Observatoires régionaux de santé*. Cet état de santé est lié, notamment, à l'usage de drogues intraveineuses qui concerne environ 14% des détenus dans les prisons françaises. L'objectif de cette étude était d'estimer la prévalence de l'infection à VIH, des hépatites virales et de pratiques à risque (pratiques sexuelles, consommation de drogues) parmi la population pénale de 7 pays européens : Allemagne, Belgique, Espagne, France, Italie, Portugal, Suède. L'enquête a été réalisée entre octobre 1997 et avril 1998, dans 22 prisons soit plus de 3 000 détenus qui ont été invités à remplir un questionnaire et à donner un échantillon de salive afin de tester les anticorps anti-VIH. Les participants se sont vus également proposer un test personnalisé de dépistage du VIH et de l'hépatite C, une vaccination contre l'hépatite B et des conseils de prévention.

Il apparaît que la proportion d'usagers de drogues intraveineuses varie selon les pays, avec 14% en France, 24% en Belgique, 30% en Italie, 33% en Allemagne, 47% en Espagne, 52% au Portugal et 65% en Suède. Entre 5% et 10% de ces usagers de drogue se sont injectés de la drogue pour la première fois en prison. Le partage du matériel d'injection concerne la même proportion de détenus en France, en sachant qu'elle est relativement faible par rapport aux autres pays. En Espagne, le partage des seringues touche 68% des usagers. La majorité des détenus qui consomment des drogues en prison avait déjà cette conduite à risque avant d'être entré dans le monde carcéral.

Sur l'ensemble des détenus consommateurs, la proportion des usagers actifs de drogues intraveineuses « avant l'incarcération » est de 81% en France et de plus de 90% dans la majorité des autres pays. Les produits les plus unanimement déclarés par les Français pour leur consommation sont l'héroïne (64%) et la cocaïne (43%). Cette étude indique que l'incarcération est souvent cause de rupture des traitements qui avaient débuté hors de la prison. A part en Allemagne et au Portugal où respectivement la moitié et la totalité des traitements par la méthadone ont été poursuivis en prison, dans les autres pays, cette proportion varie de 0 à 36%, le taux étant de 25% en France.

En ce qui concerne les autres pathologies, l'enquête montre que les hépatites virales ont déjà touché entre 14% des détenus en France et 24% en Allemagne. En Suède, ce chiffre est beaucoup plus important, atteignant 42%. Les usagers de drogues intraveineuses sont beaucoup plus touchés, la prévalence du VHC étant supérieure à 50% dans chaque pays, hormis la Belgique et l'Allemagne. Les enquêteurs ont également mesuré la couverture vaccinale totale. Celle contre l'hépatite B varie de 5% en Suède, à 38% en Espagne. En France et au Portugal, les trois quarts des détenus non vaccinés accepteraient cette mesure de prévention si on le leur proposait. Entre 26% et 75% des détenus déclarent avoir déjà été dépistés pour le VHC, mais seulement 13% en Belgique. En France, la ma-

rité des détenus dépistés l'ont été en prison. De 22% à 49% des détenus se déclarent séropositifs au VHC, dans tous les pays, sauf en Suède où ce pourcentage est le plus important (70%).

L'homosexualité au sein de la prison est déclarée par environ 2% des détenus dans chaque pays sauf en Espagne (5%). En Espagne et en Suède où existent des parloirs intimes, les pratiques hétérosexuelles sont déclarées respectivement par 45% et 22% des détenus. L'utilisation du préservatif est surtout le fait des détenus italiens (35%), des Espagnols (30%), les Belges n'y ayant jamais recours.

**Epidémiologie de l'infection à VIH et des hépatites virales en milieu carcéral : une étude multicentrique européenne, Réseau européen de prévention en milieu carcéral, ORS PACA*

Rapport sur l'alcoolisme : renforcer la prise de conscience et les moyens hospitaliers et ambulatoires*

Michel Reynaud (CHU Clermont-Ferrand) et Philippe-Jean Parquet (CHU Lille), auteurs de ce rapport, mettent en évidence les entraves au repérage, à la prise en charge précoce et au traitement des troubles liés à l'alcool, par le contexte sociologique et culturel, « *qui ne favorise pas la représentation sociale de l'usage nocif de l'alcool* », comme l'ont souligné dans un communiqué commun le secrétariat d'Etat à la Santé et le Comité Français d'Education pour la Santé (CFES).

Le rapport a été rendu public à la veille de l'ouverture de la conférence de consensus sur le sevrage alcoolique, qui s'est tenue à la Maison de la Chimie à Paris. Il montre l'écart entre la demande des patients, des familles, des services sociaux et des personnels et services médicaux et l'offre de soins, que ce soit en ambulatoire, au sein des services hospitaliers, ou des centres de soins en alcoologie.

Les auteurs proposent d'améliorer la connaissance de l'alcoolisme, en créant un système d'information sur les consommations, et les pathologies liées à l'alcool, « *qui soit fiable et inscrit dans le temps* ». Parallèlement, il faudrait adapter le PMSI et les points ISA, afin d'estimer le poids exact du déterminant « alcool ». Ils insistent également sur la nécessité d'apprendre à tous les praticiens de santé à diagnostiquer les consommations pathologiques, et à les traiter, en mettant « *réellement* » en place des formations initiales et continues, en validant les compétences acquises par des DU, des Capacités ou des DESC. Quant au traitement, les auteurs préfèrent attendre les futures recommandations de la conférence de consensus, en demandant par avance leur application, et conseillent la mise en place de protocoles de diagnostic et de soins.

Redéfinir les missions et les moyens des CHAA

Il est proposé de « *redéfinir les missions, les moyens et le financement des centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie (CHAA)* », à savoir les missions de prévention par des actions de formation, la mission médico-sociale, la prestation de service dans le cadre du réseau de soins en alcoologie, ainsi que l'activité de soins proprement dite (diagnostic, évaluation du risque, conseil et suivi des patients à risque, prise en charge et orientation des malades dépendants). « *Il convient de créer au moins un CHAA pour 100 000 habitants et de mettre à niveau les CHAA qui ont une dotation inférieure à la dotation moyenne (environ 3 F par habitant pour les*

missions de prévention et médico-sociales) ». Ce souhait a été exaucé dans la loi de financement de la Sécurité sociale pour 1999, qui a transformé les CHAA en centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) et les a inclus parmi les établissements médico-sociaux régis par la loi de 1975.

Renforcer les réseaux ville-hôpital

Les moyens hospitaliers doivent être adaptés, que ce soit avec l'alcoologie de liaison, les unités de soins spécialisées, les services d'urgence ou les hôpitaux de jour spécialisés en alcoologie. Les auteurs soulignent l'importance des réseaux « *ville-hôpital-alcool* », et estiment qu'il faut « *créer au moins un réseau de soins alcoologiques par département (ou par zone géographique de 100 000 à 300 000 habitants)* », associant un pôle hospitalier, un pôle ambulatoire spécialisé, et un pôle ville. A l'intérieur de ces réseaux, les fonctions de coordination/animation et de secrétariat « *doivent être soutenues par des moyens financiers adéquats* ». Ils préconisent la création d'un volet alcool dans les SROS, et l'ajout de l'alcoologie au nombre des activités de soins énumérées dans l'article R 712.2 du Code de la santé publique, permettant de planifier les soins, et donc de les optimiser, et proposent, par ailleurs, la mise en place d'une « *politique alcool* » déterminée, par la création, notamment, de consultations d'alcoologie dans les locaux de la police, pour toute personne ayant eu une ivresse publique et manifeste. Des antennes d'alcoologie dans les prisons, en lien avec le dispositif alcool départemental, sont également suggérées.

** Rapport de mission 1998, Les personnes en difficulté avec l'alcool. Usage, usage nocif, dépendance : propositions, collection Dossiers Techniques du CFES, 293 pages, 95 F. Disponible au CFES, 2, rue Auguste Comte, 92170 Vanves.*

Paris : les travailleurs sociaux demandent plus de coopération avec les psychiatres et psychologues

L'association Epsilon, d'études sociales et urbaines, et le Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptées (CREAI) Ile-de-France ont réalisé une enquête sur le dispositif de santé mentale mis en place à Paris pour les allocataires du RMI* qui a été présenté lors d'un séminaire d'épidémiologie organisé par la Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé de la Mairie de Paris. L'enquête a été menée dans quatre secteurs de psychiatrie de la capitale (1^{er}, 2^{ème}, 14^{ème}, 18^{ème}, 20^{ème} arrondissements), les services

Le prochain congrès de l'Union hospitalière du Centre, organisé par le centre hospitalier de Moulins-Yzeure (Allier) les 1^{er} et 2 octobre 1999, portera sur la démarche qualité (évaluation et accréditation) et sur le temps de travail à l'hôpital. L'Union hospitalière du Centre, qui est une composante de la Fédération hospitalière de France, regroupe les administrateurs et directeurs des établissements publics de santé et maisons de retraite publiques des régions Centre, Auvergne et Limousin.

Rens. : Jean-Luc Palma (réservation de stand), tél. : 04 70 35 33 21 ou Mireille Martin (chargée de communication), tél. : 04 70 35 33 76.

correspondants de la Marie de Paris, les cellules d'appui pour l'insertion, 3 associations de suivi des RMistes et 3 associations spécialisées de prise en charge psychiatrique ou psychologique (Solidarité insertion santé, Cellule d'appui psychologique, Elan retrouvé). Au total, 589 questionnaires ont été exploités (282 à partir des services sociaux, 307 à partir des structures psy), complétés par 95 études de cas et 10 entretiens avec des RMistes pris en charge par des structures psy. Les travailleurs sociaux sont globalement preneurs d'un partenariat plus développé avec les « psy », psychiatres et psychologues, notamment pour mieux répondre aux situations « les plus incertaines ou angoissantes ». L'enquête est émaillée d'exemples de personnes agressives, ou refusant toute prise en charge alors que leur état le nécessiterait de façon flagrante.

Certains dispositifs fonctionnent déjà, comme celui de la Cellule d'appui psychologique, mise en place en 1993 par l'Association Espérance Paris pour aider les travailleurs sociaux, mais sont insuffisants pour répondre à la demande. Les travailleurs sociaux demandent « un inventaire précis des structures psy existantes à Paris », centres rattachés aux hôpitaux psychiatriques, associations et psychiatres libéraux adhérents à la Carte Paris Santé et de bénéficier de formation à la gestion des cas.

Les conditions de prise en charge et de fonctionnement de ces structures devront être précisées, chaque structure étant plus ou moins adaptée au cas des personnes : pratique de psychothérapies avec ou sans médicament, prise en charge individuelle par un psychiatre libéral, spécialisation de certaines structures sur des pathologies plus ou moins lourdes... Les travailleurs sociaux demandent, par ailleurs, une amélioration des conditions de fonctionnement des centres médico-psychologiques (CMP) rattachés aux hôpitaux, pour « offrir plus rapidement l'initiation de prises en charge ».

*Epsilon-CREAI, *Etude du dispositif de santé mentale mis en place à Paris pour les allocataires du RMI*, 134 pages.

Imagerie cérébrale : un prix d'un million de dollars remis à Stanislas Dehaene (INSERM/CEA)

La fondation américaine James S. McDonnell a remis un prix d'une valeur de 1 million de dollars (934 600 euros) à Stanislas Dehaene, directeur de recherche à l'INSERM (Unité 134, Interface imagerie fonctionnelle-neurobiologie) et responsable du groupe « imagerie cérébrale des fonctions cognitives » au CEA à Orsay. Les travaux qui seront soutenus par cette bourse concernent, en particulier, la représentation mentale des nombres, en mêlant les approches psychologiques et les méthodes d'imagerie cérébrale fonctionnelle les plus récentes, comme l'IRM fonctionnelle, indiquent le CEA et l'INSERM dans un communiqué commun. La Fondation James S. McDonnell, créée en 1950, alloue environ 20 millions de dollars par an à la recherche biomédicale et comportementale.

Doublement en 5 ans des consultations pour dépression au Royaume-Uni

Selon les statistiques IMS Health le nombre annuel de consultations médicales pour dépression au Royaume-Uni a plus que doublé

entre 1994 et 1998, passant de 4 à 9 millions. Peter Stephens, responsable d'IMS, relève que : « *La dépression est un sujet plus fréquemment abordé et les médias y consacrent de plus en plus de place* ». « *Cela encourage les patients à se tourner vers leur médecin. L'élargissement de la palette de thérapies est un autre facteur d'augmentation* ».

Les statistiques montrent que 60% des patients ayant consulté ont reçu une prescription d'antidépresseur pour une durée inférieure à la durée minimale recommandée de 6 mois, probablement en raison de l'attitude face au traitement, interrompu dès les premiers signes d'amélioration ou dès l'apparition d'effets secondaires. L'analyse de ces données a montré que les généralistes ne prescrivent pas, en général, de tricycliques à une dose thérapeutique. Selon les chiffres concernant l'amitriptyline, la dose quotidienne moyenne prescrite représente la moitié de la posologie recommandée. Les patients de moins de 39 ans sont deux fois plus nombreux à recevoir les 2 principaux inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine que les 2 principaux tricycliques. Cette tendance s'expliquerait par le fait que les ISRS, mis sur le marché après les tricycliques, ont d'abord été prescrits aux nouveaux patients ou à ceux mécontents de leur traitement, plutôt qu'à des patients stabilisés.

« *Il y a quelques cas anecdotiques de généralistes ou de praticiens hospitaliers réticents à prescrire des ISRS chez les personnes les plus âgées, dans la période qui a suivi leur lancement sur le marché* », indique IMS, qui estime les tricycliques ayant un effet de sédation, sont apparus comme plus adaptés pour les patients les plus âgés, plutôt que pour des plus jeunes, mais l'activité croissante de cette tranche de population rend cette position moins pertinente.

Le gouvernement britannique face aux inégalités de santé

Les Inégalités de santé, rapport publié par l'ancien directeur général de la santé Sir Donald Acheson et commandé l'an dernier par le ministère de la Santé, montre, malgré une élévation notable de la croissance et de l'espérance de vie depuis 20 ans, que l'écart entre l'état de santé des plus riches et des pauvres s'est creusé.

Une analyse des décès prématurés montre que, si tous les hommes âgés de 20 à 64 ans avaient le même taux de mortalité que celui des classes élevées, il y aurait 17 000 morts de moins par an. Le taux de mortalité parmi les cadres et professions libérales a baissé de 500 pour 100 000 au début des années 70 à 280/100 000 au début des années 90, alors que celui chez les ouvriers non qualifiés a baissé seulement de 897 à 806/100 000. Le taux de mortalité par maladies cardio-vasculaires, premières causes de décès au Royaume-Uni, est passé de 195 à 81 chez les cadres et professions libérales, mais seulement de 243 à 235 chez les ouvriers non qualifiés. Même constat pour les cancers du poumon (de 41 à 17 chez les uns, 109 à 82 chez les autres), les infarctus (35 à 14 contre 59 à 45), les accidents (23 à 13 contre 67 à 52) et les suicides (16 à 13 contre une hausse de 32 à 47).

Sans se référer à la politique monétariste de Margaret Thatcher, le rapport souligne que la hausse du revenu national de 72% entre 1961 à 1994 masque une disparité importante entre les plus hauts et les plus bas revenus. Il recommande une série de mesures politiques pour venir à bout de ces inégalités et demande que les mesures politiques susceptibles d'avoir un effet sur la santé

soient évaluées au regard de la réduction des inégalités de santé et soient formulées pour favoriser les plus démunis.

Bien que le gouvernement se soit déjà attelé à la réduction des inégalités de santé, certaines recommandations du rapport peuvent apparaître trop radicales face aux objectifs de contrôle des finances publiques affichés par l'équipe de Tony Blair, notent les observateurs. La forte corrélation entre pauvreté et mauvais état de santé a été établie par le précédent directeur général de la santé Sir Douglas Black, pendant les années Thatcher. Son rapport avait été jugé tellement embarrassant que le ministère de la Santé avait renoncé à le publier officiellement. Il avait été diffusé lors d'une conférence de presse non officielle.

Des experts américains se prononcent pour la recherche médicale sur le cannabis

Un groupe d'experts américains désigné par le gouvernement fédéral a émis un avis favorable à la réalisation de recherches cliniques sur les bénéfices thérapeutiques potentiels du cannabis. Mais si les données scientifiques sont nombreuses à suggérer un intérêt thérapeutique potentiel des cannabinoïdes, les preuves d'un bénéfice médical réel sont bien moins convaincantes, estiment les 11 experts réunis par l'Institut de médecine de l'Académie des sciences américaine qui ont passé en revue la littérature scientifique sur les effets physiologiques et les bénéfices cliniques potentiels du cannabis, et ont inclus des témoignages de chercheurs et de patients.

Ils concluent que les principes actifs du cannabis pourraient être utiles pour traiter des troubles tels que la douleur, les nausées, et la perte d'appétit chez les sidéens, ou pour réduire l'anxiété. Cependant, la plupart des études suggèrent qu'il existe des médicaments qui font encore mieux que ce que le cannabis est réputé faire, en particulier pour ce qui est du traitement du glaucome et la prévention des nausées.

Les experts n'ont trouvé aucune preuve permettant de dire que l'utilisation étroitement contrôlée sur le plan médical de la marijuana serait une porte ouverte à une consommation illicite de drogue, que ce soit chez les patients ou, plus largement, dans la société. Ils lancent une mise en garde concernant le fait de fumer du cannabis, étant donné le risque de lésions pulmonaires : « *La marijuana fumée a peu d'avenir en tant que médicament (avec une AMM)* ». Ils estiment cependant qu'un nombre limité d'essais cliniques de courte durée, au maximum 6 mois, et incluant des patients pour qui les risques à long terme sont relativement peu importants, tels que les cancéreux au stade terminal, méritent d'être menés avec le cannabis fumé, pour évaluer son intérêt thérapeutique en attendant la mise au point d'un système d'inhalation plus sûr.

Le responsable de la politique de contrôle des drogues à la Maison Blanche, Barry R. McCaffrey, qui a commandé le rapport, a déclaré qu'il ne s'opposerait pas à des études limitées sur la marijuana fumée, jusqu'à ce qu'un système d'inhalation moins nuisible soit mis au point. Un cannabinoïde, le dronabinol, commercialisé aux Etats-Unis, est utilisé pour stimuler l'appétit des patients atteints du sida et prévenir les nausées et vomissements induits par la chimiothérapie.

■

Informations A.P.M.

LIVRES

Les toxicomanes

Du goût de la drogue au goût de la contrainte

Michèle Kuntz

L'Harmattan

Ce livre se veut être un éloge de la curiosité mais de la curiosité en tant que fil d'ariane d'une démarche qui consiste, dans un premier temps, à isoler deux époques où la drogue noua des liens repérables avec la culture (le XIX^e siècle scientifique et littéraire et la contre-culture des années 1960) et à éclairer les toxicomanies par les analyses que des cliniciens (au premier rang desquels Claude Olivenstein, Jean Bergeret, Philippe Jeammet) ont pu en faire. Au discours sur le toxicomane délinquant et malade répond actuellement une compréhension de l'expérience toxicomaniaque autour de l'agir compris comme une solution, la dépendance se substituant au symptôme. L'organisation dépressive ou les pathologies du narcissisme rendent compte de la majorité des toxicomanies, recomposant une identité défaillante et la bipolarité des soins (contenir l'espace psychique mais en favoriser le déploiement consiste tout aussi bien à aborder le besoin de dépendance tout en demeurant attentif à préserver l'indépendance c'est-à-dire l'identité) car, plus que de souffrance, il s'agit d'une alliance intime de souffrance et de soulagement et « *toute polarisation sur la souffrance supposée du toxicomane fige le soignant dans une position qui lui barre l'accès à toute culture actuelle de l'excès* ». Pour illustrer ces conclusions, des observations éclairent cinq modèles de compréhension des toxicomanies : ceux de la démesure, de l'agir, de la dépressivité, de la dépendance et du risque. Ce livre qui en apprend bien plus que bien des ouvrages qui se veulent définitifs sur le sujet, donne en outre l'essentiel sur les soins en institution ou ambulatoires, la dimension familiale et la prévention.

G. Massé

Le retard scolaire

Retard vrai ou maturité décalée

Guy Vermeil

Ellipses

L'auteur défend la thèse que l'école française commence trop tôt et progresse trop vite pour un tiers au moins des enfants qui entrent à l'école élémentaire à l'âge de 6 ans. Les inégalités des vitesses de développement des enfants normaux sont considérables et généralement méconnues aussi bien par les parents que par les enseignants et responsables du système éducatif. En voulant commencer les apprentissages au même âge pour tous et en imposant à tous la même vitesse de progression dans les acquisitions, on met automatiquement en échec, dès le début de leur scolarité, un grand nombre d'enfants. Pour la plupart d'entre eux, un début retardé, une progression plus lente, adaptée à l'évolution de leur maturation, permettrait une scolarité satisfaisante, simplement décalée d'un, deux ou même trois ans.

Le redoublement de classe est pratiquement le seul dispositif dont dispose le système scolaire pour adapter la progression d'un élève à celle des programmes. L'auteur montre à quel point cette pratique est, non seulement inefficace, mais nuisible. Le système des cycles d'enseignement institué en 1991, qui devait remplacer le découpage des programmes en années scolaires et, par conséquent, réduire fortement le nombre de redoublements, n'est pratiquement pas appliqué.

Introduction

L'Etat de New York a été l'un des premiers, aux Etats-Unis, à introduire en 1977 une loi concernant les procédures d'isolement et de contention des sujets atteints de troubles psychiatriques. Par ailleurs, une évaluation de ces mesures a été effectuée, dans le cadre d'une démarche qualité. Ainsi, en septembre 1995, la *Commission on Quality of Care for the Mentally Disabled* a remis aux législateurs de l'Etat de New York un rapport ayant trait aux lois, règlements et décisions politiques concernant l'utilisation de l'isolement et de la contention en psychiatrie. La Commission a ainsi cherché à répondre à deux questions fondamentales :

1) Est-ce que les lois et règlements de l'Etat de New York, de concert avec les décisions politiques de l'Office de Santé Mentale et des établissements, procurent un encadrement adéquat afin d'assurer un usage sécuritaire et approprié de l'isolement et des contentions en milieu psychiatrique ?

2) Et, si tel n'est pas le cas, quels changements spécifiques devrait-on réaliser concernant les lois, règlements de l'Etat et/ou les décisions politiques de l'Office de Santé Mentale et des établissements ?

Une revue de la littérature pertinente a été réalisée par la Commission : ont été recensés les différentes lois et règlements en vigueur, les standards d'accréditation et les décisions politiques internes des 24 hôpitaux psychiatriques et 101 départements de psychiatrie de l'Etat de New York. Cette méthode de travail a permis de mettre en évidence d'importantes lacunes, compte tenu que les lois et règlements n'avaient pas été révisés depuis près de 20 ans. La Commission a donc estimé fondamental de bénéficier d'un cadre législatif et réglementaire rigoureux régissant l'utilisation des contentions et de l'isolement.

Principes de base proposés par la Commission on Quality of Care for the Mentally Disabled

Des standards détaillés devraient régir l'usage de l'isolement et des contentions :

- Les termes de contention et d'isolement devraient être explicitement définis, et les définitions devraient différencier les contentions mécaniques des traitements médicaux (contention chimique), et l'isolement du retrait affectif.

- Les contentions et l'isolement devraient être utilisés dans l'unique but d'empêcher les patients de se blesser sérieusement ou de blesser les autres. Contention et isolement ne devraient pas être employés comme un moyen de punir, pour la commodité des soignants ou comme substitut de traitement pharmacologique.

- Aucun patient ne devrait être placé en isolement et sous contention simultanément.

- Aucune force excessive ne devrait être employée lors d'une mise en isolement ou sous contention.

- Avant l'utilisation de l'isolement ou des contentions, le patient doit être personnellement examiné par un médecin.

- Les contentions ou l'isolement doivent être limités à deux heures d'affilée.

- L'emploi en urgence des contentions ou de l'isolement ne devrait pas excéder une heure sans une prescription médicale.

- Il devrait y avoir un interdit explicite de prescription téléphonique d'isolement ou de contention.

- Une prescription médicale d'isolement ou de contention devrait spécifier le moyen de contention, la date de début et la date d'arrêt de la mesure, les directives au personnel soignant concernant la surveillance estimée nécessaire par le médecin (fréquence, type).

Réflexions new yorkaises concernant l'utilisation de l'isolement et des contentions en psychiatrie

- L'extension d'une prescription la nuit devrait être restreinte aux patients qui sont éveillés continuellement.

- Un contrôle de la prescription médicamenteuse du patient devra être effectué avant l'usage de l'isolement ou des contentions.

L'emploi de l'isolement et des contentions nécessite que les instructions concernant la sécurité du patient, son bien-être et sa protection contre les blessures lorsqu'il est contenu ou isolé, soient clarifiées et constamment évaluées.

- Isolé ou contenu, le patient devrait être libéré toutes les deux heures, et l'application des mesures ne devrait être à nouveau imposée qu'en cas de réelle nécessité.

- Des protocoles standards explicites concernant les chambres d'isolement devraient pouvoir être disponibles (aspect sécuritaire, environnement, besoin et confort du patient).

- Un équipement médical d'urgence devrait être disponible et le personnel soignant formé à son usage.

- Le médecin prescrivant l'isolement ou la contention devrait discuter de l'épisode avec le patient à la suite de la libération de ce dernier (entretien documenté dans le dossier médical).

- Le traitement du patient et la symptomatologie ayant nécessité son isolement et/ou sa contention devraient être réévalués, à la suite de la décompensation, afin de déterminer si

- Il est nécessaire de documenter également l'utilisation de mesures moins restrictives prescrites précédemment, et dont l'emploi n'a pas été approprié.

- Lors de l'isolement ou de la contention, la description des évaluations faites toutes les quinze minutes par le personnel doit être documentée.

L'utilisation de l'isolement ou des contentions s'intègre dans une évaluation détaillée et dans une démarche qualité régies par les institutions elles-mêmes et l'Office de Santé Mentale.

- Toutes les institutions devraient avoir une évaluation détaillée des mesures d'isolement et de contention, ce qui inclut de disposer d'au moins une évaluation par trimestre réalisée par une équipe formée à cette pratique, et de disposer d'un feedback de la part des patients.

- Une formation du personnel devrait être obligatoire concernant la pratique de l'isolement et de la contention, l'intervention en cas de crise.

- Une validation supplémentaire du traitement des patients isolés et/ou contenus devrait être réalisée par le médecin responsable de l'unité d'hospitalisation au moins une fois par semaine.

- L'Office de Santé Mentale devrait répertorier, tous les deux ans, les mises en isolement et/ou sous contentions effectuées dans l'ensemble des établissements psychiatriques.

Du point de vue des patients

Une enquête sur le point de vue des patients ayant été isolés et/ou contenus a été menée par N. K. Ray, K. J. Myers et M. E. Rappaport au sein des hôpitaux psychiatriques de New York. Les résultats de ce travail montrent que l'utilisation de telles procédures est vécue comme une expérience traumatisante par le malade. Par ailleurs, les auteurs soulignent qu'aucun moyen thérapeutique moins restrictif n'a été employé précédemment. Cet article rapporte les résultats d'une enquête effectuée par la *Commission on Quality of Care for the Mentally Disabled* auprès de 1 040 patients ayant été précédemment hospitalisés en service psychiatrique. Nous nous proposons d'en livrer ici les grandes lignes.

Revue de la littérature

Les cliniciens divergent significativement d'opinion quant à l'utilisation de l'isolement ou de la contention. La plupart des établissements restreignent l'usage de telles procédures aux situations dans lesquelles la personne est dangereuse pour elle-même ou pour les autres. Une minorité de praticiens estime toutefois que ces interventions sont en elles-mêmes dangereuses pour les patients, physiquement et émotionnellement.

Certaines recherches ont bien documenté les importantes variations des modalités d'usage clinique de l'isolement et de la contention : les différences existant entre les taux d'utilisation de certains établissements de soins ne peuvent être liées à une différence de clientèle. En dépit de la reconnaissance de cet état de fait, la littérature est restée quasi-exempte de témoignages de patients vis-à-vis de telles divergences de pratique. Seules quelques recherches visant à connaître le point de vue des usagers concernant l'isolement ont pu être retrouvées, mais aucune ne s'intéresse à la contention.

Ces travaux semblent démontrer que la perception des patients quant aux mesures d'isolement diffère significativement de celle des cliniciens, et renforce l'idée que ces procédures sont perçues négativement par les usagers.

Ces études ont cependant en commun deux biais importants : la plupart d'entre elles don-

Pourcentage des institutions psychiatriques de l'Etat de New York où les recommandations de base en matière d'isolement et de contention sont respectées N = 125

- Les ordonnances d'isolement sont renouvelées toutes les 24 heures	99%
- Le mode d'intervention est inscrit dans le dossier	98%
- Le patient est examiné par un médecin avant que l'isolement ou la contention soient utilisés	98%
- Le patient est vu au moins une fois toutes les 30 minutes	91%
- Le patient est libéré toutes les 2 heures	91%
- Il y a un registre d'isolement et de contention	90%
- L'isolement et la contention ne sont utilisés que dans le but d'empêcher le patient de se faire du mal ou d'en faire aux autres	82%
- Des mesures moins restrictives ont été essayées avant l'utilisation de l'isolement et/ou de la contention, et n'ont pas été probantes	82%
- Présence d'une surveillance pluriquotidienne des constantes vitales du patient	74%
- Apport régulier d'eau au patient	61%
- Formation obligatoire du personnel en matière d'isolement et de contention	60%

New York State Commission on Quality of Care for the Mentally Disabled,
Governance of restraint and seclusion practices by New York Laws, Regulations and Policy, 199

Pourcentage des institutions psychiatriques de l'Etat de New York se référant à une démarche de qualité N = 125

- Formation obligatoire du personnel concernant l'intervention en cas de crise	43%
- Le personnel soignant doit discuter avec le patient de l'épisode d'isolement ou de contention	38%
- Le personnel soignant doit réévaluer un dossier lorsqu'il existe des épisodes répétés d'isolement ou de contention	37%
- Une vérification du traitement est requise avant la mise en isolement ou sous contention	34%
- Une autorisation spéciale est requise pour des durées initiales d'isolement ou de contention de plus de 24 heures	34%
- Le personnel doit prévenir la famille du patient	16%
- L'équipe soignante doit réévaluer le dossier après la mise en isolement ou sous contention	9%
- Le personnel doit rester un temps défini avec le patient lorsque ce dernier est isolé ou contenu	4%
- Le processus d'évaluation doit inclure un feedback de la part du patient concernant l'utilisation de l'isolement ou de la contention	2%

- Une évaluation du confort et des conditions d'hospitalisation des patients isolés et/ou contenus devrait être réalisée toutes les quinze minutes.

- En isolement ou sous contention, les constantes vitales du patient devraient être prises à chaque heure, ou plus fréquemment si le médecin le juge nécessaire.

- Les patients devraient avoir accès à la salle de bains au moins une fois toutes les deux heures lorsqu'ils sont contenus et/ou isolés.

- Les patients isolés et/ou contenus devraient bénéficier de repas appropriés à des heures régulières, et d'eau à chaque heure.

- Les moyens de contention devraient être en bon état et adaptés à la taille de la personne.

une modification thérapeutique est nécessaire ou pas.

L'emploi de l'isolement ou de la contention requiert une documentation et une justification suffisantes de ces pratiques afin d'établir un registre précis et à valeur médico-légale au sein de l'établissement psychiatrique.

- La feuille d'observation spécifique utilisée lors de la mise sous contention ou en isolement doit être documentée dans le dossier médical.

- La nature et les constatations de l'examen médical du patient, réalisé lors de toute prescription initiale ou renouvelée de l'isolement ou de contention, devraient être documentées dans le dossier médical.

nent la parole aux malades alors même qu'ils sont encore hospitalisés, et qu'ils ne sont peut-être pas libres d'exprimer sincèrement leurs pensées et perceptions ; par ailleurs, l'ensemble des travaux a été réalisé à partir d'un petit échantillonnage d'un même hôpital. L'enquête de N. K. Ray et al. est, quant à elle, basée sur un large échantillonnage d'anciens patients provenant de divers établissements (services d'hôpitaux psychiatriques, départements psychiatriques d'hôpitaux généraux, hôpitaux psychiatriques privés).

Les patients

15% des sujets inclus ont rapporté avoir été hospitalisés au sein d'au moins deux établissements différents durant les deux années précédant l'étude. Plus de la moitié des patients (54%, soit 560 individus) ont indiqué avoir été isolés ou contenus au moins une fois durant leur séjour en milieu hospitalier. Les analyses des données montrent, aussi, que les sujets qui ont été hospitalisés au cours des deux dernières années rapportent avoir été isolés ou contenus plus souvent que les autres.

Parmi ces 560 patients, 322 (soit 58%) ont indiqué avoir été mis à la fois en isolement et sous contentions ; 136 (soit 24%) ont uniquement été isolés, et 102 (soit 18%) ont uniquement été contenus.

Résultats

Les résultats indiquent que la vaste majorité des sujets qui ont été isolés ou contenus ont vécu cette expérience de façon négative ; 94% d'entre eux ont émis au moins une plainte concernant ces procédures. Par ailleurs, les commentaires à connotation négative exprimés par ces patients sur le questionnaire étaient 12 fois plus nombreux en moyenne que les commentaires positifs. La critique la plus fréquemment notée porte sur l'aspect prématuré de l'utilisation de ces mesures, jugées non nécessaires et punitives.

En moyenne, les 3/4 des patients (73%) ont estimé ne pas avoir eu de comportement dangereux au moment où l'isolement ou les contentions ont été instaurés. Parmi ces 409 sujets, 297 (73%) ont souligné que l'équipe de soins leur avait signalé que leur conduite était inappropriée, mais le terme de dangerosité n'a jamais été abordé.

Commentaire des usagers :

- *J'ai été mis sous contentions sans que l'on me dise pourquoi.*

- *J'ai été mis sous contentions pendant 19 heures, avec la possibilité d'aller une fois aux toilettes.*

- *J'ai été placé en chambre d'isolement à la*

suite d'un simple désaccord avec l'équipe soignante.

- *J'aurais préféré que l'on me parle au lieu de me mettre sous contentions.*

Discussion des résultats

Trois points importants se dégagent de l'ensemble des réponses.

Premièrement, la plupart des sujets gardent un souvenir négatif de l'expérience d'isolement ou de contention ; plusieurs expriment des plaintes spécifiques concernant les soins, un usage inadéquat de la force de la part des soignants, voire un mauvais traitement.

Deuxièmement, il semble que l'utilisation de l'isolement et/ou de la contention influence de façon négative le souvenir de l'ensemble du séjour hospitalier.

Troisièmement, il semble que ces diverses perceptions soient associées à la conviction que les soignants n'ont pas, au préalable, instauré une mesure moins restrictive que l'isolement ou la contention.

Conclusion

Les auteurs insistent sur le fait que les psychiatres sont, de plus en plus, sensibilisés aux problèmes de non compliance, spécialement concernant les recommandations au traitement en suivi ambulatoire. Ainsi, la non-observance occasionne un risque important de rechute avec réhospitalisation pour des patients ayant la plupart du temps des troubles sévères et handicapants. Il est donc important de souligner que certains aspects de la prise en charge hospitalière tels que l'isolement ou la contention, pouvant affaiblir la confiance du patient, méritent toute notre attention.

Conclusions

L'utilisation de l'isolement et des méthodes de contention existe comme mesure pour maîtriser les patients agités et violents aussi loin que l'on remonte dans l'histoire des maladies mentales. Pourtant, malgré la nature très particulière de ces procédures, peu de travaux y ont été consacrés. Les psychiatres s'y sont pour la plupart intéressés du fait de la multiplication des poursuites civiles. A l'heure actuelle, moins d'une centaine d'articles en langue française traitent de ce sujet, et les principaux ouvrages de psychiatrie ne lui accordent souvent pas plus d'une demi-page. On constate, par ailleurs, que de façon quasi-uniforme les écrits existants ne cherchent pas à bien démarquer l'isolement des mesures de contention dans leurs champs

d'application spécifiques.

Les recherches sur le sujet isolent surtout des variables statistiques (profil du patient, pathologie, circonstances d'application), mais peu s'attardent sur les impacts des mesures sur le malade. Ces travaux, souvent agrémentés de statistiques difficiles à valider, deviennent arides et donnent des conclusions limitées, voire décevantes pour un lecteur à la recherche de données significatives. Dans cette perspective, on s'étonne de ne pas trouver une vision plus « systémique » de l'isolement et de la contention dans leur utilisation et leurs impacts. Une telle vision permettrait de dégager les relations existant entre les patients et le personnel médical d'une part, et entre les patients et leur environnement d'autre part, sur un continuum partant de mesures préventives (pour minimiser l'emploi de l'isolement et des contentions), passant par leur application et allant jusqu'à la révision d'ensemble de ces procédures au sein de l'institution.

Appréhender la fonction, le rôle de l'isolement et de la contention dans l'institution, définir ce qu'on peut en attendre sur le plan thérapeutique ne sont pas une tâche aisée. L'Etat de New York a été, comme nous l'avons vu, un précurseur en la matière, et il semble que les auteurs français commencent depuis quelques années à s'intéresser de plus près au problème posé par l'impact des mesures d'isolement et de contention sur le vécu affectif des patients.

Ainsi, il apparaît que, dans la plupart des cas, ce ne sont pas l'isolement et/ou la contention qui sont critiquables mais les critères de leur mise en oeuvre, l'absence de repérage de leur mode d'action et de leur inscription dans l'histoire du sujet. ■

Jérôme PALAZZOLO*

*Interne DES en Psychiatrie, CHS de la Savoie, BP 1126, 73011 Chambéry cedex, Tél : 06 68 61 97 51. Fax: 04 79 69 40 74

1) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Seclusion and restraint: the psychiatric uses* (Report of the Task Force on the Psychiatric Uses of Seclusion and Restraint), 1984, Washington DC

2) ANDERSON W., REEVES K., *Chemical restraint: an idea whose time has gone*, Administrative Policy in Mental Health, 1991, 18, 205-208

3) BERLAND B. et al., *Patient characteristics associated with the use of mechanical restraints*, Journal of General International Medicine, 1990, 5, 480-485

4) BISHOP A., SCUDDER J., *The practical, moral and personal sense of nursing*, Albany, State University of New York Press, 1990

5) BURSTEN B., *Using mechanical restraints on acutely disturbed psychiatric patients*, Hospital and Community Psychiatry, 1976, 26, 757-759

6) BURTON L. et al., *Mental illness and the use of restraints in nursing homes*, The Gerontologist, 1992, 32, 164-170

7) FISHER W., *Restraint and seclusion: a review of the literature*, American Journal of Psychiatry, 1994, 151, 1584-1591

8) GRIGSON J., *Beyond patient management: the therapeutic use of seclusion and restraint*, Perspectives in Psychiatric Care, 1984, 22, 137-142

9) GUIRGUIS E. T., DUROST H. B., *The role of mechanical restraints in the management of disturbed behavior*, Canadian Psychiatric Association Journal, 1978, 23, 209-218

10) HAY D., CROMWELL R., *Reducing the use of full-leather restraints on an acute adult inpatient ward*, Hospital and Community Psychiatry, 1980, 31, 198-200

11) JOHNSON M. E., *Being restrained: a study of power and powerlessness*, Issues in Mental Health Nursing, 1998, 19, 191-206

12) LION J., *Training for battle: thoughts on managing aggressive patients*, Hospital and Community Psychiatry, 1987, 38, 882-884

13) LION J. et al., *Restraining the violent patient*, Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health Service, 1972, 21, 9-15

14) LOFGREN R. et al., *Mechanical restraints on the medical wards: are protective devices safe?* American Journal of Public Health, 1989, 79, 735-738

15) MOSS R. J., LAPUMA J., *The ethics of mechanical restraints*, Hastings Center Report, 1991, 22-25

16) NEW YORK STATE COMMISSION ON QUALITY OF CARE FOR THE MENTALLY DISABLED, *Governance of restraint and seclusion practices by New York Laws, Regulation and Policy*, 1995

17) NORRIS M., KENNEDY C., *The view from within how patients perceive the seclusion process*, Journal of Psychosocial Nursing, 1992, 30, 3, 7-13

18) PALAZZOLO J., *Isolement et contention: sanctions ou thérapeutiques?* Thèse de Médecine, 1998, Université J. Fourier, Grenoble

19) PALAZZOLO J., *L'isolement de Robert K.: un pas vers une nouvelle naissance?* Psychiatrie Française, n° spécial, 1996, 1-38-142

20) PHILIPS R., NASR S. J., *Seclusion and restraint and prediction of violence*, American Journal of Psychiatry, 1983, 140, 229-232

21) PLUTCHIK R. et al., *Toward a rationale for the seclusion process*, Journal of Nervous and Mental Disease, 1978, 166, 571-579

22) RAMPROGUS V., GIBSON J., *Assessing restraints*, Nursing Times, 1991, 87,45- 47

23) RAPP M., *Chemical restraint*, Canadian Journal of Psychiatry, 1987, 32, 20-21

24) RAY N. K. et al., *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 1996, 20, 1

25) ROBBINS L. et al., *Binding the elderly: a prospective study of the use of mechanical restraints in an acute care hospital*, Journal of the American Geriatric Society, 1987, 35, 290-296

26) ROPER J. M. et al., *Restraints and seclusion: a standard and standard care plan*, Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 1985, 23, 6, 18-23

27) SHERIDAN M. et al., *Precipitants of violence in a psychiatric setting*, Hospital and Community Psychiatry, 1990, 41, 776-780

28) SOLIDAY C., *A comparison of patient and staff attitudes toward seclusion*, Journal of Nervous and Mental Disease, 1985, 173, 282-286

29) STRUMPF N. E., EVANS L. K., *Physical restraint of the hospitalized elderly: perceptions of patients and nurses*, Nursing Research, 1988, 37, 132-137

30) STRUMPF N. E., EVANS L. K., *The ethical problems of prolonged restraint*, Journal of Gerontological Nursing, 1991, 17, 27-30

31) TELINTELO S. et al., *A study of the use of restraint in a psychiatric emergency room*, Hospital and Community Psychiatry, 1983, 34, 164-165

32) TOOKE S., BROWN J., *Perception of seclusion: comparing patient and staff reactions*, Journal of Psychosocial Nursing, 1992, 30, 8, 23-26

Ecole lacanienne de psychanalyse Le lasso spéculaire Une étude traversière de l'unité imaginaire

Guy Le Gaufey
Edition E.P.E.L.

L'auteur donne « à voir » et, comme le titre le laisse entrevoir, il y a bien « noeud »... et jusqu'aux dernières lignes. Mais l'érudition et les savants développements ne doivent pas rebuter : ils invitent à la connaissance et le plan de l'ouvrage ménage une fresque historique où l'esprit du lecteur se laisse emporter comme dans un roman: on ferraille à propos d'images qu'on ne voit pas de la même façon.

Parti de l'idée que le stade du miroir marque le départ de J. Lacan dans l'aventure psychanalytique, mais non comme un événement isolé, l'auteur place ce texte dans un mouvement d'interrogations au sujet de l'image - des regards qu'on porte sur elle - qui remonte... au huitième siècle. Se défendant de faire une somme, l'auteur souhaite « qu'entre les blocs désunis de savoir qu'on va lire, dans l'espace

parfois béant qui les sépare sans même les lier passe aussi le courant d'une unité imprévue ».

La première partie montre la genèse du texte de J. Lacan par rapport aux recherches de Wallon le psychobiologiste, de Husserl le philosophe et les propres textes de Lacan d'avant 1949. L'exploration du texte définitif se conclut par une interrogation sur la ressemblance qui prélude à la Querelle des Images développée dans la seconde partie : « *Devient alors évident le fait que ce stade du miroir généralisé distingue ce que le portrait au contraire tient irréductiblement uni : l'unité (spatiale et divisible) des traits qui composent la face, l'unité (non spatiale et indivisible) de l'expression du regard* ».

L'évocation mouvementée de la querelle permet d'approfondir l'opposition entre le regard de l'inconoclaste, qui redoute l'équivocité de l'image et de son modèle (celle-ci devient innommable) et celui de l'iconoclaste pour qui l'image, dans son homonymie limpide, reste le meilleur des signes. Ce débat sur la nature du signe dans son lien au regard conduit à la notion plus récente de représentation.

La partie qui lui est consacrée est à la recherche d'un sens partant des notions cartésiennes de figure et d'empreinte, puis du Paradoxe sur le comédien de Diderot. Ce détour par une Darstellung conduit à l'étude de la Vorstellung freudienne posant le problème de l'opposition irréductible entre « *le réalisme, qui tiendra d'abord pour existant ce que la représentation représente et l'idéalisme qui, au contraire, tiendra en premier lieu pour existant le sujet par qui il y a de la représentation* ».

A la recherche de l'unité imaginaire, l'auteur revient sur le stade du miroir le généralisant par le schéma optique, dans la dernière partie de son essai. « *L'image spéculaire, quant à elle, présente ceci de troublant dans le cours de son étude : son modèle (le corps, mais plus encore la face) restera totalement hors d'atteinte directe. Le visible absent dont nous avons vu dans l'icône qu'il était la cheville ouvrière entre le visible présent et l'invisible y est réduit à cette face qui devra, d'une façon ou d'une autre, se donner un terme médiat pour se connaître et accéder, ainsi, à la réflexivité qui lui fait défaut à l'entrée du dit stade* ».

J.N. Laemmer

LIVRES

Le sida, comprendre pour mieux lutterAssociation Arcat-sida
Ed. Milan

Le SIDA résumé sous tous ses aspects : épidémiologique, biologique, pratique. Les structures institutionnelles et les mesures de prise en charge sont expliquées. Cette réédition comprend de nombreuses adresses pour les associations de lutte contre le sida à Paris, les sites internet et les centres régionaux d'information et de prévention sida ainsi que les numéros de téléphone des permanences téléphoniques.

Procréer, histoire et représentationsClaude Humeau
Ed. Odile Jacob

La procréation a longtemps été un mystère, source de tabous et de multiples préjugés qui ont tenu lieu de savoir, justifié des techniques et alimenté des fantasmes dont l'auteur fait un historique détaillé en ayant la conviction que « *tous nos problèmes de bioéthique viendront de la discordance de plus en plus grande entre ces deux tendances : l'accélération des techniques de maîtrise de la reproduction et la persistance de croyances irrationnelles, dans un domaine hautement fantasmagorique, naturellement porté vers l'interdit* ». Le passage de la PMA (Procréation médicale Assistée) à l'AMP (Assistance Médicale à la Procréation) inaugure une nouvelle ère, celle où, selon l'auteur, la stérilité pourrait être considérée comme une simple maladie et l'AMP comme son remède.

Allocation régionale de ressources et réduction des inégalités de santéHaut Comité de santé publique
Ed. ENSP

Partant d'une réflexion sur les dispositifs actuels d'allocation régionale des ressources, le Haut Comité de santé publique dresse un rapport sur les enjeux de l'allocation régionale des ressources et présente plusieurs scénarios à mettre en oeuvre pour réduire les inégalités de santé d'une région à l'autre ou renforcer la responsabilité accordée aux régions.

Drogues de paix, drogues de guerreAntoine Boustany
Hachette

Après avoir dressé un panorama de l'usage des drogues dans les différentes civilisations, Antoine Boustany souligne dans un premier temps la permanence du lien qui unit l'homme et les drogues. Chaque individu, chaque peuple, a besoin de substances pour exister et lutter contre l'angoisse inhérente à la condition humaine. Il montre que la consommation de drogues répond à un double usage, médical et culturel. Il insiste sur le rôle du vin dans la Bible, sur son interdiction dans l'islam qui est à l'origine du développement de la consommation du haschisch. Puis, dans un second temps, il dénonce, surtout, la connivence du terrorisme et de la drogue à partir de l'exemple historique des Haschischins (secte israélite, chiite, hérétique du XII^e siècle) et de celui, plus récent, de son expérience personnelle de la guerre du Liban où il créa le premier service de psychiatrie de la toxicomanie de guerre.

Attractions fatales au cœur des neurones

Agrégats protéiques intracytoplasmiques dans la maladie d'Alzheimer et les maladies neurodégénératives

La découverte de mutations dans les gènes fournit une clé pour la pathologie moléculaire des protéines connues pour être impliquées dans une maladie. Voici une décennie, l'identification de mutations dans le gène du précurseur de la protéine β -amyloïde dans des familles atteintes par la maladie d'Alzheimer (AD) a déclenché une explosion de recherches. Parfois cependant, l'identification d'un gène conduit à la mise en cause de protéines auparavant insoupçonnées. L'année dernière a vu se produire des avancées des deux types dans les maladies neurologiques : l'association génétique de la protéine tau, depuis longtemps connue comme la marque caractéristique des cerveaux atteints de la maladie d'Alzheimer, avec une gamme de maladies dégénératives du cerveau, et l'identification d'un gène pour une protéine auparavant insoupçonnée dans la maladie de Parkinson. Un groupe de chercheurs s'est réuni à Paris le 12 avril 1999 au Colloque de printemps de la Fondation Ipsen* pour discuter de l'impact de ces découvertes sur notre compréhension de ces maladies destructives. Ce congrès a été organisé par Virginia Lee et John Trojanowski (Philadelphie, USA), Luc Bulée (Lille) et Yves Christen (Paris).

La protéine tau

La protéine tau est retrouvée dans les cellules normales, où elle aide à maintenir les microtubules qui constituent un système de transport des molécules à l'intérieur de la cellule. Dans la maladie d'Alzheimer, cette maintenance s'interrompt et les cellules nerveuses se remplissent de filaments constitués d'une forme anormale de la protéine tau. Les neurones meurent et disparaissent, laissant des enchevêtrements de filaments dans le cerveau en guise de pierres tombales. La question de savoir si ce processus est une cause ou une conséquence du processus pathologique de la maladie d'Alzheimer a été le sujet d'une controverse longue et acharnée parmi les chercheurs engagés dans ce domaine.

Ceux qui considéraient la protéine tau comme facteur causal ont gagné beaucoup d'assurance avec la découverte, annoncée l'année dernière, de plusieurs mutations dans le gène du chromosome 17 codant la protéine tau. Les mutations sont toutes présentes chez les familles atteintes de démences d'un type connu sous le nom de démences fronto-temporales avec parkinsonisme (FTDP). Ces démences appartiennent à un groupe de maladies dégénératives du cerveau qui comprennent la maladie de Parkinson, les maladies à prions, telles que la maladie de Creutzfeld-Jacob et l'EBS, et la maladie des neurones moteurs, chacune d'entre elles ayant une protéine tau

anormale mais pas de dépôts de protéine amyloïde caractéristiques de la maladie d'Alzheimer (Wilhelmssen, Goedert, Lee). Etant donné que la protéine tau anormale semble être la cause de la dégénérescence de la cellule nerveuse dans toutes ces maladies, elle pourrait bien être également la cause de la maladie d'Alzheimer. L'effet ultime des mutations dans le gène tau est de rendre la protéine tau incapable de se fixer sur les microtubules et de les maintenir. Au lieu de cela, les molécules tau forment des agrégats, remplissant les prolongements des neurones de filaments qui bloquent le transport des molécules. Cependant, il existe trois types de mutation retrouvés dans le gène tau (Hutton, Schellenberg) et la correspondance étroite entre le type de mutation, la forme des filaments tau anormaux et l'emplacement où ils se forment dans le système nerveux fournissent des arguments pour que la protéine tau anormale soit une cause de la FTDP (Goedert, Lee).

Sa fonction

Afin de comprendre comment la protéine tau anormale bouleverse la biologie des cellules nerveuses, des informations sur la protéine tau normale et anormale sont réunies par les études sur les cellules nerveuses en culture (Buée, Mandelkow) et par la production de souris portant le gène tau retrouvé dans les familles atteintes de FTDP (Trojanowski). Enfin, le contrôle cellulaire de la fonction et de la mal fonction de la protéine tau devrait être éclairci, comme ce qui se passe maintenant pour le précurseur de la protéine β -amyloïde. Des preuves récentes montrent que cette protéine, dont le rôle dans la pathologie

de la maladie d'Alzheimer est bien établi, fonctionne normalement comme un régulateur important des contacts synaptiques entre les cellules nerveuses. Elle est transportée le long des prolongements des neurones, avec l'aide d'une autre protéine découverte grâce à une mutation génétique : la préséniline 1 (Beyreuter) permettant son transport correct jusqu'aux synapses. Les défauts de la protéine tau empêchant la fourniture d'APP aux synapses seraient-ils la cause originelle de la dégénérescence de la cellule nerveuse, possibilité qui mettrait d'accord les factions opposées ?

Les corps de Lewy

Une autre découverte, au cours de l'année passée, a été celle des mutations dans un gène lié à une forme rare de maladie de Parkinson qui apparaît à un âge précoce. Les neurones de certains patients atteints de la forme habituelle de la maladie de Parkinson et de certains patients atteints de démence contiennent de petites accumulations appelées corps de Lewy, ainsi que des filaments de protéine tau. Le gène retrouvé dans la maladie d'apparition précoce code l' α -synucléique (Nussbaum, Twatsubo, Goedert) et les mutations altèrent les propriétés de la molécule, ce qui fait qu'elles s'agrègent comme les fines fibrilles retrouvées dans le corps de Lewy (Lansbury). Bien que seulement un faible pourcentage de patients parkinsoniens soient porteurs de ces mutations, la découverte de ce gène fournit une nouvelle approche de la pathologie moléculaire de la maladie de Parkinson. Les mutations sont déjà introduites dans des souris pour fournir un modèle de la maladie (Nussbaum). Outre ces entretiens et discussions, de nombreux posters ont été présentés et ont détaillé les résultats récents de la recherche sur la pathologie génétique et moléculaire, de la maladie d'Alzheimer et des autres affections dégénératives du cerveau. ■

G.M.

*Fondation IPSEN, 24 rue Erlanger, 75781 Paris Cedex 16. Tél.: 01 44 96 10 10. Fax : 01 44 96 11 99.

LE CENTRE DE RECHERCHE ORGANON-RIOM EN PSYCHIATRIE AU LANARKSHIRE

Depuis une dizaine d'années, les techniques de mise au point de nouvelles molécules ont subi de nombreux changements dus, principalement, au développement de systèmes informatisés de plus en plus performants. Les techniques de chimie combinatoire, par exemple, permettent dans un bref laps de temps, la synthèse de dizaines de milliers de composés. Quant aux techniques informatisées de screening, elles facilitent la mesure rapide de l'impact de milliers de molécules sur des cibles pharmacologiques précises (récepteurs, enzymes ou protéines). Le Centre de Recherche récemment créé, situé à Newhouse, Lanarkshire (Ecosse), regroupe l'ensemble des activités de recherche en psychiatrie d'Organon International. Ces activités visent principalement deux domaines : la dépression et la schizophrénie. Dans le cadre de l'investigation du rôle de la sérotonine dans les pathologies dépressives et anxieuses, des études de biologie moléculaire et pharmacologiques récentes suggèrent qu'il existerait 14 sous-récepteurs sérotoninergiques qui jouent un rôle multifonctionnel dans la dépression, tout en intervenant dans la régulation du sommeil, de la vigilance, de la mémoire, de l'appétit, ainsi que dans la conduite sexuelle. Les chercheurs ont isolé certains de ces récepteurs humains. Leur utilisation comme modèles dans le contexte du développement de nouvelles molécules s'avère essentielle pour une optimisation de sélectivité. Actuellement, de nouvelles hypothèses expliquant l'apparition du trouble dépressif sont avancées. Il apparaît de plus en plus évident que le dysfonctionnement des systèmes sérotoninergique et noradrénergique est secondaire à une « vraie cause » de la dépression. Dans la recherche de cette « vraie cause », le dysfonctionnement de l'axe hypothalamohypophyso-surrénalienne offre la possibilité de développer une nouvelle génération d'antidépresseurs et une série d'essais précliniques et cliniques évaluant de telles molécules est en cours.

Dans le traitement de la schizophrénie, les dernières années ont vu l'apparition des antipsychotiques « atypiques », comme la Risperidone, capables d'agir à la fois sur les circuits sérotoninergiques et dopaminergiques et efficaces tant sur les symptômes positifs que sur les symptômes négatifs alors que leur tolérance est nettement meilleure que celle des neuroleptiques classiques. La recherche de nouveaux antagonistes de la sérotonine et de la dopamine continue, une nouvelle substance étant en phase d'essai clinique. Certaines recherches ont pour but d'identifier les gènes responsables d'une susceptibilité accrue de certains sujets pour les maladies mentales et d'en comprendre les conséquences. En collaboration avec les chercheurs de l'Université d'Edinburgh, une étude concerne de nombreuses familles présentant une incidence importante de troubles bipolaires et schizophréniques. ■

G.M.

Le cas de conscience du médecin généraliste

Ed de Santé

Fondateur et actuel président du Groupe de réflexion sur l'éthique médicale au quotidien, appartenant au département Sciences humaines de la Société de formation thérapeutique du généraliste (SFTG), François Baumann propose un certain nombre de réflexions sur l'éthique au quotidien. Au sommaire : le secret médical, le droit à l'information, les limites de l'informatisation, l'économie de la santé, la vérité.

Exceeding expectations*

Ce symposium, qui s'est déroulé sur deux jours, a permis de présenter des données récentes sur le rôle de la rispéridone dans le traitement de la schizophrénie. De nombreuses présentations ont abordé des aspects concernant l'efficacité et la tolérance du Risperdal®, son impact sur la vie quotidienne des patients.

L'efficacité symptomatique du Risperdal®

Les neuroleptiques conventionnels, qui bloquent préférentiellement les récepteurs dopaminergiques D2, améliorent les symptômes positifs de la schizophrénie, mais ont peu d'effets sur les symptômes négatifs et sur les symptômes affectifs. L'arrivée des nouveaux antipsychotiques a constitué, de ce point de vue, un moment particulier dans la prise en charge des patients schizophrènes. Effectivement, ces médicaments agissent aussi sur le système sérotoninergique, dont le rôle dans la schizophrénie a été démontré récemment. Le prototype de ces nouveaux antipsychotiques, la rispéridone, combine, ainsi, un très puissant et antagonisme sérotoninergique 5HT2A prédominant avec un antagonisme dopaminergique D2 modéré.

L'effet clinique a été abordé par trois des premiers intervenants, Robert Conley (Baltimore, E.-U.) et Prakash Masand (New York, E.-U.) ont souligné le fait que la rispéridone montre, dans la plupart des études, une efficacité sur les symptômes positifs au moins égale, sinon supérieure, à celle des neuroleptiques conventionnels. Cette amélioration de la symptomatologie positive est accompagnée de moins d'effets secondaires, ce qui s'avère bénéfique du point de vue de l'observance au traitement. Les données disponibles mettent en évidence une efficacité comparable à celle de la clozapine dans le traitement des schizophrénies résistantes. L'amélioration de la symptomatologie négative a fait l'objet de l'intervention de Samuel J. Keith (Albuquerque, E.-U.). Cette efficacité s'adresse principalement aux symptômes négatifs secondaires et a une influence positive sur le fonctionnement du patient et sur son évolution à long terme.

Des études récentes, citées par Gary Sachs

(Boston, E.-U.), font état d'une nette amélioration des symptômes affectifs (anxiété/dépression, manie) de la schizophrénie chez les patients traités par Risperdal®. Cette amélioration est significativement supérieure à celle des neuroleptiques classiques.

Une posologie optimale pour un minimum d'effets secondaires

Utilisant la tomographie par émission de positrons (TEP), l'équipe de Lars Farde (Stockholm, Suède) a constaté qu'une dose de 4 mg/jour de rispéridone correspond à une occupation des récepteurs D2 de 75%, taux optimal sur le plan thérapeutique pour les patients schizophrènes chroniques. La dose de 4 mg/jour apparaît, donc, comme optimale pour l'initiation du traitement. Ceci est confirmé par des études en pratique clinique courante, dont les résultats montrent qu'aux Etats-Unis la posologie moyenne employée est de 4,7 mg/jour. La concentration plasmatique et cérébrale apparaît très variée en fonction du patient traité. La posologie individuelle optimale de Risperdal® peut, donc, se situer dans une fourchette de 2 à 6 mg/jour. Une dose de 4 à 6 mg/jour correspond à un niveau minimal d'effets secondaires extrapyramidaux (SEP), comme l'a rappelé Siegfried Kasper (Vienne, Autriche) en s'appuyant sur les résultats d'une recherche utilisant la même technique de TEP. L'utilisation de la rispéridone selon une posologie correcte, est donc essentielle, en tenant compte du fait que le bas taux de SEP est un des points forts de cette nouvelle molécule. Effectivement, les études montrent que leur incidence est significativement moins élevée sous rispéridone que sous neuroleptiques conventionnels. Même à des doses de 8 mg/jour, on ne constate aucune différence en termes de taux de SEP entre rispéridone et placebo.

Les dyskinésies tardives sont également moins fréquentes sous rispéridone, ainsi que les autres effets secondaires, non neurologiques, tels la sédation de longue durée, les effets anticholinergiques et cardiovasculaires ou la prise de poids.

LANCEMENT DES ATELIERS DEPRELIEF™ 99*

Avec 12 000 morts environ en 1994, le suicide représente en France un véritable problème de santé publique. Pourtant, longtemps le suicide était resté un sujet tabou sur lequel les pouvoirs publics ne s'étaient pas encore penchés. Ainsi, il manquait des stratégies concrètes et des outils efficaces pouvant améliorer la prévention du suicide. Dans ce contexte, et en réponse aux préoccupations émises par les psychiatres et les médecins généralistes dans la prise en charge des patients dépressifs, les laboratoires Lundbeck ont créé en 1994 DepRelief™.

Ce programme de formation et d'éducation est destiné à améliorer la prévention du suicide, et notamment chez les patients déprimés. Il s'adresse à l'ensemble des acteurs impliqués dans la prise en charge des patients suicidaires et à leur entourage. Effectivement, il est évident que la coopération entre psychiatres, médecins généralistes, instances sociales ou associations d'écouterants est un facteur essentiel de réussite dans la prévention des répétitions des actes suicidaires.

Au sein de ce programme, les Laboratoires Lundbeck avaient mis en place, en 1998, les Ateliers DepRelief™. Ainsi, médecins généralistes et psychiatres pouvaient se réunir pour discuter ensemble de la prévention du suicide sur un programme de 8 heures comprenant 4 modules : « Epidémiologie et facteurs de risque » et « Le désespoir » (programmes interactifs), « Quelles actions entreprendre pour inciter les patients à risque à consulter ? » (groupes de travail) et « Etude de cas cliniques ». Ces quatre programmes existaient en diapositives, en brochures et en cédérom couplés à un système de vote permettant des réunions très interactives. Les réunions étaient encadrées par des questionnaires posant les mêmes questions avant et après l'atelier de façon à en évaluer l'aspect éducatif. L'analyse des questionnaires a pu montrer l'efficacité de ce type de réunions, car 76% de bonnes réponses étaient enregistrées à l'issue de l'atelier (contre 55% avant).

Devant le succès de ces ateliers, les Laboratoires Lundbeck renouvellent ces cycles de réunions en 1999 avec un nouveau programme issu des demandes les plus fréquentes des médecins ayant participé aux ateliers 1998. Cette année, les ateliers seront constitués de 3 modules : « La dépression de la personne âgée : un diagnostic différentiel difficile », « Entretien avec un patient exprimant des idées suicidaires (étude de cas cliniques sur cédérom interactif) » et « Suicide en questions n°4: Le suicide de la Personne Agée ». ■

P.C.

*Conférence de presse organisée par les Laboratoires Lundbeck à Cannes le 1^{er} avril 1999.

Les effets secondaires au quotidien

Le profil de tolérance du Risperdal® se manifeste, dans la vie de tous les jours du patient schizophrène, par une amélioration significative de la qualité de vie subjective. L'effet du changement de traitement, switch de neuroleptiques conventionnels vers la rispéridone, sur la perception subjective, par le patient, des SEP, a été étudiée par Timothy Lambert (Melbourne, Australie). L'étude montre clairement que le changement de traitement pour la rispéridone a pour effet une amélioration des SEP, non seulement d'un point de vue objectif, mais aussi d'un point de vue subjectif.

Michael E.J. Lean (Glasgow, Ecosse) a insisté sur l'importance, dans la vie quotidienne, du gain de poids, effet secondaire des neuroleptiques rarement pris en compte par bon nombre de psychiatres. Même chez les patients dont l'indice de masse corporelle (BMI) reste dans les limites normales, un gain de poids augmente le risque de maladies somatiques. Chez les femmes, par exemple, une prise de poids de seulement 5 kg augmente significativement le risque de développer un diabète ou une maladie cardiaque. L'obésité affecte également profondément l'estime de soi, surtout chez les enfants, les adolescents et les jeunes adultes. Enfin, le gain de poids est très souvent responsable d'une mauvaise observance du traitement antipsychotique. De ce point de vue, la rispéridone présente un avantage évident.

Maintenir l'efficacité à long terme

La plupart des patients souffrant de schizophrénie nécessitent un traitement au long cours. Comme l'a signalé Robert Conley lors de sa deuxième intervention, il est important que les médicaments utilisés dans le traitement de cette affection soient efficaces sur une longue période. Un moyen d'évaluer la persistance de cette efficacité est la prise en

compte du taux de réhospitalisation. Ainsi, au cours de la première année suivant la sortie de l'hôpital, 40% des schizophrènes traités par des neuroleptiques conventionnels sont réhospitalisés.

Il s'est avéré que la rispéridone et la clozapine sont associées à un risque de réhospitalisation très réduit. Une étude menée aux Etats-Unis montre que seulement 17% des patients schizophrènes ou schizo-affectifs traités par rispéridone et 13% de ceux traités par clozapine nécessitent une réhospitalisation dans l'année qui suit leur sortie d'hôpital.

L'amélioration du fonctionnement cognitif

Un certain déficit cognitif est présent chez les schizophrènes tout au long de l'évolution de la maladie, ce qui avait été déjà signalé par Kraepelin et Bleuler, lesquels remarquaient que le déficit cognitif noté lors du premier épisode est équivalent à celui observé après quelques années d'évolution.

Les patients avec déficit cognitif sévère présentent, en général, une évolution moins favorable que ceux qui présentent des déficits cognitifs légers. Les troubles cognitifs se trouvent souvent à l'origine de problèmes fonctionnels, tels des difficultés d'interaction sociale ou des difficultés d'adaptation. Il a été suggéré, comme l'a rappelé en fin de symposium Philip D. Harvey (New-York, E.-U.), que les symptômes négatifs de la schizophrénie sont fortement corrélés à un déficit cognitif important. Des études récentes ont montré qu'un traitement par rispéridone apporte une évidente amélioration sur plusieurs dimensions cognitives chez les patients schizophrènes (mémoire, attention, fonction exécutive, coordination motrice). ■

F.C.

*Symposium International Risperdal organisé par les Laboratoires Janssen-Cilag et Organon, Cannes, 19-20 mars 1999.

CENTRE HOSPITALIER DE NIORT

Situé à 2 heures 20 de Paris (TGV et Autoroute) et à 45 mn de La Rochelle et de Poitiers, recrute



Praticien hospitalier temps plein

pour chacun des trois secteurs de Psychiatrie générale (79 G 01 - 76 G 02 - 79 G 03)

- Psychiatrie d'urgence et de liaison
- Psychiatrie générale avec équipements diversifiés (hôpitaux de jour, CMT, CATIP, appartements, foyers et ateliers thérapeutiques)
- Projets en cours.

Renseignements : M. le Dr Dufour au 05 49 78 38 63 ou M. le Directeur de CH au 05 49 78 20 30

Adresser votre lettre de motivation et votre CV à : M. le Directeur des Ressources Humaines, Centre Hospitalier, 40 av. Charles de Gaulle, 79021 Niort cedex.

LIVRES

Les liens familiaux à l'épreuve du sida Grands-parents, oncles et tantes à nouveau parents

Annick-Camille Dumaret, Pascale Donati

Editions du CTNERHI

Parmi les répercussions du sida des parents sur leur entourage familial, l'implication d'ascendants et collatéraux dans la prise en charge de leurs enfants est une réalité peu visible et méconnue. Considérée comme la solution idéale, le relais familial ne relève pas toujours d'une délégation organisée de l'enfant. Au nom des liens familiaux, son évidence sociale n'est pas mise en doute, mais la notion de devoir et la logique affective sur laquelle il repose contribuent à laisser dans l'ombre les disparités des ressources dont disposent les familles. Cette recherche propose l'analyse d'une situation familiale particulière où des grands-parents, des oncles et tantes accueillent pour un long terme les enfants de parents défaillants ou disparus. Ces accueils s'inscrivent dans le temps long de l'histoire de la maladie des parents et dans les dynamiques relationnelles et affectives préexistantes. C'est au cœur des liens inter et intragénérationnels, et à partir du discours des personnes concernées que sont explorées les multiples facettes de la réalité du relais familial. Au-delà de sa complexité, apparaît la dualité des coûts et des bénéfices pour les personnes impliquées, quel que soit le contexte de crise familiale qui en est l'origine.

Enfance : état des lieux Vietnam. Au cœur de la francophonie

Sous la direction de Charlyne Vasseur-Fauconnet
L'Harmattan

Ce livre est le compte-rendu des échanges et des débats entre quatre vingt spécialistes venus de France, du Canada, d'Algérie, du Cambodge, de Suisse et de plus de trois cents professionnels de l'enfance vietnamiens. Les textes portent témoignage de la franchise des débats, des interrogations sur les réponses à apporter face aux problématiques de l'enfance dans nos sociétés en mutation. Et pourtant, parler des difficultés et de la souffrance des enfants n'est pas si simple car c'est souvent lever des tabous, parler de problèmes qu'une conspiration du silence pousse à taire. Car c'est parler aussi d'un manque de volonté, d'un manque de respect pour les enfants, d'un manque d'éducation et d'information, d'un manque de compréhension et d'actions de la part des travailleurs sociaux, du monde médical, de la police et de la justice, c'est parler également de la pauvreté et de la misère. C'est aussi mettre en lumière l'érosion partout dans le monde des valeurs familiales et communautaires, c'est constater aussi que l'argent rapide est devenu la valeur suprême dont dépendent les relations humaines et sociales aux dépens de la santé, de l'épanouissement et de la dignité de l'enfant. Malgré ces difficultés les participants ont su trouver un langage commun et imaginer de nouvelles formes de coopération en ce domaine. En effet au-delà de ces textes, ces rencontres ont permis de tisser des liens, de réfléchir ensemble à des projets qui ne seraient pas un transfert de connaissances mais une recherche d'enrichissement mutuel.

BIOGRAPHIE (suite)

les tensions que celui-ci a cru percevoir sont sans importance. Il en va de même pour son épouse et ses enfants. Ultérieurement, Freud convient que certaines discordes étaient apparues avec la certitude d'une amitié qui n'a jamais été mise en question, et que lui, Freud, avait des difficultés à montrer son affection. A l'égard du milieu analytique il éprouvait des sentiments ambigus. Quand il a été question de fêter son quatre-vingtième anniversaire, Freud n'a pas voulu de festivités. Pour satisfaire les souhaits que lui soit offert un cadeau, il propose un album avec les photos des membres. Mais aussitôt sa position lui déplaît foncièrement (lettre 640, du 21 juillet 1935) : « ce qui me choque à présent, c'est une monstruosité esthétique, quelque quatre cents portraits de gens laids pour la plupart, et dont j'ignore tout, pour une bonne moitié, tandis qu'un nombre considérable d'entre eux ne veut rien savoir de moi ».

DE L'ESSENTIEL AU SECONDAIRE

Freud était un pragmatique, sa vigilance et sa rigueur ne laissant rien échapper. Relations sociales, conférences et éditions étaient mûrement réfléchies et aucune tâche ne semblait trop ingrate. Une fois qu'il avait édifié une structure, il délégait pour tout vérifier. La situation économique des années vingt étant instable, il consacra plusieurs lettres à vérifier avec Jones les comptes, à transférer des devises, à introduire un code de vérification, à penser à une « retraite » pour sa femme en cas de veuvage, etc... Il demeurait soucieux de voir ses collaborateurs récompensés par un paiement et par un titre. Pour ce qui concerne les patients, il fallait constamment négocier et réévaluer les honoraires. Il exprime son exaspération quand il faut aller en dessous du tarif habituel, surtout quand le patient s'est montré ingrat. Il passe son peu de temps libre à des échanges de courrier afin de régler ce genre de question, ce qui lui fait constater avec résignation qu'il faut d'abord assurer les vivres avant d'avoir des idées.

« L'art vient après le pain » est une devise qui devient une métaphore pour comprendre de nombreux éléments décisifs dans l'histoire freudienne de la psychanalyse. On comprend que des contacts établis et des décisions prises par les nécessités de la vie ne peuvent pas coïncider avec un point de vue purement spéculatif qu'on adopterait aujourd'hui. A l'époque, une démarche éditoriale était nécessaire, consistant à traduire des articles parus dans la *Zeitschrift* et devant paraître en anglais dans *Imago* ; ou encore à fournir un traducteur pour les ouvrages et voir proposer quelqu'un de com-

Répertoire des Bourses et Prix de la Recherche Médicale

Le n°3, édition 1999 est disponible*. Pourquoi un « Répertoire des Bourses et Prix de la Recherche Médicale » ? Sa genèse est venue de la constatation d'un certain désarroi des jeunes médecins devant les difficultés à subvenir aux nécessités de la vie courante durant la préparation d'un DEA, durant une année de disponibilité entre un internat et un clinicat, durant une année de thèse d'Université... Les sources de financement sont diverses : prix, vacations, postes d'accueil à l'INSERM, bourses des sociétés savantes, d'organismes reconnus d'utilité publique, bourses décernées par les laboratoires pharmaceutiques, par les associations de malades... Dans ce répertoire sont colligés 331 prix et bourses. Pour ce qui concerne le financement privé ou mixte, on relève que 6 fondations décernent 10 bourses pour un montant de 1 200 000 F, 38 laboratoires pharmaceutiques décernent 103 bourses pour un montant de 11 660 000 F, 11 autres entreprises privées décernent 18 bourses pour un montant de 3 055 000 F. Le financement privé représente donc en 1999 au moins 15 915 000 F. Pour ce qui concerne le financement public, la classification des bailleurs de fonds apparaît plus difficile à établir. Sachons seulement que sous le vocable de : académies, associations, centre de..., chancelleries, cliniques universitaires, fédérations, fondations, instituts, sociétés savantes, universités, se cachent 66 organismes qui distribueront en 1999 200 bourses et prix pour un montant global de 19 114 000 F.

Le « Répertoire des Bourses et Prix de la Recherche Médicale » apprend donc qu'en 1999, 35 029 000 F seront dépensés pour financer la recherche médicale en France. Ce financement intéresse, bien sûr, tous les médecins et pharmaciens français, et particulièrement les internes, chefs de clinique assistants, praticiens hospitaliers des CHU et leurs chefs de services ; certaines allocations permettant à des chercheurs d'effectuer leurs travaux de recherche à l'étranger, tout comme d'autres allocations financent des séjours en France de médecins étrangers venant faire de la recherche sur notre territoire. ■

B.L.

*Editions Congrès Relation, 82 avenue de la Résistance, 93340 Le Raincy. Tél. : 01 43 81 82 82. Fax : 01 43 02 71 59, au prix de 100 F TTC.

plètement incompétent, déformant sa pensée. Mais il n'avait pas toujours le choix devant faire avec ceux qui sont disponibles et pas toujours expérimentés. Ceux qu'on pouvait juger de façon favorable proviennent toujours de son propre divan ! Freud a mis en évidence tout cela auprès de Jones : on ne peut avoir des humeurs à l'égard de ceux que l'on a analysés (notamment au sujet d'une certaine Mrs Rivière). On accepte sans rechigner pour se faire aider, ou on fait tout soi-même et on n'y arrive pas. Il en est de même pour la qualité de traductions. Mieux vaut pour se faire connaître avoir de traductions imparfaites, alors que le temps presse, que de ne rien avoir. Les droits d'auteurs de *Gradiva* et de *L'interprétation des rêves* étant tombés au bout de dix ans dans les mains d'éditeurs américains, le piratage a eu pour résultat des traductions et des introductions fantaisistes. Jones a alerté Freud pour qu'il réagisse, mais ce dernier n'a pas voulu perdre du temps ni de l'énergie pour un combat sans issue, pensant que le lecteur fera bien la différence entre ces éditions et celles de qualité qui sont à venir.

I. Grubrich-Simitis, connue en France pour avoir, notamment, découvert les textes métaphysiques de Freud, *Vue d'ensemble des névroses de transfert*⁽⁴⁾, cite un passage de Freud qui illustre sa position⁽⁵⁾. Il y compare la déformation d'un texte à un assassinat : une fois passé à l'acte, le plus dur est de se

débarrasser des traces. Il existera toujours un indice, quelque chose qui revient, comme la répétition dans la névrose.

En somme, on a beau déformer le texte, le sens finit toujours par transparaître. Dans la névrose tant qu'elle persiste, le symptôme se manifestera toujours. Par cette attitude, Freud a eu une certaine confiance dans l'intelligence de son lecteur. Jones n'a pas su comment réagir face à cette attitude, s'alarmant d'entendre que Freud se moque de la qualité des traductions. On perçoit la dimension subjective de vouloir transformer cette correspondance en matériel historique. Il ne faut pas oublier que Freud s'adresse à Jones en particulier, ce qui l'amène, peut-être, à affirmer davantage une position en prenant en compte son effet sur la personnalité particulière de Jones. Nous savons des autres correspondances (Binswanger ou Ferenczi, par exemple) que Freud sait de façon spécifique « éduquer » la compréhension de son interlocuteur. Un mot peut varier, selon le destinataire. R. Steiner a raison de mettre en garde, dans son introduction, contre le leurre de vouloir établir une biographie encore plus parfaite qu'auparavant à partir de la correspondance Freud-Jones. Des lettres comportent toujours une part de subjectivité, même s'il s'agit de celles de Freud. Mais ce qui devrait étonner le lecteur, c'est de s'apercevoir comment avec une bonne part de subjectivité Freud a pu organiser autant de travail, travail dont on mesure l'ampleur à partir de cette correspondance. ■

Bibliographie

- (1) WOLF M., *Freud, Binswanger et les suites*, Revue Internationale de Psychopathologie, 1992, 12, p 617-637.
- (2) GRUBRICH-SIMITIS I., *Zürich zu Freuds Texten. Stummen Dokumente sprechen machen*, Frankfurt/M., Fischer, 1993.
- (3) Ibidem. En comparaison avec les lettres en allemand : Meyer-Palmedo I. (éd.), *Briefwechsel Sigmund Freud, Ernest Jones, 1908-1939. Originalwortlaut der in deutsch verfasste Briefe Freuds*, Frankfurt/M., Fischer, 1993.
- (4) FREUD S., *Vue d'ensemble des névroses de transfert* (édit. et commentaire I. Grubrich-Simitis) trad. P. Lacoste, Paris, Gallimard, 1986.
- (5) GRUBRICH-SIMITIS I., op. cit., p 247.

*Mareike Wolf, psychanalyste et Maître de Conférences à l'Université de Caen, nombreux articles dans *Cliniques méditerranéennes*, *Champ psychosomatique* et *Revue Internationale de psychologie*, derniers ouvrages : *Théorie de l'action psychothérapeutique* (PUF, 1995) et *La psychopathologie et ses méthodes* (PUF, « Que sais-je ? », n°3298, 1998).

Centre Hospitalier Spécialisés en psychiatrie de 430 lits et places, fort de 470 collaborateurs, à 5 km de Bar Le Duc dans le Sud de la Meuse, nous recherchons pour notre secteur Psychiatrie Infanto-Juvenile, un

PÉDOPSYCHIATRE H/F (FONCTION PUBLIQUE, MEUSE)

Gérant son emploi du temps en accord avec sa hiérarchie, le titulaire seconde le chef de service du secteur Enfants dans ses missions d'encadrement et intervient en consultation : dans l'établissement (6 lits d'hospitalisation complète et trois lits de nuit), sur l'Hôpital de jour pour une partie des 21 places, au Centre Médico-Psychologique et au Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (2h/jour). Il assure des gardes et des astreintes selon les nécessités du service.

Il pourra développer une activité libérale de deux demi journées par semaine.

Profil : le poste est ouvert à un jeune diplômé comme à un praticien expérimenté Docteur en Médecine spécialisé en Psychiatrie ou titulaire du concours de Praticien Hospitalier Psychiatre.

Merci d'envoyer votre dossier de candidature (lettre manuscrite, CV) à notre Conseil, sous référence PP/ET.

CNPG CONSEIL
10, rue Pergolèse
75782 Paris cedex 16.



LONDRES - VIENNE
HAMBOURG - AMSTERDAM
MILAN - VARSOVIE - ZURICH

Thèses - Mémoires

Le refus d'assistance des sans abris : psychopathologie, attitude pratique.

L'expérience du Samu Social de Paris

Marie-Noël Noirot
Mémoire pour le DES de Psychiatrie,
Paris Sud 1997

L'objectif de ce travail consiste à analyser la psychopathologie du refus d'assistance des sujets vivant dans la rue, et à étudier les conséquences de ce refus. Le groupe de travail « *Psychiatrie et grande exclusion* », réuni en 1995, à la demande du Docteur Xavier Emmanuelli qui était alors secrétaire d'Etat à l'Action humanitaire d'urgence, rappelle dans son rapport « *qu'environ un tiers des personnes en situation de rupture des liens sociaux (famille, amis, travail, loisirs...)* et présentant des troubles psychiatriques ne reçoit aucun soin spécifique ».

Malgré les connaissances acquises sur les caractéristiques de cette population dite « *exclue* », il faut reconnaître que nous ne disposons pas de tous les outils qui permettraient à cette population d'accéder aisément aux soins et, en particulier, aux soins psychiatriques. En attendant, des propositions sont faites dans ce sens, aussi bien dans le cadre de la prévention que dans celui de projets de soins individualisés. Ce travail n'est pas une évaluation épidémiologique de la pathologie mentale des SDF. Plusieurs études tentent de traiter ce sujet, particulièrement difficile, parce qu'il touche une population très hétérogène et en mouvement. Sont déterminés, d'un point de vue clinique, si un trouble mental pouvait être en rapport avec le refus de l'aide proposée.

A travers leur refus, ces personnes se mettent-elles en danger ? La prise en charge psychiatrique devient-elle nécessaire, indispensable ou obligatoire ? Et si oui, comment la mettre en place ? On peut envisager que des soins spécialisés seront nécessaires, pour certains, avant toute tentative de réinsertion. Tout comme la personne qui, isolée et en détresse physique devra recevoir les soins médicaux nécessaires avant d'envisager toute autre assistance.

Trop souvent, les problèmes d'ordre psychiatrique sont renvoyés dans le secteur social. A l'inverse, il convient de ne pas « *psychiatriser* » à outrance les situations d'exclusion qui nous échappent. Engager une rencontre sur le terrain s'avère nécessaire pour apporter des éléments de réponse, analyser les possibilités d'aide et discuter l'accès aux soins lorsque ceux-ci sont indiqués. Les situations auxquelles sont confrontées les équipes du Samu Social de Paris ont permis de repérer des personnes souffrant probablement de troubles psychiatriques et refusant une quelconque assistance. Ces équipes n'étant pas toutes formées à la clinique psychiatrique, une évaluation fut demandée par le Docteur Xavier Emmanuelli. Il s'agissait de mieux apprécier la réalité psychopathologique de cette population et l'attitude de refus qu'elle entraîne.

Dans une première partie, sont présentés le fonctionnement et l'activité du Samu Social de Paris. C'est, en effet, dans le cadre de l'activité de nuit des unités mobiles et à partir des renseignements fournis par les équipes que nous avons réalisé notre enquête. Dans la deuxième partie, l'état actuel des connaissances sur la morbidité psychiatrique dans la population sans abri est présentée à travers les études épidémiologiques retrouvées dans la littérature. Sont détaillées quelques caractéristiques sémiologiques du refus pour les pathologies le plus fréquemment retrouvées et abordés la psychologie du sans abri telle qu'elle est décrite dans la littérature. Dans une troisième partie, la problématique et les mé-

thodes utilisées pour apporter des éléments de réponse aux questions posées sont exposés. Dans une quatrième partie, les résultats sur les caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée et sur les troubles observés précèdent une analyse clinique afin de définir l'origine du refus. Enfin, dans une cinquième partie, l'attitude pratique en psychiatrie face à la difficulté de maintien du lien thérapeutique d'une population en errance et surtout face à la non demande et au refus d'assistance du sujet sans abri est discutée.

L'émergence de l'abord médico-social des populations sans toit stable

Aspect historique, médical, socio-anthropologique, politique et éthique

Jacques Hassin
Doctorat d'Université, Mention Ethique Médicale, Université René Descartes

Cette thèse postule qu'il existe, de façon récente, une modification de la représentation sociale de la grande pauvreté. Un rappel historique permet de mettre en perspective les différentes interactions du vagabondage et de la mendicité sur l'ensemble du corps social. A travers ces approches, les divers « *traitements* » qui en découlent sont envisagés. Est définie ensuite la population étudiée. La méthodologie de la recherche est présentée après un exposé de la problématique. Dans un premier temps, une revue du corpus conceptuel tant philosophique et éthique que sociopolitique ou journalistique est réalisée. A travers cette approche théorique, un essai de clarification sur les notions d'exclusion, de désocialisation, de réinsertion et de théorie étiologique est opéré. Dans un deuxième temps, les résultats de l'étude « *docimologique* » médico-sociale et psychopathologique ainsi que de l'étude biographique sont donnés. Dans un troisième temps l'étude du phénomène de l'errance et de la grande exclusion est abordé sous l'aspect de la vie quotidienne de ces personnes à la rue. Les dispositifs médico-sociaux et la fonction asilaire sont ensuite abordés. En remettant en perspective l'évolution de l'institution hospitalière publique vis-à-vis de ces populations les plus défavorisées, est montré en quoi la création récente de nouveaux dispositifs représente un changement de sens fondamental dans la prise en compte du phénomène de la grande exclusion. Tous ces dispositifs confortent bien la thèse d'une émergence récente, même si le corpus conceptuel remonte à la révolution française, d'une approche pragmatique, de type médico-social de ce phénomène. Enfin, la discussion éthique autour de la notion de responsabilité et de personne humaine permet de donner à cette approche médico-sociale de la grande exclusion, dans le cadre de l'institution, son caractère fondamentalement différent de l'approche coercitive ou caritative.

L'urgence psychiatrique, et après ?

A propos d'une étude rétrospective sur la suivi des patients admis au S.A.U.P. Dolois

Pierre Humeau,
Thèse Médecine, Besançon, 1998

Après avoir rappelé l'évolution des concepts d'urgence psychiatrique et de crise, l'auteur s'attache à rechercher une classification des situations cliniques adaptées à la pratique des services d'urgences psychiatriques. Il évoque l'historique de la mise en place des structures d'accueil avec les diverses réponses proposées aux situations de crise.

L'auteur effectue une étude rétrospective d'un échantillon de patients ayant fréquenté le Service d'Accueil d'Urgences Psychiatriques du Centre Hospitalier Général de Dole durant l'année 1996. Il analyse le suivi psychiatrique antérieur et postérieur à l'admission de ces patients sur une période de trois ans dans les structures intra et extrahospitalières du secteur étudié. Ainsi, il met en évidence les lieux privilégiés du réseau de soins pour le suivi de ces patients utilisant le S.A.U.P. L'auteur conclut sur l'intérêt, les limites et la place du S.A.U.P. dans le réseau de soins psychiatriques du secteur.

Recours aux soins et prise en charge des troubles psychiatriques de l'adolescent

Approche épidémiologique

Isabelle Gasquet
Thèse doctorat Science de la vie, psychopathologie et neurologie des comportements, Paris VI, 1996

La prise en charge psychiatrique ne concerne qu'une minorité des adolescents qui en auraient besoin. L'auteur recherche les facteurs impliqués dans les différentes étapes du processus qui mènent à cette prise en charge. L'hypothèse principale est que d'autres facteurs que la gravité des troubles ou que le type de symptômes déterminent la prise en charge médicalisée des troubles psychiatriques. Ce travail sur des groupes homogènes (quant au type de trouble et quant au type de professionnel consulté) distingue les facteurs liés à la psychopathologie et ceux spécifiquement liés à l'accès aux soins, et permet l'analyse de deux aspects de l'accès aux services :

1/ La consultation médicale (quel que soit le type de médecin) pour un motif psychiatrique spécifique. L'exemple choisi est celui des troubles anxio-dépressifs déclarés par les sujets et objectivés par une échelle d'auto-évaluation (*Six-item Depressive Symptom Scale*).
2/ La consultation des spécialistes (psychiatre ou assistante sociale) dans un groupe à « *haut risque psychiatrique* ».

Les résultats montrent que :

1/ 14% des scolaires ont consulté pour « *dépression ou anxiété* » dans l'année (N = 471). La grande majorité de ces consultations concerne le médecin généraliste et 9% seulement sont adressés vers un professionnel de santé mentale. Cette population consultante se caractérise par des troubles anxio-dépressifs graves, associant une dysphorie, des idées suicidaires et des modifications pondérales importantes. Parmi les facteurs liés à la gravité des troubles anxio-dépressifs, certains sont également des déterminants de l'accès aux soins pour motif psychiatrique (*comorbidité avec des troubles externalisés et avec des troubles somatoformes*), mais d'autres ne le sont pas (*isolement relationnel et problèmes familiaux*).

2/ Parmi les jeunes à « *haut risque psychiatrique* » (9% de la population, N = 727), 25% sont orientés vers un service spécialisé (psychiatrique ou social). L'accès aux services psychiatriques concernant surtout les adolescents qui ont les troubles les plus graves (*cumul de symptômes psycho-comportementaux et association avec des troubles somatoformes*) et qui sont dans une situation familiale spécifique (*problèmes relationnels et parents séparés*). Les services sociaux interviennent aussi souvent que les services de santé mentale auprès d'adolescents à « *haut risque psychiatrique* », même en l'absence de problèmes sociaux. Ainsi, deux filières de soins pour l'accès aux services de santé mentale ont pu être isolées. Soit les jeunes sont directement adressés par le médecin généraliste vers un professionnel de santé mentale, soit les assistantes sociales réfèrent en psychiatrie les cas qui leur sont adressés par les professionnels de santé scolaire.

LIVRES

Béla Grunberger Un psychanalyste dans le siècle

J. Chasseguet-Smirgel, P. Dessuant, A. Ksensée-Peggy, Levine-Nordmann, Marion Michel Oliner, A. Suied
L'Harmattan

Béla Grunberger, psychanalyste français d'origine hongroise, est né en 1903. Il a donc traversé le siècle, pleinement engagé dans ses tumultes. Il a probablement été le premier après la guerre à revisiter le narcissisme alors que son œuvre se donne à lire dans deux livres : *Le Narcissisme* (Payot) et *Narcisse et Anubis* (Des femmes). Béla Grunberger est parti du rôle moteur du narcissisme dans la situation analytique. Demeurant attaché à montrer la face lumineuse de Narcisse, à l'origine des accomplissements les plus élevés de l'homme, mais aussi sa face sombre, soufflant le vent de la haine et de la destruction. A partir du narcissisme, il a proposé deux modèles de fonctionnement psychique représentés l'un par le Christianisme, l'autre par le Judaïsme, démarche présentée dans un ouvrage écrit avec Pierre Dessuant, *Narcissisme, Christianisme, Antisémitisme* (Actes Sud).

La formation

Champ Psychosomatique 1998 n°14
La Pensée sauvage éditions

Malgré les succès des livres de Balint, malgré le nombre important d'exposés, de réunions de conférences et d'expériences à ce sujet, malgré les efforts de l'association Balint, notamment, et de l'Association internationale de psychodrame Balint, relativement peu de médecins sont passés par cette formation. Les interrogations sont nombreuses et ne concernent pas que la réception du message formateur par d'éventuels usagers, mais aussi la théorie et la pratique même de cette formation. Dans ce numéro G. Raimbault s'interroge sur l'existence d'une théorie de la formation et rappelle l'importance des deux discours, celui du soignant et celui du soigné. Bruère-Dawson s'interroge sur les différences existant entre enseignement et formation tandis que J. Delahousse brosse un tableau d'ensemble, pessimiste, sur l'état de la psychiatrie hospitalière et donc sur l'impact de cet état sur la formation. G. Even s'interroge sur le sens même de la formation avant d'analyser le groupe Balint, tandis que M. Hadjetlaché décrit la Relaxation à Inductions Variable, en groupe, et son rôle formateur.

De son côté, F. Berton décrit et analyse le Psychodrame Balint tel que Anne Cain l'a transmis. M. Saphir termine enfin cette présentation par un bref rappel de la situation médicale et des difficultés de la Formation à la Relation.

Dépression et chemins de vie XXXI^e Congrès de la Société Française de Sophrologie

L'Harmattan

Les actes du Congrès de décembre 1997 de la S.F.S. reflètent l'ouverture des psychothérapies actuelles capables de se rencontrer en associant sophrologues, psychanalystes, philosophes phénoménologues, somatothérapeutes, psychosomatiques et comportementalistes. Les dépressions sont traitées dans leur diversité et dans leur potentiel thérapeutique, en proposant une synthèse facilitée par une approche phénoménologique entre les méthodes propres à la sophrologie et les voies de l'inconscient qui ont été ouvertes par les écoles psychanalytiques.

LIVRES

Sourds et soignants, deux mondes, une médecineJean Dagrón
Editions In Press

La société commence à entendre les Sourds. A la demande du Premier ministre Lionel Jospin, Dominique Gillot, députée du Val d'Oise a rédigé un rapport sur « Le droit des sourds » pour améliorer l'insertion sociale des Sourds. Pour appuyer ces mesures, 2 000 Sourds ont manifesté au Trocadéro le 27 février dernier, revendiquant le recours aux soins à égalité avec le reste de la population, dans leur langage, c'est-à-dire dans la langue des signes. L'ouvrage dresse un état des lieux et souligne les dangers épidémiologiques potentiels d'un maintien à l'écart d'une population, mais présente aussi des pistes encourageantes, comme l'initiative menée à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière (équipe d'accueil en langage des signes).

**Soigner en psychiatrie
Entre violence et vulnérabilité**Madeleine Monceau
Gaétan Morin éditeur

Si la violence dans les hôpitaux psychiatriques correspond à un thème ancien qui a déjà fait l'objet de nombreuses dénonciations, la violence dont il est question ici, celle des soignés sur les soignants, relève d'une réalité peu traitée jusque-là. Elle fait même figure de paradoxe, dans un lieu où la coercition est justement exercée par ceux qui apparaissent ici victimes de corps à corps suffisamment violents pour donner lieu à des accidents de travail reconnus. D'autant que cette violence se situe dans un contexte aujourd'hui plus ouvert à la notion de citoyenneté des patients, où l'hospitalisation se fait majoritairement à leur demande, pour des séjours libres et de plus courte durée. Pour l'auteur, la vulnérabilité nouvelle du corps infirmier, confronté de tout temps à la maîtrise de la déraison, renvoie en grande partie au positionnement et aux orientations actuelles de la profession infirmière, sources de décalages identitaires. La fonction d'autorité par exemple n'est ni enseignée, ni mise en situation aujourd'hui. Pour appuyer sa démonstration, l'auteur procède à l'observation attentive d'un hôpital donné, élargie à l'ensemble des établissements français de psychiatrie publique. Volontairement orientée en direction de professionnels exerçant en psychiatrie, soignants ou gestionnaires, l'analyse présentée propose une représentation non fataliste de la violence envisagée principalement comme un défi pour les établissements hospitaliers concernés.

**Formulaires administratifs
Certificats médicaux**M.-C. Roure-Mariotti
2^e édition mise à jour
Masson

Cet abrégé précise les règles générales de fond et de forme applicables à l'écrit médical, les responsabilités encourues par le médecin, les documents destinés aux organismes sociaux (certificats médicaux obligatoires et pour faire-valoir, ordonnances, imprimés pour l'obtention de prestations sociales), les documents destinés aux organismes publics (municipalité, justice, action sanitaire et sociale, armée, fonction publique,...) comme les documents réservés à l'usage privé (dans le contexte professionnel, dans le cadre d'assurances privées...).

ANNONCES EN BREF

29 mai 1999. Paris. Colloque organisé par la Fondation de France et la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs sur le thème : *Famille-soignants : une solidarité nouvelle face à la maladie grave et à la fin de vie.* Renseignements : Comm Santé, 51 route du Port de l'Homme, 33360 Latresne-Bordeaux. Tél. : 05 57 97 19 19.

1 au 3 juin 1999. Lorquin. 23^{ème} festival du film vidéo psy de Lorquin. Renseignements et inscriptions : Association Festival Psy, CH Lorquin, 57790 Moselle. Tél. : 03 87 23 14 12. Fax : 03 87 23 15 84.

4 au 6 juin 1999. Lorient. Congrès National 1999. XXXII^{èmes} Journées d'études annuelles de l'UNAFAM sur le thème : *L'image de la personne malade psychique à travers les sociétés.* Informations et réservations : UNAFAM Congrès 99, B.P. 257, 56102 Lorient Cedex. Tél. : 02 97 84 97 71. Fax : 02 97 64 38 35.

5 juin 1999. Strasbourg. 4^{èmes} Journées Européennes des Unités d'Hospitalisation mère-bébé en psychiatrie (Pr Bursztejn, Pr Kumar), sur le thème : *Soins relationnels précoces et prévention de la maltraitance infantile.* Renseignements et inscriptions : Mme Hummel, secrétariat intersecteurs de Psychiatrie infantile, Centre hospitalier Brumath. Tél. et Fax : 03 88 51 98 64.

5 et 6 juin 1999. Paris. Journée d'étude de l'Association freudienne internationale sur le thème : *Maud Mannoni, institution et exclusion.* Inscription : Association freudienne internationale, 15 rue Bouchardon, 75010 Paris. Tél. : 01 42 02 56 60. Fax : 01 42 02 56 61. E-mail : as.freud.internat@hol.fr. <http://www.oceanet.tm.fr/afi>.

5 et 6 juin 1999. Aix-en-Provence. Colloque *Ethologie et Maladie d'Alzheimer.* Renseignements : Centre de Neurologie et de Rhumatologie St-Thomas, 36 cours des Arts et Métiers, 13100 Aix-en-Provence. Tél. : 04 42 23 40 25. Fax : 04 42 63 13 89.

10 et 11 juin 1999. Saint-Etienne. 7^{ème} Congrès de l'Association Francophone des droits de l'homme âgé sur le thème : *Vulnérabilité et droit au risque.* Renseignements : OSPA, Congrès AFDHA, 28 rue Louis Braille, 42000 Saint-Etienne. Tél. : 04 77 47 40 50. Fax : 04 77 47 40 59.

10 et 11 juin 1999. Paris. Journée d'étude organisée par Les Séminaires Psychanalytiques de Paris sur le thème : *Comment écouter un enfant ?* Renseignements : Laurence Bailly. Tél. : 01 46 47 66 04.

10 et 11 juin 1999. Poitiers. 19^{èmes} Journées des Hôpitaux de jour gériatriques sur le thème : *La mémoire.* Renseignements : Dr. Ph. Thomas, Centre de Gériatrie, 86036 Poitiers Cedex. Tél. : 05 49 44 43 89. Fax : 05 49 01 83 55.

11 et 12 juin 1999. Paris. Colloque de l'association Pratiques de la Folie « *Experts de l'intime* ». Renseignements : Association Pratiques de la Folie, 1 avenue Aristide Briand, 91200 Athis Mons. Tél. : 01 69 38 18 12. Fax : 01 69 57 00 90.

11 au 13 juin 1999. Auxerre. 7^{ème} Congrès de Psychothérapie de Groupe d'enfants (B. Brusset, J.F. Rabain, F. Sacco), sur le thème : *Destins de la sexualité dans les groupes.* Renseignements et inscriptions : CIRPPA, 15 avenue du Général Rollet, 89000 Auxerre. Tél. : 03 86 48 23 08. Fax : 03 86 46 50 03.

16 juin 1999. Paris. Centenaire de la Société Française de Neurologie : *Histoire de la Société Française de Neurologie*, « *Grands Débats* » passés et actuels. Renseignements : BCA, 6 bld du Général Leclerc, 92115 Clichy Cedex. Tél. : 01 41 06 67 70. Fax : 01 41 06 67 79. E-mail : b-c-a@worldnet.fr.

17 au 18 juin 1999. Bergame (Italie). VIth European Symposium on Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology. Renseignements : Pr. Facchinetti, Dept Gynaecology, Obstetrics and Pediatric Sciences, University of Modena and Reggio Emilia, Via del Pozzo 71, 41100 Modena, Italie. Tél. : 39 059 422 512. Fax : 39 059 424 394. E-mail : facchi@unimo.it.

22 et 23 juin 1999. Lyon. Séminaire Francophone interdisciplinaire sur le thème : *Concept de démence sénile : rencontre avec des auteurs.* Renseignements : Service de Formation Continue de l'Institut de Psychologie, 16 quai Claude Bernard, 69365 Lyon Cedex 07. Tél. : 04 72 73 06 18. Fax : 04 72 69 72 79.

4 au 8 juillet 1999. Vienne. 2^{ème} Congrès mondial de psychothérapie sur le thème : *Mythe, rêve et réalité.* Renseignements : WCP-Head Office, Rosebursenstrasse 8/3/8, A-1010 Vienne, Autriche. Tél. : 431 512 04 44. Fax : 431 512 05 70. E-mail : wpc.office@psychotherapie.at.

4 au 9 juillet 1999. Rome. 6th Congress of Psychology. *European Metamorphosis. The Task of Psychology.* Renseignements : VIth European Congress of Psychology, Dipartimento di Psicologia, Loc. Sa Duchessa, 09123 Cagliari, Italie. Tél. : 39 70 29104. Fax : 39 70 29104.

19 au 24 juillet 1999. Amsterdam. XVI^e Congrès de la Société Internationale de Rorschach. Renseignements : Vrije Universiteit, Conference Service, De Boelelaan 1105, 1081 HV Amsterdam, The Netherlands. Tél. : 31 20 444 57 90. Fax : 31 20 444 58 25.

30 septembre au 20 octobre 1999. Caen. 5^e Réunion Francophone sur la Maladie d'Alzheimer et les Syndromes apparentés. Renseignements : Alliance médicale et Scientifique, 11 bld Henri IV, 34000 Montpellier. Tél. : 04 67 61 94 14. Fax : 04 67 63 43 95. E-mail : mail@ams.fr.

7 au 9 octobre 1999. Marseille. XXIX^e Journées Nationales de la Psychiatrie Privée « *Filiations* ». Secrétariat scientifique : Association Française des Psychiatres d'Exercice Privé (AFPEP), 141 rue de Charenton, 75012 Paris. Tél. : 01 43 46 25 55. Fax : 01 43 46 25 56. E-mail : info@afpep-snp.org.

15 octobre 1999. Marseille. Journée thématique sur le thème : *Le travail en réseau dans le dispositif de prise en charge des adolescents.* Secrétariat scientifique : Mme C. Dermardirossian, Service du Pr Rufo, Centre Médico-psychologique de l'Enfant et de sa Famille, CHU Sainte-Marguerite, 13274 Marseille Cedex. Tél. : 04 91 74 42 95. Fax : 04 91 74 46 09.

15 et 16 octobre 1999. Saint-Malo. 3^{ème} Colloque de pédopsychiatrie sur le thème : *Les médiations thérapeutiques à l'hôpital de jour*, organisé par ASCAP, Fédération d'aide à la Santé Mentale Croix Marine. Renseignements et inscriptions : Dr A. Crochette, CMPI, 9 rue de la Préjentaie, 22100 Dinan. Tél. : 02 96 85 10 30. Fax : 02 96 39 81 95.

15 et 16 octobre 1999. Paris. Colloque international par l'APRTF et le CECCOD sur le thème : *Qu'est-ce qui fait bouger les individus, les couples, les familles ?* Renseignements : Association Parisienne de Recherche et de Travail avec les Familles, 8 rue Edouard Lockroy, 75011 Paris. Tél. : 01 43 38 16 98. Fax : 01 49 29 09 57.

13 au 15 octobre 1999. Montréal. 4^{ème} Congrès international de l'OSDE. *Les enfants et la violence : nos responsabilités individuelles, familiales et collectives.* Renseignements : Organisation pour la Sauvegarde des Droits des enfants, 5167 Jean-Talon est, suite 370, Montréal, Québec, Canada H1S 1K8. Tél. : 514 593-4303. Web : <http://www.osde.ca>.

20 au 22 octobre 1999. Lyon. Colloque international pluridisciplinaire sur L'architecture et la Pensée : *Architecture de la Pensée, Pensée de l'Architecture.* Renseignements : Secrétariat scientifique : Dr M. Attia, Hôpital Saint-Jean de Dieu, 290 route de Vienne, 69373 Lyon Cedex 08. Tél. : 04 78 09 78 27. Fax : 04 78 77 96 67.

21 au 24 octobre 1999. Paris. 3^e Colloque international transdisciplinaire de l'ARAPS : *Les saisissements du Politique, Scènes et Fictions.* Renseignements : Mme M. Cadorret, Associations Rencontres Anthropologie Psychanalyse et Recherches sur les Processus de Socialisation, ARAPS, 8 rue de Bièvre, 75005 Paris. Tél. : 01 43 25 28 90. Fax : 01 56 24 07 57.

21 au 24 octobre 1999. Baltimore, USA. Annual Meeting of the American Academy of Psychiatry and the Law, AAPL. Renseignements : Mrs J.-T. Coleman, American Academy of Psychiatry and the Law, AAPL, One Regency Drive, PO Box 30, Bloomfield, Connecticut, USA. Tél. : 1 860 242 5450. Fax : 1 860 286 0787.

LE JOURNAL

DE

NERVURE

S'abonner

pour recevoir la formule complète :

REVUE + JOURNAL

+ FORMATION MÉDICALE CONTINUE

300 F* pour un an • 500 F* pour 2 ans (10 numéros par an)

*supplément étranger et DOM//Tom • 200F/an

Je m'abonne pour :

 1an 2 ans

Nom :

Prénom :

Adresse :

CHÈQUE À L'ORDRE DE MAXMED à envoyer avec ce bulletin, 54 boulevard de la Tour Maubourg, 75007 Paris.

 Je souhaite recevoir une facture acquittée justifiant de mon abonnement