

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 XIII - Mai 2000

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

BIOGRAPHIE

La psychologie historique dans l'indifférence des psychologues (1940-1980)**

Françoise Parot*

LIVRES

Précis de victimologie générale

Jean Audet
 Jean François Katz
 Dunod

La société actuelle s'occupe activement des délinquants et autres déviants sociaux, soucieuse qu'elle est d'offrir l'image la plus lisse possible d'elle-même. Tout à sa hâte de les cacher, les exclure, les juger, les réinsérer ou bien d'en déclarer l'irresponsabilité pénale, elle en a oublié la notion de victime. Historiquement, la victime consentante ou non avait un rôle rédempteur dans les civilisations anciennes. Elle était sacrifiée dans un but cathartique quand survenait une situation de crise et permettait au reste de la communauté de reprendre tranquillement le cours de ses activités. Aujourd'hui, être victime c'est avoir souffert à cause de l'autre et bien souvent, c'est vivre dans la honte, la culpabilité au mieux l'indifférence. Le « *malheur aux vaincus* » des Romains demeure bien d'actualité. Pourtant, la victime souffre et souhaiterait faire reconnaître, sinon partager, cette souffrance avec un entourage souvent rétif, frieux, ou lui-même dépassé.

Cet ouvrage de synthèse définit les notions de victime et de victimologie, présente les différents types de traumatismes et étudie les conséquences psychopathologiques de ceux-ci et leur impact sur la psychologie des victimes. La dernière partie de ce livre est consacrée à la reconnaissance du statut de victime et à la réparation qui passe souvent par une indemnisation. Ce précis est le trait d'union, le fil conducteur pouvant guider les professionnels médicaux, psychologues, administratifs et juridiques dans la compréhension et l'accompagnement des victimes.

Françoise Le Coz

L'Afrique à l'épreuve du sida

Sami Tchak
 L'Harmattan

Le sexe, dans sa dimension la plus élémentaire, devient une chose sérieuse, grave, surtout en Afrique. Principal vecteur du fléau actuel, le sida, qui touche toutes les couches sociales, il met encore plus en évidence certaines conditions et faiblesses des systèmes politiques, sociaux, économiques dans ce continent. Autour des notions de *sexe*, *risque sexuel* et *cursus sexuel*, Sami Tchak analyse cette réalité en la mettant en rapport avec la misère, les croyances ancestrales et les guerres.

LA RUPTURE

Le monde, lentement, va détourner Meyerson de ses préoccupations théoriques. Déjà en 1933, quand les nazis prennent le pouvoir en Allemagne, Meyerson aide, avec Geneviève Bianquis, les universitaires qui veulent s'expatrier. Le 27 avril, Meyerson, en tant que Secrétaire Général de la Société de Psychologie fait part aux membres de cette société de « *la situation d'intellectuels allemands exilés parmi lesquels se trouvent quelques psychologues et philosophes* » et se pose la question : comment leur venir en aide ? On décide de contacter à cette fin la Société de Philosophie et la Ligue d'Education Morale. Ce sera la seule intervention à la Société de Psychologie sur cette question. En 1940-1941, alors que Meyerson aura quitté Paris et que Guillaume assurera (avec J. Delay comme vice-président) la présidence de la Société autorisée à reprendre ses activités, celle-ci prendra le nom qu'elle a encore aujourd'hui de *Société Française de Psychologie*.

Meyerson est juif. Il quitte Paris en juin et rejoint Toulouse où il est détaché par l'EPHE pour enseigner la psychologie à la Faculté des Lettres. Mais bien vite les lois raciales de Vichy le font révoquer de son enseignement ; c'est dans la clandestinité qu'il continue ses cours. Cette année-là, il rencontre Jean-Pierre Vernant, nommé professeur au Lycée Fermat de Toulouse. Meyerson crée la Société Toulousaine d'Etudes Psychologiques qui, jusqu'à l'entrée des Allemands en zone non occupée, constitue un centre de travail intellectuel libre. Meyerson y organise, le 23 juin 1941, un Colloque d'Histoire du Travail et des Techniques, auquel participent parmi bien d'autres G. Friedmann ou A. Lalande ; M. Bloch présente une contribution intitulée *Les transformations des techniques comme problème de psychologie collective* ; Febvre et Mauss ont envoyé une communication puisqu'ils ne peuvent franchir la ligne de démarcation (*Évolution d'un mot et d'une idée pour Febvre, Les techniques et la technologie pour Mauss*). L'ambition de ce colloque était d'étudier « *l'histoire de l'effort spirituel et matériel de l'homme et, de façon plus générale, l'histoire de l'homme naturel et social* »⁽⁴⁰⁾. Il y a là, sans doute, le germe de ce que Meyerson construira après la guerre : le Centre de Psychologie Comparative. Mais, dès novembre 1942, Meyerson entre dans la clandestinité, « *dans le brouillard* »⁽⁴¹⁾ et quand

les Allemands se rendent à son domicile toulousain pour l'arrêter, il est déjà parti. Il s'appelle désormais le lieutenant-colonel Monfort dans la Résistance, dirige le bulletin de liaison que l'Armée secrète des neuf départements du Sud-Ouest diffuse.

Ces années-là sont évidemment terribles. Les quelques lettres qu'il parvient à échanger avec les uns ou les autres, celles de Mauss par exemple, témoignent de ce qui est en train de se perdre, irrémédiablement, de ce qui ne reviendra plus. Sa famille polonaise est dramatiquement touchée. Bloch est torturé et fusillé en 1944, Halbwachs déporté et mort en 1945 à Buchenwald. D'autres sont tombés, d'autres sont diminués. Granet, spécialiste de la Chine que Meyerson a beaucoup publié dans le *Journal*, s'éteint d'un coup, fin 1940, après un entretien au Ministère de l'Instruction publique de Vichy⁽⁴²⁾. Les atrocités ont changé le monde, le regard.

La psychologie elle, sans peut-être que Meyer-

gnent d'ailleurs plus dès l'année 41-42, pas plus qu'Henri Wallon, révoqué pour activité anti-nationale. En mars 43, l'assemblée des professeurs discute de l'emploi des crédits précédemment affectés à la chaire de sociologie. Febvre propose une chaire d'histoire de l'humanisme européen, Gilson une chaire d'histoire des sciences morales à l'époque moderne et Piéron, professeur de physiologie des sensations, une chaire de psychologie collective ; la proposition de Piéron l'emporte au second tour de scrutin. Et toujours grâce au soutien élogieux de Piéron, c'est Maurice Halbwachs, qui obtient cette chaire en février 1944⁽⁴³⁾. Mais Piéron a finement joué la carte de sa psychologie : Halbwachs en effet est un sociologue et dès lors sa promotion et celle de la discipline qu'il doit enseigner écarte le danger, pour les psychologues, de voir leur discipline se fondre dans les sciences sociales. Si les sociologues s'occupent de psychologie collective, les psychologues peuvent délaisser ce domaine.

A la fin de la guerre, Meyerson sait que, sans thèse d'État, il ne peut obtenir à Paris un poste de Professeur dans une Faculté des Lettres. Il lui faut se soumettre à cet exercice un peu convenu, qu'il n'affectionne pas particulièrement et rédiger au plus vite un exposé de sa conception de la psychologie. Tout est prêt sans doute, tout a déjà été élaboré lentement, consciencieusement, mais il aurait voulu y travailler encore. Il s'attèle à la tâche alors qu'il a repris son enseignement à la Faculté de

Toulouse, où il sera nommé Professeur en 1948, une fois la thèse soutenue. Meyerson a soixante ans, lors de la soutenance fin 47 de cette thèse dédiée à Seignobos et, comme un jeune étudiant, il semble qu'il soit très impressionné par l'exercice devant un jury composé de P. Guillaume, d'E. Souriau (professeur de philosophe à la Sorbonne et directeur de la *Revue d'esthétique* avec Ch. Lalo), M. Poyer, A. Bayet et présidé par G. Laporte.

En 1947 précisément, Paul Guillaume prend sa retraite et laisse un poste vacant. Meyerson, naturellement, fait candidature à la succession de celui qui est son ami et son colla-

* Maître de conférences à l'Université Paris V, chercheur-associée au Centre de Recherches Epistémologiques et Historiques sur les Sciences Exactes et les Institutions Scientifiques (CNRS/Paris VII).

**Ce texte est la suite de celui présenté dans le précédent Journal de Nervure : *Ignace Meyerson et la promotion de la psychologie historique (1910-1940)*



Ignace Meyerson avec Jean Piaget

son en fût très conscient, ou sans qu'il s'y intéressât vraiment, la psychologie a continué son chemin ; guidée par Piéron, avec dans son sillage celui qu'il protégea toujours, Henri Wallon. Avec ce dernier et avec Langevin, Piéron est à la Libération l'artisan du plan de réforme de l'enseignement dit « Langevin-Wallon » (pour des raisons politiques). Certes, ce plan restera lettre morte, mais cette présence de Piéron signe l'étendue de son pouvoir. Partout, il réorganisera ce que le désastre a écrasé pour infléchir le cours des choses en psychologie, pour terrasser les penchants fâcheux qui la fourvoient hors de la science positive,

L'action de Piéron pendant la période de la guerre n'est pas totalement négative à l'égard de la psychologie collective que, dans les années 20, tous appelaient de leurs vœux. En juin 41, Mauss est mis à la retraite de sa chaire de sociologie du Collège de France, comme il l'a souhaité ; ses collègues juifs n'y ensei-

LIVRES

Les Hamadcha
Une étude d'ethnopsychiatrie marocaine

Vincent Crapanzano

Les Empêcheurs de penser en rond

Les Hamadcha sont membres d'un ordre (ou confrérie) religieux relativement organisé qui fait remonter son héritage spirituel à deux saints marocains de la fin du XVII^e et du début du XVIII^e siècle. En dépit d'une certaine célébrité due à ce qu'ils se taillent la tête et ont d'autres pratiques d'automutilation, les Hamadcha n'ont fait, comparés aux autres confréries, l'objet que de peu d'études, ethnographiques ou autres. Cela est, sans doute, dû moins à une réserve ou à un manque de coopération de leur part qu'à leur insignifiance politique et au fait qu'ils ont été éclipsés par des confréries plus importantes et plus spectaculaires.

Clinique de l'origine
L'enfant entre la médecine et la psychanalyse

François Ansermet

Coll. Psyché

Ed. Payot

« D'où viennent les enfants ? », se demande F. Ansermet ; l'apparente naïveté de la question pourrait prêter à sourire, si l'on occultait le mystère insondable qu'elle révèle. « Naître ou mourir, on manque de représentation. On vient d'un lieu où on n'était pas et on transporte toujours avec soi le trouble de sa propre conception » : c'est dire que cette énigme restera irréductible aux explications scientifiques, à toute tentative de rationalisation, d'objectivation. L'enfant, et l'adulte qu'il devient, lui aussi, sont dépositaires de cet impensable, ce non-symbolisable par excellence, que Lacan a défini comme Réel, cette inassimilable extériorité qui peut venir se manifester dans le corps de l'enfant et déterminer sa rencontre avec la médecine. C'est ainsi que l'auteur examine, par exemple, les problématiques rencontrées en néo-natologie, l'autisme, les phénomènes psychosomatiques, la tentation du suicide et l'anorexie, en montrant leur lien à ce réel irréprésentable, et révélant toute la pertinence de l'intervention du psychanalyste en pédiatrie. L'auteur conclut sa réflexion en montrant comment, en ramenant la clinique infantile de la notion d'originaire à celle de réel, l'on passe d'une vision déterministe, un destin, souvent reprochée à la psychanalyse classique, à la découverte de la liberté, d'un champ de possibles pour l'enfant.

V. Guillotin-Graff

Mémoire de la technique
et Techniques de la mémoire
Technologies, idéologies, pratiques

Sous la direction de Charles Lenay et Véronique Havelange

Revue d'anthropologie des connaissances - Volume XIII n°2

La question de la mémoire collective se pose dès que l'on tente une rencontre entre les disciplines des sciences cognitives et celles des sciences sociales. Elle a fait l'objet d'un travail spécifique dans le cadre de l'Unité de recherche COSTECH (Connaissance, organisation et système technique). Les articles rassemblés dans ce numéro sont issus de communications présentées par des chercheurs de diverses disciplines dans un séminaire organisé à l'université de Technologie de Compiègne par l'équipe du Mineur PHITECO (Philosophie, Technologie, Cognition).

BIOGRAPHIE (suite)

borateur le plus proche. Mais A. Ombredane fait également candidature ainsi que D. Lagache, un psychanalyste qui assistait déjà, en 1934, aux réunions de la Société de Psychologie. Un homme fait le choix, tout puissant sur la Sorbonne : G. Bachelard qui n'affiche que mépris pour la psychologie, lui préfère la psychanalyse et soutient donc activement Lagache (comme H. Wallon dont Lagache est un « protégé »). Malgré le soutien absolu de Guillaume, Meyerson est écarté. Il faut dire que Lagache est médecin, certes, depuis 1934, mais aussi agrégé de philosophie (depuis 1928) et cette agrégation demeure le rempart contre l'investissement de la Sorbonne par des non-agrégés.

Dès lors, que faire ? Comment revenir à Paris, comment retrouver tous ceux avec lesquels il faut poursuivre le travail ? Les historiens vont l'aider. En 1946, L. Febvre et F. Braudel ont fondé la VI^e section de l'Ecole Pratique des Hautes Etudes (section devenue en 1975 Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales). Certes, Braudel ne pardonne pas vraiment à Meyerson la dédicace de sa thèse à sa « bête noire », Seignobos, et Vernant⁽⁴⁴⁾ raconte que lorsque, sur la demande de Meyerson, il rend visite à Braudel pour plaider la cause de celui-ci, l'historien se montre peu intéressé. Pourtant, Braudel a publié dans les *Annales* (1950, p. 127-128) un compte rendu élogieux de l'article capital de Meyerson sur *Discontinuités et cheminements autonomes dans l'histoire de l'esprit* (1948a, p.273-289), au cours duquel Braudel prend d'ailleurs une option audacieuse : « Les sciences sociales finiront bien un jour par se réunir en une seule expérience ». Mais Braudel rechigne à soutenir Meyerson. L. Gernet à son tour intervient. Et finalement, grâce à L. Febvre qui préside la VI^e section, Meyerson est nommé à l'EPHE après y avoir donné des conférences pendant trois ans. Le 10 décembre 1950, Henri Lévy-Bruhl lui écrit ce billet : « La chose est faite maintenant, Vous avez été désigné ce matin comme Directeur d'Etudes par 17 voix sur 21 votants Voici une très longue injustice réparée, Félicitations et amitiés⁽⁴⁵⁾ ».

Certes, Meyerson est revenu à Paris ; ses amis ne l'ont pas abandonné... sauf Piaget peut-être, dorénavant soucieux d'imposer ses propres conceptions à l'establishment des psychologues, ce qu'il saura très bien faire, quitte à négliger celui qui « lui donnait des idées »⁽⁴⁶⁾. Le monde a changé, tant changé, la guerre a tout brouillé. Au retour de « l'exil » inévitable en zone libre, Meyerson n'a plus rien retrouvé. Mauss, lui « qui savait tout », s'est enfoncé dans l'oubli. Evidemment Meyerson reprend le travail, mais son pouvoir désormais est limité à quelques initiés et la psychologie a été mise à l'abri des ambitions qu'il avait pour elle et des exigences qu'il énonçait. La psychologie va oublier Meyerson. L'un des ordonnateurs de cette mise à l'écart progressive est l'ombre portée de Piéron, un jeune philosophe catholique, formé à Louvain, destiné à la prêtrise mais dont le caractère était, semble-t-il, si mauvais qu'il ne parvenait pas à s'intégrer à la vie collective⁽⁴⁷⁾ : Paul Fraisse. Novice dans l'âme mais peu social, Fraisse fut orienté, au début des années 1930, vers la psychologie expérimentale par Mgr Jolivet, responsable de la philosophie de la Faculté Catholique de Louvain, parce que « ses qualités scientifiques primaient ses capacités littéraires », ce qui augurait de la psychologie qu'il allait promouvoir. Travaillant « de manière monastique » (Fraisse, 1992, p. 82), Fraisse soutint sa thèse en 1945 (après des drames familiaux et personnels) sur les structures rythmiques. Déjà, en 1938, Meyerson publie l'un de ses premiers articles dans le *Journal*. Juste avant la guerre, Piéron l'intègre dans son laboratoire sur la recomman-

dation de Michotte. Dès lors, Piéron va plus qu'encourager ce jeune homme de 27 ans : il le fait d'abord nommer directeur adjoint à l'EPHE, lui confie un cours à l'Institut de Psychologie et l'en nomme secrétaire... jusqu'à sa retraite en 1952 : clairement, il a désigné Fraisse comme son successeur ; celui-ci devient Directeur du laboratoire de Psychologie Expérimentale et Comparée. Ce bureau de travail s'emploie alors à parachever l'œuvre de son protecteur : il participe à la création d'une Licence puis d'une maîtrise de Psychologie, crée des diplômes pour des sous-disciplines de la psychologie, contribuant ainsi à un éclatement de la discipline. Chaque fois, toujours et conformément à sa mission, il impose une vision positive de la psychologie. Dès 1947, Piéron nomme en outre Fraisse codirecteur de *L'Année Psychologique*, dont celui-ci assume la charge et devient directeur en 1964 à la mort de Piéron. Et il sait qu'il doit parallèlement prendre du pouvoir dans la Société Française de Psychologie, là où le véritable ennemi, le loup dans la bergerie positiviste, garde encore quelque influence.

Dès la fin de la guerre, Meyerson évidemment reprend la parution du *Journal* (1946). Que s'est-il passé pour la Société pendant la guerre ? Dans le *Journal* de 1946, dirigé à nouveau par Guillaume et Meyerson, on énonce simplement la liste de communications qui y ont eu lieu depuis 1942, parmi elles, par exemple, des communications de Zazzo ou de Halbwachs, le 3 juin 1944. Et puis le 7 mai 1945, un hommage à Halbwachs, déporté à Buchenwald en août 1944. Dans le *Journal* de 1947, rien sur la Société Française de Psychologie et en 1948, une simple liste des communications, non reproduites. Plus rien ensuite dans le *Journal* sur la Société. On sait, par *L'Année Psychologique*, que Meyerson en devient en 1948 le Président ; mais son vice-président est Daniel Lagache, qui lui a été préféré la même année à la Sorbonne et dont le moins qu'on puisse dire est qu'il est à cent lieues des convictions de Meyerson : Lagache est un éclectique, et quand il se prononce pour l'unité de la psychologie, c'est pour concilier la psychologie naturaliste qui

correspond peu ou prou au behaviorisme expérimental et la psychologie humaniste. Celle-ci, sous la plume de Lagache, n'évoque nullement la perspective meyersonienne d'une psychologie de l'homme réel (c'est-à-dire dans son milieu « naturel » qu'est la culture) ; non, Lagache qualifie ainsi la psychiatrie et la clinique. Entre les deux perspectives, Lagache se lamente qu'on voie un clivage irréductible là où il prône l'unité⁽⁴⁸⁾. En conclusion de sa leçon inaugurale, Lagache déclare : « Non seulement la psychologie expérimentale et la psychologie clinique se complètent mais il y a entre elles une convergence remarquable. Pour l'une et pour l'autre, la psychologie est la science de la conduite, celle-ci étant comprise comme l'ensemble des réponses significatives par lesquelles l'être vivant en situation intègre les tensions qui menacent l'unité et l'équilibre de l'organisme. L'opposition entre l'explication naturaliste et la compréhension se réduit à la distinction entre des lois abstraites et des lois concrètes, l'application de ces dernières à l'interprétation des données permettant seule une représentation de l'enchaînement des phénomènes physiques ou psychophysiques » (Lagache, 1990, p. 70-71). Mais il est vrai que, après la guerre, Lagache est aussi le promoteur le plus actif d'une prise en compte des facteurs sociaux dans le développement et la conduite de l'individu ; sa psychologie sociale cependant, celle qu'il propose d'enseigner dans le certificat de la toute nouvelle Licence de Psychologie (créée en 1948), celle qui va être l'objet des travaux du Laboratoire de Psychologie sociale qu'il fonde à la Sorbonne, cette psychologie-là est assez éloignée de la « psychologie collective » de Blondel, d'Halbwachs, de Meyerson. C'est en définitive une tournure anglo-saxonne qu'il va lui donner, influencée par les recherches de Lewin, d'Allport ou de Shériff caractérisées par une volonté d'expérimenter en laboratoire sur les rapports entre « le social » et l'individu⁽⁴⁹⁾. La différence d'avec Meyerson, d'avec Elias aussi bien sûr réside dans une distinction marquée, indispensable pour le recours à l'expérimentation, entre l'individu d'un côté et la

(suite page 8)

L'ACCOMPAGNEMENT DES MALADES PSYCHIQUES
AU CENTRE DES DÉBATS DU CONGRÈS DE L'UNAFAM

L'Unafam poursuit sa réflexion sur la recherche d'autonomie des personnes souffrant de troubles psychiques dans la cité, à travers un accompagnement adapté. C'est le thème qui sera développé lors de son 33^{ème} congrès national qui se déroulera à Reims (Centre des congrès) les 16 et 17 juin 2000 :

Les familles, les malades psychiques**Quelle place dans la cité ? Quelle citoyenneté ? Avec quel accompagnement ?**

A travers une table-ronde, trois conférences et six ateliers pratiques, les familles, mais aussi les professionnels, pourront échanger ensemble les différents aspects de cet accompagnement :

- *La responsabilité d'une association de famille dans la garantie des droits fondamentaux des parents et des personnes malades psychiques*, par Henri Lafay, vice-président de l'APAJH
- *Comment une association de familles peut-elle promouvoir les responsabilités et les droits fondamentaux des personnes malades psychiques et de leurs familles ?*, table ronde avec différentes personnalités du milieu médical, social, judiciaire...
- *Comment psychiatres et familles peuvent-ils vivre et travailler ensemble ?*, par le Professeur Fernand Seywert, psychiatre à l'hôpital de Céry (Suisse)
- *Mieux comprendre les maladies psychiques pour mieux les vivre : de l'information à la formation des familles*, par le Docteur Jean-Claude Penochet, psychiatre au CHRU La Colombière (Montpellier)
- *Thèmes des ateliers : Soins et dialogue avec les familles, Information et orientation des familles, Les personnes malades psychiques et la justice, Droit à l'hébergement et accompagnement social, Droit à la culture, Droit au travail.*

Ces journées d'études seront suivies de l'assemblée générale des adhérents. A travers les travaux et les échanges entre familles et professionnels du secteur médical et médico-social, l'Unafam souhaite trouver les moyens de mettre en œuvre cet accompagnement. Un sujet sur lequel elle souhaite attirer l'attention de tous, et en particulier des pouvoirs publics. Madame Dominique Gillot, Secrétaire d'Etat à la santé et à l'action sociale a accepté de placer ce congrès sous son haut patronage. ■ F.C.

Les internes en psychiatrie réclament davantage de formation à la psychothérapie

Les internes en psychiatrie réclament une formation systématique et organisée aux différentes méthodes de psychothérapie, actuellement défaillante dans le cursus de 4 ans. Selon le sondage auprès de 152 internes de DES de l'année 1998/1999, publié dans le dernier numéro de *Nervure* (2000, XIII, 1), 90% des internes déclarent vouloir bénéficier d'une formation psychothérapique durant leur internat. Ils estiment, en revanche, qu'ils maîtrisent correctement l'utilisation des psychotropes.

Nervure a consacré un dossier à la formation des internes, en donnant la parole à la nouvelle association représentant les internes en psychiatrie : l'Association pour la formation française et européenne en psychiatrie (AFFEP). Un tiers des internes interrogés (34%) répondent avoir déjà suivi une formation de ce type ou être en train de la suivre mais 66% s'estiment insuffisamment informés sur les différentes possibilités de formation dans ce domaine. Ceux qui suivent une formation se forment aux psychothérapies psychanalytiques (40%) ou à plusieurs méthodes (40%), un peu plus de 10% aux psychothérapies systémiques et un peu moins de 10% aux thérapies cognitivo-comportementales. Les internes se disent prêts à consacrer 2 000 francs par an à ces formations payantes effectuées hors DES, mais ce chiffre « est très éloigné des coûts réels de ces formations (de 5 000 à 40 000 francs annuels), ceci expliquant peut-être pourquoi un seul tiers des internes se forment durant leur internat », remarque l'AFFEP.

Dans cet état des lieux de la formation à la

psychothérapie, l'Association constate que le Comité national des universitaires en psychiatrie (CNU), dans son rapport 1999, estime que « la formation des internes en psychothérapie est fonction des motivations et des engagements personnels et ne peut être la même pour tous les psychiatres ». La seule formation à ces méthodes dispensée actuellement dans le cadre du cursus se fait en séminaires, mais qui donnent surtout une information sur les théories.

La formation durant les stages est imparfaite, puisque l'encadrement des internes y est très variable. Très souvent, l'interne doit improviser devant une situation qu'il ne connaît pas, au prix de « quelques catastrophes », jamais anodines pour le patient et sa famille, estime l'AFFEP.

Enfin la « supervision », petits groupes de travail encadrés par des psychiatres à l'orientation psychanalytique, n'est pas assurée dans toutes les facultés.

Un enseignement dès la première année

L'AFFEP propose l'instauration d'un enseignement minimum commun obligatoire sur les 3 principaux courants théoriques (psychanalytique, systémique, cognitivo-comportemental), progressif et modulable.

En première année, la formation se ferait à la technique d'entretien et à la gestion des situations difficiles (jeux de rôle, mises en situation, travail sur bandes vidéo en petits groupes) et la deuxième année des ateliers cliniques dirigés par des intervenants spé-

cialisés dans l'une des 3 méthodes.

En deuxième partie d'internat, l'étudiant ferait un choix d'orientation, avec une formation approfondie, soit par un travail personnel, soit au sein d'un « institut de formation reconnu et accrédité par l'université ». « On peut imaginer que les tarifs de formation seraient négociés en faveur d'une plus grande accessibilité aux étudiants ».

Sur la formation en général, l'AFFEP souligne, au vu du sondage, que 4 internes sur 5 se déclarent globalement satisfaits de leurs stages hospitaliers mais assez moyennement satisfaits de leurs séminaires en DES. Deux tiers des internes pensent utile d'adopter le système du livret d'évaluation sur le modèle du « log book » en cours de généralisation en Europe. Il permet « une évaluation fine des compétences pratiques et théoriques acquises par l'interne tout au long de sa formation ». Une partie du livret pourrait être consacrée à la formation aux psychothérapies (stages, ateliers, participation à des séances de thérapie familiale ou groupes d'affirmation de soi, thérapie individuelle).

La question d'un semestre de neurologie obligatoire, comme pour les neurologues qui ont un semestre de psychiatrie obligatoire, reste en débat. « La psychiatrie moderne touche aux neurosciences et 6 mois en médecine peuvent renforcer le bagage du futur psychiatre ». Pour améliorer la qualité des stages, le CNU a décidé de charger une commission regroupant psychiatres universitaires, représentants des syndicats et internes, de définir des critères d'accréditation pour les services hospitaliers recevant des internes en stages, indique le président de cette instance, le Pr André Féline (CHU Bicêtre) dans un entretien. Il se déclare favorable à des « contrats de stage » définissant des objectifs initiaux et permettant un bilan des acquis en fin de période, sur le modèle de ce qui est fait pour les externes. Il estime par ailleurs qu'une formation à la psychiatrie d'urgence devrait être proposée. ■

Guadeloupe : une psychiatrie en marche

Dans un secteur sanitaire en forte mutation, le SROS de psychiatrie de la Guadeloupe engage la santé mentale dans une démarche très volontariste de modernisation. Dès 1998, une vaste analyse de l'adéquation ou non des patients à l'hospitalisation complète, a permis de jeter les bases d'une réflexion réunissant l'ensemble des acteurs de ce secteur. La mission d'appui en santé mentale s'est déplacée en Guadeloupe et a remis, en 1999, un rapport qui a permis d'enrichir la réflexion engagée sur l'état de la prise en

charge et les conditions de son évolution. S'inscrivant dans une volonté affirmée de déshospitalisation, le SROS, arrêté en 2000, s'appuie sur une modification de la sectorisation, outil indispensable de cet objectif. Dans les faits, la modernisation est déjà significativement engagée. En 1998 et 1999, une enveloppe de mesures nouvelles de 26 MF a déjà été attribuée dans un cadre financier global chiffré à 68 MF d'ici la fin du SROS. Ces moyens substantiels (la Guadeloupe est la seule région où l'on ait pris des engagements chiffrés sur le SROS de psychiatrie) sont à la hauteur des objectifs ambitieux qui visent à réaliser concomitamment une amélioration des lieux d'accueil en hospitalisation complète, la mise en œuvre d'un fort programme d'alternatives à l'hospitalisation, un accroissement des moyens humains indispensables à une psychiatrie moderne et de qualité, une déshospitalisation des patients âgés ou stabilisés susceptibles de prises en charge adaptées dans d'autres secteurs du champs sanitaire ou médico-social.

L'engagement de consacrer 40 % des nouveaux lits de long séjour à la déshospitalisation psychiatrique est inscrite dans le SROS avec l'accord du Conseil Général. Une première opération s'est engagée dès le début 2000 sur ces bases.

Dans les cinq années à venir, les conditions d'hospitalisation à temps complet seront totalement modernisées et permettront de

rompre définitivement avec la structure asilaire. Les crédits sont inscrits au contrat de plan Etat-région et dans le document de programmation européen pour la reconstruction du centre hospitalier de Montéran et des pavillons au CHU. A Saint Martin, l'hospitalisation sur place des patients des îles du Nord est prévue dans le cadre de la reconstruction en cours de l'hôpital.

Les grands axes retenus par le SROS de la Guadeloupe s'inscrivent dans le cadre des orientations ministérielles visant à améliorer les conditions de prise en charge et de fonctionnement, en particulier pour la prise en charge des urgences psychiatrique, le développement de la psychiatrie de liaison tant vers le secteur sanitaire que vers le secteur médico-social, le renforcement de l'extrahospitalier, et l'égalité d'accès aux soins pour les populations spécifiques : enfants et adolescents, autistes, démunis, personnes âgées, toxicomanes, la mise en œuvre de réseaux. Une organisation nouvelle de la sectorisation, permettant le rapprochement des lieux d'hospitalisation de la population, complète ce dispositif. La Guadeloupe continentale compte désormais six secteurs adultes et deux intersecteurs, et les îles du Nord un secteur adulte et un secteur infanto-juvénile, neuf postes de PH sont créés et sept postes sont vacants.

Le canevas est tissé, les moyens sont alloués, il faut désormais que les acteurs de ce secteur, qui ont largement porté la modernisation, soient renforcés pour mettre en œuvre ce projet.

La modernisation de la psychiatrie vous intéresse ? La Guadeloupe a besoin de vous ! ■

LIVRES

Les professionnels et les familles dans le soutien aux personnes âgées dépendantes

Mario Paquet

Préface de Simone Penne

L'Harmattan

L'intervention des professionnels auprès des aidants familiaux accompagnant leurs parents âgés et dépendants, s'avère souvent problématique. Les besoins de ces personnes-soutien sont nombreux et diversifiés et les professionnels sont confrontés aux conséquences du retrait de l'Etat-Providence et doivent alors, pour des raisons économiques entre autres, faire mieux avec moins. De plus, les aidants familiaux peuvent se montrer réticents face aux offres de service, même quand ceux-ci sont disponibles et accessibles. Explorant ce phénomène de réticence, l'auteur met en relief, à partir d'une approche socio-anthropologique, la logique familiale de soutien auprès de personnes âgées dépendantes. De surcroît, il scrute le pourquoi et le comment qui trament le quotidien d'une expérience de soins et les différentes manières de faire appel, souvent trop tardivement, aux services spécialisés. Au terme de ce travail, le lecteur sera plus armé pour faire face à la règle du dernier recours qui tend à prévaloir et qui s'exprime souvent par « on vous appellera quand on aura besoin d'aide ».

Le fonctionnaire hospitalier

Jean-Marie Clément

Editions Berger-Levrault

Jean-Marie Clément, directeur d'hôpital, membre de l'Inspection générale des affaires sociales, publie la quatrième édition de son ouvrage sur les fonctionnaires hospitaliers, proposant une analyse du déroulement de la carrière d'un fonctionnaire hospitalier (recrutement, titularisation, avancement...), et permettant la connaissance de la spécificité du statut du fonctionnaire hospitalier.

L'éducateur spécialisé en foyer de centre d'aide par le travail

Yannick Drouard

L'Harmattan

Encore un démenti à ceux qui affirment que les éducateurs spécialisés n'écrivent pas sur leur pratique. Celui-ci travaille auprès d'adultes handicapés mentaux. Aujourd'hui responsable d'un « foyer de vie », il décrit de l'intérieur un monde où chaque professionnel risque de s'épuiser vite s'il n'interroge pas constamment le sens de son action et s'il ne se penche pas sur l'humanité profonde des personnes accueillies dans ce type d'institution. Encore faut-il accepter le doute, se définir des axes de travail, mais aussi s'appuyer sur ses propres ressources personnelles. Si les éducateurs ont leur place dans un centre d'aide par le travail, c'est justement pour ne pas limiter le travail protégé à la recherche de productivité. Il s'agit « d'être avec », de soutenir le développement personnel des travailleurs handicapés. Cela s'apprend dans la formation initiale et dans la formation continue. Pour autant, assure l'auteur, il travaillera toujours pour une part dans l'indicible, dans l'impalpable. Il faut donc pouvoir construire son identité professionnelle sans la réduire à une somme de compétences techniques. De ce point de vue, la situation de l'éducateur est très proche de celle de l'infirmier en santé mentale.

M. Jaeger

Le 24^{ème} festival international ciné-vidéo-psy

Le 24^{ème} festival international ciné-vidéo-psy de Lorquin (Moselle) organisé par le Centre national de documentation audiovisuelle en santé mentale, présentera les 8 et 9 juin prochains des dizaines de films et vidéos autour de la santé mentale, suivi de débats. Une rétrospective des Clés d'Or, le prix décerné par le festival depuis 1977, sera diffusée et un concours de clips vidéos réalisés par des adolescents sur le thème de « La consommation excessive d'alcool le week-end » animera la manifestation. ■

B.L.

Renseignements : Centre national de documentation audiovisuelle en santé mentale. Tél.: 03 87 23 14 79.

LIVRES

Les altérations de la personnalité

Alfred Binet

Préface de Jacques Chazaud
L'Harmattan

Depuis 1980 sévit aux Etats-Unis une épidémie de *personnalités multiples*. Il y a là, en ce tournant de siècle, à l'échelle d'une superproduction, comme un retour à ce que les auteurs du XIX^e siècle finissant (au premier rang desquels Alfred Binet occupe une place privilégiée) décelaient comme *double conscience* ou *scissions du moi*. Mais il s'agissait de cas exceptionnels de nature hystérique, ou produits artificiellement par des procédés hypnotiques, en pleine résurgence à l'approche du « new age » et dans l'exacerbation du malaise dans la civilisation.

La lecture rétrospective de Binet offre de sobres descriptions des *personnalités co-existantes et successives* qui attachent une importance particulière, non seulement aux états de conscience modifiée, mais aux troubles de la sensibilité et des actes qui imposent la reconnaissance d'une *activité psychique subconsciente*, voire d'un inconscient largement cognitif.

La protection juridique de l'hôpital

Xavier Lesegretain et Stéphanie Chassany

Editions Berger-Levrault

Xavier Lesegretain, directeur d'hôpital, ancien directeur des affaires médicales et du contentieux du CHRU de Lille, et Stéphanie Chassany, de l'Institut d'ingénierie de la santé, ont rédigé un ouvrage constituant un véritable guide de gestion des plaintes et du risque, apportant des éclairages concrets sur les causes d'engagement des responsabilités à l'hôpital avec leurs mécanismes particuliers, les évolutions récentes de la jurisprudence et les règles de procédure spécifiques. Il propose, également, des modalités de fonctionnement éprouvées pour gérer les plaintes et les contentieux. Il apporte aussi une aide dans la recherche de solutions en matière d'assurance, de protection juridique et d'assistance judiciaire pour limiter les risques d'engagement de responsabilité et pour faciliter les relations entre les divers intervenants (assureurs, experts médicaux, avocats, juges, huissiers, CADA...).

Que fait Dieu de la psychanalyse ?**De l'avenir d'une illusion aux avatars de la croyance**Sous la direction de Philippe Lévy
Erès

La montée des intégrismes, la prolifération sectaire et le retour de la soumission collective aux idéaux, représentent un nouvel agencement de la croyance qui constitue un des aspects les plus caractéristiques de l'environnement social actuel. Il entraîne une modification des enjeux subjectifs tant chez ceux qui y sont en proie que chez ceux pour qui la mise en panne des croyances provoque un désarrimage qui les porte à des comportements désemparés. Cet ouvrage réunit les réflexions de psychanalystes, intéressés par ces questions, qui interrogent, en amont de l'examen des différentes pratiques ou des différentes formes qu'emprunte le religieux, le fondement psychique de la religiosité.

Ont collaboré à cet ouvrage : J. Cacho, A. Cherki, L. Croix, C. Dubarry, J.-M. Hirt, S. Lesourd, V. Marinov, J.-J. Moscovitz, J.-J. Rassial, M. Schneider.

Informations

Appartements associatifs : les professionnels de la psychiatrie inquiets de la remise en cause des associations

Lors d'une journée organisée par la Fédération d'aide à la santé mentale Croix-Marine, les dirigeants de la fédération ont mis en garde contre le flou actuel de la législation sur les appartements associatifs. En effet, plusieurs chambres régionales des comptes et la Cour des comptes ont reproché à des établissements hospitaliers des « gestions de fait » par les associations qu'ils ont créées pour gérer des appartements accueillant des patients sortant d'hospitalisation à temps plein. Il est reproché aux associations d'assurer des tâches à visée thérapeutique qui relèvent des missions de l'hôpital, dans la mesure où elles accueillent des patients et où des personnels de l'hôpital y interviennent sur leur temps de travail. La conséquence est la suppression du versement de subventions par l'hôpital, alors que celles-ci constituaient parfois l'essentiel des subsides des structures, parfois le retrait des personnels de l'hôpital y travaillant, et une incertitude sur leur pérennité.

L'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a effectué une enquête auprès des hôpitaux en 1999 et devait émettre des propositions pour revoir la nature des missions des associations et les relations financières qu'elles entretiennent avec les hôpitaux. Au CHS Philippe Pinel d'Amiens (Somme), par exemple, la chambre régionale des comptes a ordonné il y a 2 ans une séparation totale entre l'Association pour la gestion de structures thérapeutiques (ASGT), créée en 1988, et l'hôpital. Elle demandait une séparation entre le travail thérapeutique, qui fait partie des missions de l'hôpital, et le travail social, alors qu'il est « *artificiel de vouloir séparer les deux* », a estimé Elisabeth Tixier, psychiatre du CHS Pinel. La direction a voulu donner des gages à la Chambre régionale des comptes, en retirant ses représentants du conseil d'administration de l'ASGT et en prévoyant un retrait des subventions. De plus, les « *maisons thérapeutiques* » ont été rebaptisées « *maisons communautaires* ». L'ASGT, créée en 1988 à l'initiative de la DDASS de la Somme, gère 9 maisons installées en ville qui accueillent une trentaine de patients dont la perte d'autonomie rend impossible l'accès à des logements associatifs (qui ont un encadrement soignant moins important). Chacun des 4 secteurs de l'hôpital a été à l'origine de la création d'au moins une maison et des équipes soignantes y sont détachées en quasi-permanence. Elles ont permis « *la sortie de dizaines de malades graves qui ont pu accéder ensuite à un logement associatif, en maison de retraite ou en logement autonome, ce qui aurait été impossible sans cette étape, ce qui montre la nécessité de la démarche* ». « *Nous avons mis du temps à comprendre l'ampleur de la menace et les équipes ont été fortement déstabilisées. Nous sommes en train de rédiger une nouvelle convention qui décrira très précisément les activités et aboutira à la création d'une nouvelle association, totalement indépendante des secteurs, qui reprendra les maisons. Le secteur conservera son travail, y compris social* ».

Faire adhérer les patients

Les difficultés de ces alternatives, créées à partir de la circulaire du 4 février 1958, ont

été illustrées par les résultats d'une enquête auprès de 65 établissements hospitaliers spécialisés (160 ont été contactés), menée avec l'aide de la Conférence des présidents de CME de CHS. Il en ressort que 69% des établissements interrogés ont créé des associations de secteurs et 28% gèrent directement des appartements associatifs (comme le CHS Bel Air de Charleville-Mézières et le CHS Montfavet d'Avignon), tandis que dans environ 3% des cas des structures, comme la Sonacotra, des associations familiales ou municipales gèrent. L'enquête a recensé 1 525 places dans ces appartements associatifs, ce qui laisse penser qu'environ 2 000 à 2 500 places devraient exister au total, a indiqué Jean-Paul Arveiller, secrétaire général de la FASM Croix-Marine. Les associations se sont majoritairement créées en 3 vagues, au début des années 70, entre 1977 et 1988, période de la « mode » des structures intermédiaires, et entre 1993 et 1999, peut-être comme reflet des difficultés budgétaires des hôpitaux. La moitié d'entre elles disent recevoir des subventions de l'hôpital et des difficultés financières sont souvent évoquées.

Jean-Paul Arveiller a souligné la faible part d'usagers parmi les adhérents des associations (13% selon l'enquête, contre 83% de membres personnels du secteur public). Or, il est obligatoire qu'un patient hébergé dans une structure soit membre de l'association gestionnaire. « *Les associations sont dans l'entre-deux, entre le soin et le social. Mais il est impératif que les patients entrent dans les conseils d'administration des associations et en soient membres, pour qu'il s'agisse vraiment d'associations* ». Un autre problème identifié est la part importante des gestionnaires d'associations ne sachant pas si une convention les lie à l'hôpital. « *Cela montre le flou dans lequel les structures se sont mises en place, en l'absence de cadre juridique, en revêtant un aspect expérimental* ».

Les psychiatres libéraux contre la télétransmission des feuilles de soins

Le Syndicat des psychiatres français (SPF), le Syndicat national des psychiatres privés (SNPP) et l'Union syndicale de la psychiatrie (USP), réunis au sein du Comité d'action syndical de la psychiatrie regroupant des publics et privés, ont constaté leur convergence de vue pour dénoncer les dangers de la télétransmission. Outre le problème de sécurité informatique, jamais garantie, « *La télétransmission attaque l'identité du patient et remet en cause son engagement dans les soins* » et « *contribue à déshumaniser notre système de soins* ». Les 3 syndicats s'accordent également pour demander que la généralisation des réseaux de soins ne supprime pas l'accès direct au psychiatre de son choix. Enfin, les psychiatres libéraux réaffirment leur attachement au « *financement socialisé de l'assurance maladie* » et expriment « *les plus grandes réserves* » quant à la volonté des assurances privées de prendre en charge le remboursement de soins psychiatriques.

Psychiatres et psychologues s'accordent pour demander l'exclusivité de l'emploi du terme psychothérapie

Psychiatres et psychologues participant à un colloque organisé par le député RPR Bernard Accoyer (Haute-Savoie) se sont accordés pour demander de réserver l'emploi du terme de

psychothérapeute aux médecins psychiatres et aux psychologues cliniciens. « *Il s'est dégagé l'idée qu'il convient, non pas de créer un nouveau titre (de psychothérapeute), mais de réserver la prescription et la conduite des psychothérapies à des médecins psychiatres et à des psychologues cliniciens* », a indiqué le député dans un communiqué rendant compte des débats du colloque, co-organisé avec le secrétaire général de l'Association Française de Psychiatrie, Christian Vasseur.

« *Il faudrait néanmoins prévoir, pour ceux qui disposent d'une solide expérience des psychothérapies, mais ne possèdent pas ces diplômes, une possibilité d'évaluation des compétences et de validation* ». Ces dispositions diffèrent de la proposition de loi déposée par Bernard Accoyer en octobre 1999 et visant à réserver l'usage du titre de psychothérapeute aux psychiatres et aux psychologues. Bernard Accoyer, prenant acte de ces changements, souligne que ce débat aura sa place lors de la discussion du projet de loi de modernisation du système de santé, qui « *affiche l'ambition de renforcer les droits des malades* ». Les psychiatres et psychologues présents au colloque, ont souligné la nécessité pour le patient de « *pouvoir être clairement informé sur la compétence et le sérieux des thérapeutes* », car la situation actuelle (pas d'encadrement de l'utilisation des termes de psychothérapeute ou de psychothérapie) « *rend possibles toutes les dérives, notamment financières, physiques voire sectaires* ».

« *Les psychothérapies doivent être considérées comme un véritable traitement. A ce titre, c'est leur prescription et leur application qui apparaissent comme devant être réservées à des professionnels détenteurs de diplômes universitaires attestant d'une formation institutionnelle garantissant une compétence théorique doublée d'une expérience pratique et d'un travail sur soi* ». Les spécialistes ont également soulevé d'autres problèmes, comme la formation universitaire qui « *mériterait d'être revue* », le nombre très insuffisant de psychiatres et l'évaluation et la prise en charge des soins psychiatriques par l'Assurance maladie, jugée insuffisante.

87,3% des malades admis en urgence désirent recevoir une information aussi complète que possible sur leur état

87,3% des patients admis dans un service d'urgence en France désirent recevoir une information aussi complète que possible sur leur état, indiquent le Dr Eric Roupie et ses collègues de l'hôpital Henri Mondor (Créteil, Val-de-Marne) dans un article publié par la revue *Intensive Care Medicine*.*

Les auteurs expliquent qu'aux Etats-Unis le principe de l'autonomie du patient est à la base de la relation avec le médecin et que la pratique des directives rédigées à l'avance et de la désignation de personnes chargées de se substituer au patient en cas de nécessité est étendue. En Europe, en revanche, la relation médecin-patient a tendance à être plutôt paternaliste. En France, le ministère de la santé a, dans des recommandations, exhorté les médecins à obtenir l'accord de leurs patients avant toute intervention, à moins que ceux-ci se trouvent dans l'impossibilité de donner leur avis ou en danger de mort. Les recommandations soulignent, également, le rôle de la famille du patient comme substitut légal de choix, mais, estiment les auteurs, ces recommandations ne pèsent pas beaucoup légalement. L'équipe de l'hôpital Henri Mondor a voulu étudier la position des patients admis en services d'urgence sur l'information médicale

et le problème des personnes pouvant en cas de besoin se substituer à eux. Les chercheurs ont inclus, de juin à août 1997, 1 089 patients avec maladies ou blessures non critiques, auxquels ils ont soumis un questionnaire d'intention, sur la quantité d'information médicale qu'ils souhaiteraient recevoir s'ils devaient être hospitalisés ou se trouvaient en danger de mort. Les auteurs ont également demandé aux patients s'ils désiraient ou non avoir un représentant dans le cas où ils seraient dans le coma et de définir l'identité du représentant éventuel. Ils ont tout spécialement étudié le sous-groupe de patients mariés ou vivant avec un partenaire.

5,5% des patients étudiés ont déclaré ne pas vouloir recevoir d'information, 25,3% ont indiqué qu'ils désireraient participer activement à toutes les décisions concernant leurs soins et 87,3% qu'ils voudraient être informés complètement en cas de danger mortel. 64% des patients désiraient être informés eux-mêmes et non pas leur famille. 29,6% ont indiqué ne pas désirer de représentant en cas de coma. 40,6% (229/551) des patients mariés ou ayant un partenaire ont désigné leur époux/épouse ou partenaire comme représentant possible. Les auteurs ont relevé une corrélation significative entre la volonté d'obtenir plus d'information et celle d'avoir un représentant. Les patients plus jeunes, avec un niveau d'éducation plus élevé, se sont montrés significativement plus susceptibles de désirer de l'information et un représentant que les autres patients. Le Dr Roupie et ses collègues estiment qu'il est grand temps de proposer un débat public national sur l'information médicale et les substituts en France.

*Intensive Care Medicine 2000 ; 26 : 52-56

Suède : une mortalité augmentée de 70% chez les mères vivant seules

Une étude suédoise de grande ampleur indique que les femmes élevant seules leurs enfants ont une mortalité de 70% supérieure à celles vivant en couple. Même après avoir pris en compte les facteurs socio-économiques et sanitaires associés au statut monoparental, l'augmentation de mortalité reste significative, atteignant 20% de plus que chez les mères vivant avec un partenaire.

Cette étude de population a été menée entre 1991 et 1995 sur plus de 620 000 mères vivant en couple et 90 000 mères vivant seules au sein de la population suédoise.* Gunilla Ringbäck du Centre d'épidémiologie de Stockholm et ses collègues rapportent que le risque relatif de mourir sur une période de 5 ans est de 1,67 pour les mères seules, par rapport aux mères vivant en couple. Ce risque relatif est de 1,24 après ajustement en fonction des antécédents hospitaliers indiquant une morbidité somatique ou psychiatrique sévère, et du statut socio-économique, du nombre d'enfants, des aides sociales, du type de logement. Le risque le plus important concernait les suicides, dont le risque relatif était de 2,2 chez les mères célibataires, ainsi que la mortalité liée à l'alcool, avec un risque relatif de 2,4, et la mortalité par violence, associée à un risque relatif de 3, après ajustement. « L'augmentation des mères célibataires dans la société révèle des problèmes financiers, sociaux et sanitaires. Néanmoins, l'augmentation du risque de mortalité des mères seules semble en partie indépendante du statut socio-économique et d'une sélection sur le plan sanitaire », commentent les auteurs, qui ajoutent que « d'autres études ont également montré une morbidité et une mortalité accrues pour les mères seules, mais notre étude soutient encore plus l'hypothèse selon

laquelle la maternité isolée ou la séparation sont des événements stressants qui conduisent à une mortalité prématurée ».

*The Lancet, 8 avril, vol 355, pp. 1215-1219

Accès aux soins des mineurs adolescents et confidentialité : le CNS préconise de modifier la loi sur l'autorité parentale

Le Conseil National du Sida (CNS) préconise, dans un avis rendu public, d'aménager la législation actuelle sur l'autorité parentale afin de permettre, quand cela est nécessaire, un accès aux soins confidentiel pour les mineurs adolescents. Le CNS avait été saisi en août dernier par la secrétaire d'Etat à la Santé Dominique Gillot. La saisine concernait plus particulièrement le cas de l'infection par le VIH, mais le propos a été élargi à tous les problèmes de soins pour lesquels des mineurs pourraient souhaiter la confidentialité, à commencer par l'interruption volontaire de grossesse (IVG). Le CNS, qui a adopté ce rapport à l'unanimité, souligne « le décalage existant entre le droit et les faits ». « En vertu du principe de l'autorité parentale, les mineurs ne peuvent être soignés à l'insu de leurs parents ». Mais « dans les faits, des mineurs demandent la confidentialité pour certains soins qui mettent en jeu leur intimité, et dont la révélation pourrait jeter le discrédit et l'opprobre, ou avoir des conséquences dommageables pour leur santé ».

Il s'agit, en premier lieu, de problèmes touchant leur sexualité : IVG, infection par le VIH, autres MST. Toutefois, le CNS n'a pas voulu restreindre à un nombre précis de pathologies, ou à la seule sexualité, a souligné Véronique Naoum-Grappe, sociologue membre du CNS, lors d'une conférence de presse, citant en exemple les problèmes liés à la toxicomanie. Dans la situation actuelle, selon la loi, « l'autorité parentale s'impose au secret médical ». De ce fait, si « le médecin, tenu au secret médical, est en droit de cacher la visite d'un mineur à ses parents », en revanche « il ne peut prescrire sans leur consentement ». L'éventuelle demande de confidentialité du mineur ne peut donc être satisfaite. Il s'agit d'une situation « incohérente » et « hypocrite », affirme Alain Molla, avocat à Aix-en-Provence, membre du CNS : « Il est étonnant que ceux qui ont la maîtrise de leur sexualité (puisque la loi définit une forme de 'majorité sexuelle' à l'âge de 15 ans : à partir de cet âge, les 'mineurs peuvent consentir à des relations sexuelles avec les personnes de leur choix') n'aient pas la maîtrise de leurs soins ».

C'est pourquoi le CNS « préconise l'aménagement d'une exception législative au principe de l'autorité parentale ». Les médecins pourraient donc soigner des mineurs sans avoir à informer les parents.

Cette proposition, qui « rétablit un peu de cohérence », « s'inscrit dans une série d'exceptions déjà existantes », note Alain Molla : accès des mineurs à la contraception, dépistage de l'infection par le VIH dans les Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG) quel que soit l'âge, nécessité de double consentement parent-enfant pour l'IVG, droit de veto du mineur sur des décisions de don d'organe ou de sang. Les membres du CNS insistent sur le fait que « l'exception est spécifique : la confidentialité est demandée explicitement par les mineurs » et doit concerner « des soins rendus nécessaires par des pratiques relevant de leur intimité ».

Par ailleurs, « des formes d'accompagnement doivent être proposées ». Par « souci de ne

pas accroître la solitude des mineurs, de ne pas les noyer dans l'anonymat sous prétexte d'autonomie et de confidentialité », un adulte référent pourrait être proposé au mineur : travailleur social, enseignant, personne choisie par l'adolescent lui-même, estime Mme Naoum-Grappe.

La gratuité des soins, corollaire de la confidentialité

L'autre point important, qui est un corollaire nécessaire à la confidentialité des soins, est leur gratuité. En effet, un mineur étant normalement à la charge de ses parents pour les remboursements des soins par la Sécurité Sociale, la non-divulgence de ces soins aux parents (donc, l'absence d'information administrative) impliquent qu'ils soient gratuits. « Techniquement, nous ne savons pas comment ce problème de gratuité peut être résolu », ont avoué les membres du CNS, évoquant « l'éventualité de structures compétentes », qui seraient spécialisées dans la prise en charge des mineurs souhaitant une confidentialité, mais sans que ce problème soit géré exclusivement par des structures spéciales.

Les membres du CNS espèrent que leurs propositions, si elles sont acceptées, pourront être mises en oeuvre sur le plan législatif relativement rapidement. « Le droit des mineurs malades devrait pouvoir s'intégrer dans la réflexion en cours sur le droit des malades », estime Alain Molla. Interrogés durant la conférence de presse sur le fait que ces problèmes de confidentialité ne s'arrêtent pas nécessairement le jour des 18 ans, puisque des personnes majeures peuvent rester plusieurs années à la charge de leurs parents (de plus, à tout âge, des épouses ne travaillant pas peuvent être à la charge de leur mari), les membres du CNS ont indiqué que « cette question ne faisait pas partie de la saisine ». Mais « il faut maintenant y réfléchir ».

Les données médicales dans les hôpitaux échappent trop souvent aux médecins, met en garde le Conseil de l'ordre

Le traitement des données médicales dans les hôpitaux échappe trop souvent aux médecins chargés de l'information médicale, alors que leur responsabilité peut être engagée, met en garde le Conseil national de l'ordre des médecins, dans un ouvrage. Consacré au « médecin du département d'information médicale dans les établissements de santé »*. Le président de l'Ordre, le Pr Bernard Glorion, précise que son institution s'est emparée du sujet « à la suite des manifestations d'inquiétude de nombreux responsables de DIM ».

L'Ordre a mené une enquête en adressant, en 1998, plus de 1 400 questionnaires aux médecins responsables de l'information médicale, avec un taux de réponse de 75%. « Le nombre et la formulation des réponses confirment le malaise perçu ». Il apparaît, en effet, que les bases de données médicales de l'établissement, que ce soit dans le cadre du PMSI ou hors de celui-ci, sont sous l'autorité du DSIO (Direction du système d'information et d'organisation) dans 12 à 30% des cas, « c'est-à-dire dans un secteur non médical ».

La maintenance des matériels et le traitement des informations médicales dans le cadre du PMSI sont assurées principalement par le DSIO dans les CHU et de façon équivalente par le DSIO et par le DIM dans les centres hospitaliers et les établissements privés par-

ticipant au service public hospitalier. Hors PMSI, ils sont assurés majoritairement par le DSIO. L'enquête montre aussi que si le médecin DIM peut prendre connaissance des objectifs d'une demande d'informations médicales, il est « rarement associé à l'interprétation des résultats, en particulier lorsque la demande émane de la direction ou des tutelles ».

L'enquête fait, également, apparaître que le traitement des données est dans 28% des cas réalisé ailleurs qu'au DIM, tandis que l'archivage des dossiers sur support informatique est assuré par les DIM dans deux tiers des cas et par les DSIO dans un tiers des cas.

Dix recommandations pour les médecins DIM

Face à ces constats, le Conseil de l'ordre des médecins émet, dans son ouvrage, des recommandations déontologiques à l'attention du médecin responsable ou chargé de l'information médicale dans les établissements de santé. Le médecin responsable ou chargé de l'information médicale doit « veiller » :

- « à préserver sa propre indépendance pour assurer ses responsabilités vis-à-vis des patients et des informations qui les concernent et de leur traitement »,
 - « aux conditions d'exercice qui lui sont proposées »,
 - « au respect d'un anonymat strict des informations à communiquer »,
 - « à se former et former le personnel hospitalier concerné en particulier en matière de qualité et de sécurité des informations »,
 - « à entretenir de bonnes relations avec les médecins cliniciens et les autres professionnels de santé, non seulement dans l'établissement, mais également dans le cadre des structures régionales et nationales concernées par le traitement des informations médicales ».
- Il est aussi « tenu » de :
- « prendre toutes les précautions nécessaires pour assurer la confidentialité, l'intégrité et l'accessibilité des données »,
 - « limiter l'accès des fichiers aux personnes expressément habilitées par un texte réglementaire »,
 - « empêcher l'interconnexion des fichiers dont il est responsable avec d'autres fichiers nominatifs »,
 - « ne pas mettre en oeuvre en dehors des obligations réglementaires, des traitements de données médicales sans en informer les médecins cliniciens qui les ont fournies »,
 - « n'utiliser les données de santé à caractère personnel que dans l'intérêt des patients ou de la recherche dans des conditions déterminées par la loi ». ■

* Le médecin du département d'information médicale dans les établissements de santé, réglementation et déontologie, Ordre national des médecins, 101 pages. Tél: 01 53 89 32 57.

Informations APM-Reuter

Méthodologie de l'observation sociale

Comprendre, évaluer, agir

Hélène Hatzfeld et Jackie Spiegelstein
Dunod

La pratique de l'observation sociale par des intervenants sociaux permet une meilleure évaluation des besoins, contribue à l'élaboration de politiques sociales mieux adaptées et développe de nouvelles compétences. Cet ouvrage propose une méthodologie pour organiser et mettre en oeuvre un dispositif d'observation sociale cohérent en s'appuyant sur les expériences d'observation sociale en cours, tant en entreprise, à La Poste, à la Société Générale, à la RATP... que dans des associations et des collectivités locales.

Information médicale et PMSI

Un long chemin de la clinique à l'économie de la santé

Entretien avec Gaëtan Wagenaar*
recueilli par Hervé Cailleux

Nervure : Gaëtan Wagenaar, vous participez aux travaux sur le PMSI en Santé Mentale depuis son origine en 1990. Comment en êtes-vous venu à vous intéresser aux questions d'information médicale et depuis quand ?

G. Wagenaar : Je pense qu'il est possible de répondre à cette question en évoquant le contexte de la psychiatrie publique de la fin des années 70 et la façon dont étaient formés les psychiatres. Je crois pouvoir dire que j'ai bénéficié d'une certaine chance dans les rencontres avec les aînés qui m'ont apporté les bases du métier. Je dois mon initiation à la Psychiatrie au Professeur J.P. Delahousse à Amiens, qui dispensait quelques heures de cours sur la psychiatrie dans le cadre du certificat de neurologie. Il a su d'emblée situer pour ses étudiants la psychiatrie dans le contexte de la santé mentale. Il nous a permis de comprendre que les troubles mentaux ne se réduisaient pas aux grands tableaux psychotiques et que l'incidence de ces pathologies sur la vie sociale des personnes souffrantes mais aussi de leur entourage était majeure, parfois catastrophique.

Je dois ma formation à la psychiatrie hospitalière traditionnelle à Michel Mori, chef de service à Saint-Dizier. Cet élève de Henri Ey a su m'apprendre la rigueur de l'examen complet du malade, examen physique et psychique, la rigueur de la tenue du dossier du patient, et m'a fait connaître les grands tableaux classiques et parfois historiques. Je dois encore aujourd'hui le remercier de sa patience à l'égard des débutants, mais surtout de la clarté qu'il met dans son travail et qui n'est en rien en opposition avec la complexité de la discipline.

Mon parcours s'est poursuivi chez Jean-Pierre Delisle, à Reims pour lequel la mise en place de structures de soin dans la cité a toujours été une priorité. Pour lui et son équipe (Nicolle Grasset, Marc Molczadzki, Alain Rigaud) l'hospitalisation est et n'est qu'une des indications possibles de prise en charge, ce n'est pas le bon remède à toutes les situations. Il a su utiliser toutes les astuces possibles, comme le recours au travail associatif, pour pouvoir offrir des soins adaptés et différenciés et pour prendre en compte les besoins des toxicomanes, des alcoolos-dépendants, les besoins de logement et d'insertion sociale des patients psychotiques. La gamme de soins offerts était beaucoup plus ouverte dans son service que dans la plupart des services équivalents de l'époque, même si depuis, un certain chemin a été parcouru. La psychiatrie ouverte était une application en construction et le dispositif de soin en témoignait. Ce milieu ouvert posait naturellement la question de l'information sur ses actions et sur son efficacité. Je ne serais pas complet si je ne réservais pas une place à Monsieur Claude Lenoble, Directeur de cet établissement psychiatrique et grand facilitateur des initiatives d'ouverture de la psychiatrie. Je lui dois beaucoup dans le décloisonnement qu'il a su me monter entre la fonction administrative et la fonction médicale.

Si avec Jean-Pierre Delisle et son équipe, j'ai appris le travail en équipe médicale, avec

Claude Lenoble, j'ai appris le travail en équipe institutionnelle, dans le bon sens du terme et avec le souci toujours présent de la qualité du service rendu aux populations prises en charge. C'est pour pouvoir analyser les efficacités relatives des prises en charges des patients schizophrènes (hospitalisation temps-complet versus temps-partiel) que j'ai dû me pencher dès le début des années 80 sur les problèmes soulevés par l'information médicale. Grâce à la liberté de concevoir que me laissait Jean-Pierre Delisle, mais grâce aussi à la rigueur qu'il mettait dans certains champs d'activités, j'ai pu faire un premier système de recueil d'information et de description d'activité qui s'appelait Tadeus et qui a fait l'objet de ma thèse de médecine, puis dans ses évolutions ultérieures l'objet de mon mémoire de psychiatrie. Pour pouvoir organiser un recueil d'information systématisé sur tout un service et pour tout les patients de ce service quelques soient les caractéristiques de leur suivi il faut que le responsable de ce service ait mis en place une organisation solide et une cohésion professionnelle de très bon niveau. Ce travail initial n'aurait probablement pas pu se développer dans un autre contexte. L'apport de Claude Lenoble, responsable de l'établissement, a été d'autoriser le déroulement de ces travaux, puis de les prendre en compte dans le budget hospitalier, ce qui était une révolution dans les pratiques administratives. Il a, ainsi, permis la création du premier DIM psychiatrique en France, autonomisant cette fonction au sein de l'établissement en 1989.

N. : Si l'on prend la date de 1984 comme point de départ, cela fait donc près de 20 ans que vous vous intéressez à l'information médicale, quel lien y a-t-il entre la mise en place du DIM et le PMSI ?

G. W. : Votre question est importante, car il régit encore une certaine confusion entre ce qu'est l'information médicale, l'informatique médicale, le DIM, la fiche patient, le PMSI. Un détours par l'histoire des DIM en psychiatrie et par les évolutions de la psychiatrie et des pressions économiques sur la santé depuis une vingtaine d'années est nécessaire.

L'ouverture de l'hôpital psychiatrique sur des prises en charges hors milieu hospitalier est une initiative clinique, relayée par une prise en compte administrative, mais je ne referais pas l'histoire du développement du secteur. Toutefois je noterais que l'administration centrale a inscrit dans plusieurs circulaires les dispositifs de soins nécessaires, sans apporter les modifications indispensables au descriptif de l'activité des établissements de santé restés très hospitalo-centriques (les journées). L'introduction de la Dotation Globale de Fonctionnement, calculée sur des bases historiques, ne prenait pas explicitement en compte la part d'activité hors hospitalisation. Chaque établissement se débrouillait pour mettre en place ses structures de soins ambulatoires par de savants équilibres entre l'hospitalisation à temps complet et le reste, la référence restant des critères

tels que le nombre de lits autorisés et la référence sur l'activité restant le nombre de journées réalisées. Même l'hôpital de jour est par définition hospitalo-centrique, il n'est qu'un modèle dérivé de l'hôpital à temps complet moins l'hébergement.

Depuis 20 ans, ces modèles de description ne correspondent plus à l'évolution des pratiques. Quand 8 personnes sur 10, parfois 9 sur 10, sont prises en charge hors de l'hospitalisation, le recours au modèle hospitalier devient caduque. Depuis de nombreuses années, les établissements psychiatriques rencontrent donc la nécessité de faire valoir cette évolution des pratiques. La DGS, consciente de ces évolutions, a généralisé en 1989 l'utilisation d'un recueil épidémiologique visant à situer les proportions de patients suivis par telle ou telle autre modalité de prise en charge. Cet outil, la Fiche-Patient, relève des présences dans telle ou telle structure. Elle a bien confirmé l'importance du volume de patients suivi hors hospitalisation. Par malheur et par défaut d'outil de description adapté, cette fiche a été détournée de ses objectifs initiaux et on a commencé à lui faire dire des choses qu'elle ne pouvait pas dire. En effet elle décrit des présences de patients, elle ne décrit pas des soins reçus par les patients. Abusivement, et très abusivement, une sorte de consensus s'est développé pour utiliser ce recueil épidémiologique comme un descripteur « d'activité ».

Il est possible de comprendre ce détournement devant la pression croissante exercée sur les établissements psychiatriques, « gisements de productivité », dans lesquels le grand nombre de lits, seul comptabilisé, ne reflète pas les nécessités budgétaires d'ouverture et de mise en place de structures dans la cité.

La naissance des DIM se confond avec l'émergence des moyens nécessaires pour traiter localement de grandes quantités d'informations. Il n'est donc pas étonnant de voir initialement se confondre information médicale et informatique médicale, cette seconde ayant fortement masqué la première. Dès le début des années 80, celui de la généralisation de la micro informatique, une floraison d'applications locales centrées sur le dossier médical (pas sur le dossier patient) et/ou sur l'épidémiologie, a vu le jour. Les notions d'économie médicale, celles de systèmes d'information n'ont pas encore leur place sauf dans un certain nombre de centres hospitaliers importants. Dans ces centres, l'informatique est télégérée et centralisée et centralisatrice sur le modèle très compréhensible

pour la MCO (Médecine Chirurgie Obstétrique) dans laquelle le soin possède pour un patient une unité de lieu, une unité de temps, et une unité d'action centrées autour du séjour. L'information médicale en santé mentale commence à s'installer en dehors de l'existant, voir en compétition ou concurrence avec l'existant tout à fait inapproprié à la description des pratiques soignantes de secteur.

Dans ce même temps s'exprime une demande de reconnaissance du « travail » et en particulier du travail infirmier. Nous entendons ici la demande de reconnaissance de la charge de travail. Des travaux importants dans ce domaine, en particulier à Rouffach grâce à Serge Gaubert, Infirmier Général et ses équipes et grâce à Pierre Wesner, directeur, et l'informatique et les informaticiens qu'il a su mettre à la disposition de ce travail, voient le jour. Nous assisterons toutefois dans bien des endroits à un nouveau détournement de la fiche patient pour rendre compte du « travail » des équipes de soins.

La maturation des concepts est lente et les revendications d'existence empruntent les outils existants, au lieu de chercher à forger des outils appropriés.

Dans le même temps, l'effort de transparence sur les pratiques apporte une remue-ménage important autour des notions de confidentialité, de secret médical partagé, se traduisant notamment par des querelles épiques sur l'utilisation des diagnostics puis sur l'utilisation des classifications. Dans ce chaos, les médecins qui souhaitent s'occuper du DIM n'ont pas d'autres alternatives que de faire appel à des outils « légitimes » et un seul existe même s'il est inadéquat. Les futures responsables de DIM sont pris dans une glue institutionnelle qui les oblige à sans cesse légitimer leur action, à sans cesse devoir offrir des garanties à leurs collègues. On note, au passage, dans les établissements psychiatriques l'importance prise par le « règlement intérieur des DIM » alors que dans les établissements de MCO le DIM devient vite un service para-clinique comme la radiologie ou la biologie, ou encore la pharmacie, un service au service des services.

Il faut beaucoup de temps pour que le DIM trouve sa place et un certain nombre d'établissements en 2000, n'ont toujours pas de DIM.

Ayant déjà un problème de légitimité, ayant un problème d'inadéquation des outils et de faiblesse des concepts, le DIM se voit aujourd'hui en face de l'arrivée du PMSI. Il devra intégrer cette nouvelle donne directement issue de préoccupations médico-économiques

Du corps machine à la santé harmonique

Foreseen, Observatoire International des Tendances Sociologiques
Plon

Le corps ne sera plus demain cet objet dont on use et abuse et que l'on abandonne, une fois brisé, à la toute-puissance d'une médecine mécaniciste, mais le sujet autonome d'une médecine holistique. Une conception de la santé renouvelée, où les médecins se montrent soucieux de préserver l'harmonie entre le corps, l'esprit et la nature. Cette nouvelle approche de la santé annonce un changement radical de nos attitudes dans bien des domaines. Comme celles des religieux, des philosophes, des juristes et des politiques, parce que c'est à eux que revient de définir les règles morales et juridiques qui délimitent la frontière entre ce qui est acceptable et ce qui ne l'est pas quand on touche à la vie. Les débats toujours passionnés qui entourent des sujets comme la contraception, l'avortement, l'euthanasie ou plus récemment le clonage

en sont l'illustration. Les économistes, les gestionnaires et les administrateurs sont concernés parce qu'ils doivent décider des investissements, de leurs affectations, des programmes de recherche, de l'organisation de la Santé Publique et des prestations maladie. Les professionnels de santé le sont aussi, à l'évidence, car la conception que la société se fait de sa santé induit la demande comme les attentes et détermine les comportements. Les entreprises commerciales également car les produits et les prestations seront de plus en plus culturellement investis d'une connotation santé en accord avec les aspirations nouvelles des consommateurs. C'est le cas, notamment, dans les domaines de l'alimentation, de la beauté, du sport et des loisirs. Mais ce qui est vrai pour une politique commerciale l'est aussi pour la communication qui accompagne et accélère les modèles et les comportements sociaux. Les médias, enfin, parce qu'ils ont un rôle pédagogique majeur à jouer dans ce domaine, même s'ils doivent pour cela entrer en concurrence avec les professionnels de la santé.

de répartition des moyens. De 1990 à 2000, la mise en place d'une information médicale par les DIM était « libre » dans chaque centre hospitalier psychiatrique, contrairement au cadrage fort imposé par le PMSI en MCO. Les DIM MCO ont été légitimés par le PMSI MCO et sont devenus des techniciens du PMSI. Pourtant, dans ces établissements, un grand nombre de questions sur le dossier médical, sur le dossier patient, sur l'archivage sont restées avec des réponses insatisfaisantes et nombre de responsables de DIM aimeraient que l'on utilise leur compétence dans la participation à une véritable mise en place d'un Système d'Information d'Établissement, base indispensable au développement d'activités statistiques telles que celles nécessaires pour le PMSI.

N. : Il serait, peut-être, nécessaire que vous nous situiez mieux ce qu'est le PMSI. Pour la plupart des professionnels de la Santé Mentale, médecins ou infirmiers, on parle beaucoup du PMSI, mais sans que l'on puisse se représenter concrètement ce que cela recouvre.

G. W. : Le PMSI est le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information. Toutefois cette réponse est insuffisante si l'on n'ajoute pas que c'est le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information de l'État. Ce programme a pris naissance en France à partir des années 1975, pour aboutir à une application généralisée d'abord en MCO en 1995, puis en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) en 1998 et en 2001 en Santé Mentale.

Aussi peu crédible que cela puisse paraître, la production des établissements de santé est restée inconnue jusqu'à l'instauration du PMSI. Jusqu'au début des années 1990, seules les dépenses des établissements de santé étaient connues, sans que l'on sache de façon généralisée, à quoi ces dépenses avaient servi, sinon à l'investissement dans tel ou tel plateau technique et à la rétribution de telle et telle catégorie de professionnels de santé. Une logique de dépense n'exige, en effet, pas d'autre justification que la transparence des comptes. Depuis 1975, les États et pas seulement la France, sont confrontés à la nécessité de maîtriser les dépenses de santé et dès cette période, la recherche d'outils apportant une description de l'utilisation des ressources sanitaires en rapport avec la production de certaines natures de soins, est poursuivie. Présenter autrement, la question est : une journée d'hospitalisation qui coûte tant à servi à traiter quelle maladie et à du mettre en jeu quels moyens en plateau technique et personnels. Les moyens de connaître les dépenses étant déjà en place, il fallait alors « médicaliser » cette connaissance par un rapport effectué entre celle-ci et des arguments cliniques.

Le PMSI s'inscrit clairement dans une perspective de distribution éclairée des ressources sanitaires et d'une meilleure équité dans la répartition des moyens. Il est, ainsi, immédiatement perceptible qu'une discipline médicale qui resterait à l'écart d'un outil de répartition partagé par la majorité des disciplines serait très facilement maintenue dans le rôle de parent pauvre, ou vivrait de la condescendance de ses riches voisins.

N. : On peut comprendre la nécessité pour l'État de disposer d'un éclairage sur la production hospitalière, mais ça laisse de côté la production de soins par les médecins généralistes ou spécialistes libéraux et la connaissance sur l'hospitalisation proprement dite ne paraît pas adaptée au champ de la santé mentale qui s'exerce de plus en plus en ambulatoire.

G. W. : Vous avez tout à fait raison de rappeler les spécificités des actions thérapeutiques

en Santé Mentale. Cette question nous ramène, d'ailleurs, à celle du rapport entre les DIM et le PMSI. À l'initiative de la DGS, Le Dr Brice étant chargé de ce dossier, a été élaborée en 1989 une circulaire destinée à favoriser la recherche en information médicale dans les établissements psychiatriques. Ce texte a suivi son parcours institutionnel passant par la DH et la cellule PMSI, puisque qu'une application dans les hôpitaux concerne obligatoirement cette direction du ministère de la santé. Cette circulaire de 1990 (90-07 du 11 avril 1990), « relative à l'expérimentation de la gestion de l'information médicale en psychiatrie » mentionne le PMSI en rappelant la circulaire N° 303 du 24/07/1989 relative à la généralisation du PMSI en MCO. L'objectif est de faire appel à un certain nombre de DIM naissants dans les hôpitaux psychiatriques pour effectuer des recherches et des propositions dans le domaine de l'information médicale.

Par une évolution habituelle du fonctionnement des institutions, un groupe de travail réuni régulièrement à Paris, se met en place et prend très vite le nom de « groupe des 13 ». De ces réunions régulières des premiers DIM psychiatriques sortira en avril 1994, sous la conduite du Dr Alain Lopez, un rapport traçant les grandes lignes des spécificités du soin en santé mentale et présentant d'une part l'inadéquation d'un transfert de technologie de la MCO vers la Santé Mentale, d'autre part la nécessité d'élaborer un outil spécifique, puisque même dans d'autres pays, un tel outil n'existe pas encore.

En 1995 deux directions de travail sont prises, l'une sur un outil de recueil et de valorisation financière des données, l'autre, tout aussi nécessaire, sur le suivi longitudinal des patients.

La suite est plus proche. En 1997 et 1998, un recueil initial de données sur deux fois deux semaines a mobilisé 122 établissements publics ou privés, cliniques, CHG ou CHS, pour constituer un stock de données à explorer afin de faire le tri des informations se rapportant aux caractéristiques des patients et pouvant expliquer les différences de prise en charge. La spécificité du soin en Santé mentale conduit à regarder les demi-journées et les journées de prise en charge à temps partiel ainsi que les journées de prise en charge à temps complet comme caractérisées par l'état clinique du patient. Ces caractéristiques de patients permettent de constituer des « Groupes Homogènes de Journées » identifiables autour de coûts similaires pour des états cliniques similaires. Le séjour d'un patient n'est alors plus encadré par une durée minimale et une durée maximale, il n'y a pas, comme en MCO, des séjours de J jours correspondant à des caractéristiques cliniques C, mais une succession de journées à caractéristiques déterminées.

Ceci laisse de côté le travail hors prise en charge institutionnelle réalisé hors hôpital de jour, CATTP, Appartements thérapeutiques ou hospitalisation à temps complet. Une grande partie des personnes (80 à 90 %) vues par les équipes de soins est vue par répétition d'actes ponctuels, le plus souvent dans un colloque singulier entre le patient et le soignant. Ce qui détermine alors le plus le poids économique de cet acte ponctuel est la nature de l'intervenant, le nombre d'intervenants pour ce patient dans cet acte ponctuel là, la durée de cet acte et sa nature. Les caractéristiques cliniques du patient suivi par succession d'actes ponctuels, ne se reflètent pas sur l'acte lui-même, mais sur sa répétition et sa fréquence, ce que seul le suivi longitudinal peut mettre en évidence.

N. : Le recueil initial de données que vous évoquez faisait appel à EDGAR, et un certain nombre d'établissements psychiatriques trou-

vent assez adapté ce système de description de l'activité. Comment ce système a-t-il été conçu et est-ce qu'il fera partie du PMSI ?

G. W. : Il est amusant que vous évoquiez cet acronyme. Il est déjà bien ancien car il date des premières expériences d'information médicale en 1989 sur l'établissement où je travaillais à l'époque comme DIM. Il n'est, par contre, pas très étonnant qu'il ait eu une certaine estime des soignants car il est né de l'étude des pratiques soignantes. Ces cinq actes clés : Entretien, Démarche, Groupe, Accompagnement, Réunion, sont le résultat d'un travail conduit avec un groupe de médecin, d'assistantes sociales, de secrétaires médicales, de psychologues, d'infirmiers, avec lequel nous avons recherché dans un premier temps s'il existait des rencontres avec le patient, différenciables par leurs objectifs cliniques. Dans un second temps, avec ces professionnels de santé, nous avons recherché les mots qui seraient les mieux compris et les plus adaptés pour traduire ces différences de perspectives cliniques.

La mise en pratique de ces concepts dans le système d'information médicalisé de cet établissement pendant plusieurs années, est venue confirmer le bien fondé de cette analyse. En effet, dans l'étude du suivi des patients sur une ou plusieurs années, c'est la proportion de E ou D ou G ou A ou R qui pour un groupe de caractéristiques cliniques déterminé différencie le mieux la réponse faite à une pathologie de celle faite à une autre pathologie.

Le PMSI, tel qu'il devrait bientôt s'appliquer à la Santé Mentale, reprendra cette différenciation des actes ponctuels avec quelque chose qui fait également l'originalité de ce PMSI et qui est la prise en compte d'actes ne s'adressant pas à des patients définis mais à la communauté. En effet, même si sur la quantité de soins produite, les actions pour la communauté ne représentent pas une grosse part d'activité, il reste important de pouvoir mettre en évidence que la pratique d'actions à caractère préventif peut avoir une incidence sur la morbidité.

N. : Est-ce que le PMSI sera difficile à utiliser ? Ne va-t-il pas avoir des effets sur les soins que l'on peut donner aux patients ?

G. W. : A la première partie de votre question, je répondrais que le Groupe Technique du PMSI a toujours essayé de tenir compte au mieux des critères de faisabilité et de simplicité du recueil de données. Le nombre d'informations requises pour le PMSI a été limité au strict nécessaire. Le PMSI est un outil de description du produit des établissements de santé, il n'est pas la Fiche-Patient, ni le dossier patient, ni le dossier médical ou infirmier. Le PMSI n'est pas un outil destiné à étudier la charge de travail ou les besoins d'une population. Il est très simple à utiliser. Un système d'information existant dans un établissement sera beaucoup plus enrobé que ce qui est strictement nécessaire pour le PMSI, et qui peut le plus peut le moins. Le PMSI pourra, pour certains établissements où l'information est bien structurée, être automatiquement produit, sans effort de recueil particulier, si les bonnes questions ont été posées au bon moment.

La seconde partie de votre question contient déjà sa réponse et les exemples de l'incidence de définition de l'activité marquant les pratiques ne date pas du PMSI. Ce n'est pas tant sur l'activité par actes ponctuels appréciable surtout dans le temps, que sur l'activité institutionnelle, qu'à long terme, voir à très long terme, pourrait se remarquer une incidence du PMSI. Il faut rappeler que l'objectif de rééquilibrage des dépenses de santé entre les régions et les établissements est un objectif national. Le PMSI peut être l'un des outils de ce rééquilibrage. Les « riches » pourraient

Le désarroi hospitalier Patients et thérapeutes en mal de parole

Michel Renault
L'Harmattan

Ces essais sont nés d'échanges cliniques, lors de groupes psychanalytiques réunissant des médecins, des psychologues, des cadres infirmiers, ou à l'occasion de séminaires auxquels participaient des responsables d'équipes de soins palliatifs et des soignants en charge de malades handicapés. Des préoccupations majeures s'en sont dégagées. Les unes concernent l'insatisfaction croissante, voire le sentiment d'abandon de patients hospitalisés, alors même que l'opinion publique réitère sa confiance dans le progrès des sciences médicales. Les autres dévoilent le désarroi de médecins et de soignants devant une dérive institutionnelle qui perd de vue le souci thérapeutique au quotidien. D'où certaines interrogations. En ces lieux de souffrance, la logique scientifique peut-elle se déployer sans détruire les échanges entre patients et thérapeutes ? Et s'agit-il d'un problème de gestion médicale ou d'un effacement symbolique du lien social d'hospitalité ?

s'en plaindre, les « pauvres » n'auront qu'à s'en réjouir.

N. : Vous pratiquez l'information médicale depuis longtemps, vous en avez l'expérience dans plusieurs établissements, quelles recommandations feriez-vous aux professionnels de santé pour ne pas subir un outil qu'ils n'ont pas forcément désiré ?

G. W. : Le PMSI est une immense chance à saisir pour la Santé Mentale. La maladie mentale, la souffrance mentale, a pris un poids considérable dans les pays économiquement développés où elle est en passe de devenir, si elle ne l'est pas déjà, la première cause en quantité de personnes touchées et en incidence sur l'économie, de dépenses sociales et de santé. Même dans les pays moins développés, le poids économique des troubles mentaux est majeur. La santé mentale reste sur un système de description assez opaque ou assez flou pour ne pas être vu à sa juste place. Une transparence accrue sur le service rendu, même si elle doit entraîner quelques grincements de dents, ne peut que rendre à cette discipline mal aimée et mal « médiatisée » la place qui lui revient parmi les autres disciplines médicales. Il est certain que, parallèlement, le dispositif de soin doit continuer à évoluer vers plus d'ouverture, plus de présence là où se présente la souffrance. Il doit moins fonctionner pour lui-même et plus en amont de son fonctionnement actuel. Le dispositif de soin actuel semble ne pas prendre en charge comme il serait nécessaire les « nouvelles clientèles » : adolescents, personnes âgées, personnes socialement désinsérées, jeunes mères et jeunes familles. Les expériences ou les réalisations pilotes connues, ça et là, masquent les carences existant sur d'autres sites. Le PMSI offre une chance à la Santé Mentale en lui donnant les moyens de mieux valoriser l'activité en dehors du cadre hospitalier et en prenant en compte l'activité pour la communauté. Les professionnels de santé ont une opportunité à saisir et même si l'outil est bien imparfait, il est déjà plus adapté qu'une absence d'outil de description de l'activité. ■

*Psychiatre, praticien hospitalier en Épidémiologie, Biostatistique, Informatique Médicale. Membre du Groupe Technique N° 1 pour le PMSI en Santé Mentale.

BIOGRAPHIE (suite)

société de l'autre. La psychologie historique, très proche de la psychologie collective, se détourne de cette distinction radicale. Le passage désormais obligé par le laboratoire, affirmé par les psychophysiologistes, les psychologues expérimentalistes, les psycho-sociologues, va reléguer dans les marges de la « science psychologique », désormais unifiée par sa seule méthode, les démarches d'inspiration meyeronienne.

En 1949, Fraisse devient secrétaire général de la Société Française de Psychologie et ne cessera d'y exercer son pouvoir. Il fonde en 1956 une revue à titre d'organe officiel de la Société : *Psychologie Française*⁽⁵⁰⁾. Si, dès la fin de la guerre, la position de Meyerson à la Société était fragilisée, la prise du pouvoir par Fraisse achève sa destitution. Fraisse détient désormais le pouvoir et Meyerson n'est plus rien en psychologie. Certes, il reste jusqu'à l'éclatement du CNRS président de la section psychologie-sociologie, ce qui n'est pas peu ; mais on sait que sa disgrâce est acquise.

Jusqu'aujourd'hui, les psychologues qui écrivent l'histoire de leur discipline en France, omettront soigneusement toute l'œuvre de Meyerson au *Journal* et à la Société, passeront, dans ce siècle, trente années sous silence. La construction de la discipline sera présentée comme l'œuvre quasi exclusive de Piéron, éventuellement de Dumas et de Janet : l'histoire sera, comme c'est souvent son lot, écrite à l'aune du présent, de cette couleur positiviste de la psychologie, de la grisaille d'un homme morcelé, découpé en fonctions ou en comportements, décharné, écorché, dépouillé de sa « nature culturelle ». Un homme fixé. On « oublie » le long espoir meyeronien, l'entreprise démesurée, et la longue collaboration de la psychologie avec les autres sciences de l'homme sera la tache aveugle de cette discipline. Elle ne voudra connaître ni les « années spiritées » qui furent son berceau, ni le bain de sciences humaines dans lequel elle grandit. Et parce qu'il faut bien naître et grandir, elle se construira de toutes pièces une autre histoire à sa mesure, sans danger ni compromission, sans audaces non plus.

L'ENSEIGNEMENT D'IGNACE MEYERSON OU L'ART D'ÊTRE PSYCHOLOGUE

En 1953, Meyerson, enfin nommé à l'EPHE, fonde le Centre de Psychologie Comparative, lieu de conférences et de débats réguliers, deux jeudi par mois, au siège administratif de l'École. Meyerson donne la première conférence : *Principes d'une psychologie objective historique*, dont il ne subsiste dans les archives que deux feuillets de notes ; beaucoup d'autres alimenteront désormais le *Journal*, comme l'avaient fait les conférences devant la Société. Le public de ces conférences est surtout constitué des fidèles parmi lesquels R. Francès, F. Bresson, Ph. Malrieu, O. Revault d'Allonnes, M. Détienne, J.-P. Vernant bien sûr, E. Poulat... Le Centre organise quelques colloques, sur la couleur (1954), la personne (1960) et le signe (1962). Les deux premiers seuls ont été publiés et tardivement (respectivement en 1957 et 1973). Lors du premier (dédié à L. Febvre, mort en 1956) intervinrent par exemple F. Braudel et Fernand Léger, Jean Duvignaud, L. Gernet ; lors du second, M. Détienne, J.-P. Vernant, Pierre Naville, Louis Dumont, E. Poulat, Pierre Hadot, Michel Butor, parmi bien d'autres.

Meyerson se consacra au Centre et au *Journal* jusqu'à sa mort, en 1983. Il est très révélateur que les derniers numéros du *Journal* aient été surtout des numéros spéciaux : Meyerson parvenait encore sans difficulté à « faire travailler » des spécialistes divers sur un thème commun, comme *Phénomènes sociaux chez*

les animaux (1974) ou *Recherches et analyses dans l'art* (1978), mais il ne pouvait plus alimenter régulièrement sa revue avec des articles provenant des psychologues ou des sociologues. Entre-temps, la psychologie s'était considérablement éloignée des autres sciences de l'homme et l'unité tant souhaitée avait été reléguée aux oubliettes. Et puis il n'était pas très recommandé de se joindre au groupe hétéroclite et bien peu positiviste des « meyeroniens ».

Mais Meyerson donna des cours. A côté du *Journal* et du Centre, qui certes l'occupaient beaucoup, il enseignait à l'EPHE, un séminaire hebdomadaire pendant chaque année universitaire sur des sujets extrêmement variés, comme l'imposait sa conception de la psychologie. Chacun de ses cours est un ouvrage préparé, structuré ; à chacun de ces thèmes, il apportait un travail considérable (propre également bien sûr à alimenter les activités du Centre) : sur les œuvres d'art, sur les signes, sur la personne, sur le journal intime, sur la notion d'expérience... chaque fois on trouve, dans les archives, des textes de 150 à 600 pages manuscrites (567 sur l'autobiographie en 1967-1968 par exemple...). Les cours de Meyerson, voilà son œuvre véritable, non contrainte, voilà ce que Meyerson aime et sait faire et qu'il va offrir à ses étudiants pendant plus de vingt ans.

Que leur apprend-il ? Qu'est-ce que cette psychologie historique, objective, comparative ? Dans sa thèse bien sûr, mais surtout dans ce cours et dans quelques articles décisifs, Meyerson souligne que la psychologie qu'il pratique a pour ambition de rendre compte de ce qui est spécifiquement humain : l'esprit. Mais Meyerson présente de l'esprit une conception qu'il ne partage avec aucun psychologue (mais avec certains philosophes) : l'esprit d'abord ne peut être étudié comme un attribut individualisé de l'être humain car il reflète les structures de la société et les produit collectivement. Cette conviction, Meyerson l'a forgée au contact des durkheimiens dans les années 20, de leurs réflexions profondes sur les représentations collectives et leur impact sur les pensées et actions individuelles ; auprès de ses amis historiens plus récemment, avec leur concept de « mentalité ». Elle fait écho à une autre pensée, étrangement proche à certains égards de celle de Meyerson, mais dont il ne semble pas qu'il ait eu connaissance : celle de Norbert Elias. En 1939, Elias écrit un essai (publié en 83 seulement) dans lequel il condamne toute psychologie qui isolerait l'individu : « *Les structures de l'intériorité humaine, celles de la société humaine et celles de l'histoire sont des phénomènes complé-*

mentaires indissociables qui ne peuvent être étudiés que dans leur interdépendance. Ils n'existent ni n'évoluent en réalité de façon aussi indépendante les uns des autres que voudrait le croire la recherche actuelle. Ils constituent au contraire avec d'autres structures l'objet d'une seule et unique science de l'homme » (Elias, 1939, p. 76 ; c'est moi qui souligne). Le projet d'unification qui présidait naguère aux travaux de la Société de Psychologie trouve encore ici un écho ; Meyerson lui-même ne l'a pas abandonné.

Elias précisait que, sans cette conviction que l'homme ne peut être étudié que dans son milieu naturel qu'est la culture, qu'il n'est un humain que dans une culture, on crée de toutes pièces un « homme intérieur », véritable fiction psychologique, auquel on prête une origine naturelle et biologique et que l'on autonomise du social. Cette fiction fait apparaître à l'individu qu'il serait « intérieurement » quelque chose pour soi, alors que la société et les autres hommes lui seraient extérieures. Il se ressent comme un sujet : « *La conscience de soi correspond à une structure de l'intériorité qui s'instaure dans des phases bien déterminées du processus de civilisation. Elle se caractérise par une forte différenciation et par une forte tension entre les impératifs et les interdits de la société, acquis et transformés en contraintes intérieures, et les instincts ou les tendances propres à l'individu, insurmontés mais contenus* » (ibid., p. 65).

Dans le colloque sur la personne, qui est l'occasion d'étudier les conditions historiques d'apparition de cette catégorie, Meyerson ne dit pas autre chose, mais le dit autrement. Cependant, peut-être qu'Elias, en pointant ici l'origine de la « sensation qu'il y aurait quelque chose d'intérieur » qui n'entrerait qu'après coup dans des relations sociales (p. 66), se fait plus psychologue que Meyerson.

Quoi qu'il en soit, dans les thèses de Meyerson comme dans celles d'Elias, aucune place pour un sujet.

Si l'esprit ne peut être étudié comme l'attribut d'un sujet, s'il n'est pas dans l'individu, où le trouver ? Meyerson apporte ici une réponse qui s'inscrit dans la tradition de W. Dilthey, de C.S. Peirce, de L. Wittgenstein aussi : l'esprit est dehors, présent dans ses manifestations phénoménales (même si les conditions physiologiques de ces manifestations au niveau individuel sont évidemment dans le cerveau). Pour étudier objectivement l'esprit (et non subjectivement puisqu'il n'est pas une caractéristique du sujet isolé), il faut analyser ses « extériorisations » (Dilthey), ses œuvres, l'étudier « à l'œuvre » dans ce qu'il a produit et produit toujours. L'esprit objectif, pour re-

prendre une expression de Hegel (que Meyerson n'utilise pas), c'est le résultat solidifié d'un acte, résultat détaché et tangible, observable. Libéré du « sujet », l'esprit s'est exprimé et a laissé sa « trace parlante » : une chose, une œuvre. Ainsi par exemple les collections du Musée de l'Homme conservent-elles ces vestiges de l'esprit impersonnel, objectif... Tout comme les objets si divers dans les supermarchés... tout comme les livres des bibliothèques de Babel... tout comme les articles du Code pénal... tout comme le Louvre... tout comme les champs, les côtes et les bois, la Terre entière : « *Un esprit objectif habite les vestiges et les paysages* » écrivait Merleau-Ponty en 1945, dans sa *Phénoménologie de la Perception* (p. 400). L'artifice humain est partout qui signe la marque de l'esprit. Merleau-Ponty s'interrogeait en psychologue : « *Comment un objet de l'espace peut-il devenir la trace parlante d'une existence, comment inversement une intention, une pensée, un projet peuvent-ils se détacher du sujet personnel et devenir visibles hors de lui dans son corps, dans le milieu qu'il se construit ?* » (id., p. 401).

Selon Meyerson, la psychologie de l'esprit a pour objet ces œuvres : « *...dans l'œuvre, la psychologue peut trouver l'opération qui l'a édifiée, la ou les fonctions psychologiques qui y ont été engagées, les faits psychologiques nouveaux qui ont surgi pendant la création. Le monde des œuvres humaines, d'une richesse inépuisable, est, doit être pour le psychologue ce que le monde des faits de la nature est pour le physicien. Il offre à la psychologie de l'homme une matière à la mesure de sa tâche véritable : dans les œuvres, l'homme a exprimé ce qu'il y avait en lui de plus formé, de plus solide et de plus. L'homme est œuvres* » (1952, in 1987, p. 77⁽⁵¹⁾).

Meyerson, dans la préface de sa thèse, avait été précis : « *Les états mentaux ne restent pas des états, ils se projettent, prennent figure, tendent à se consolider, à devenir des objets. C'est est à cause de cette aptitude fondamentale, de ce trait constitutif de l'esprit que son étude objective est possible* » (1948b, p. 10). Comme l'écrit V. Descombes, « *Les états d'esprit sont des états historiques et, pourrait-on dire, des états civils* » (1995, p. 3 12).

Mais cet esprit, qui s'incarne dans les œuvres, est-il toujours le même ? « *Ces œuvres diverses, est-ce le même homme qui les a faites ?* » s'interroge Meyerson en introduction du cours que nous publions⁽⁵²⁾ ? S'il faut le chercher dans ses créations, dans les faits de civilisation, il faut s'attendre à ce qu'avec elles, en elles, par elles aussi, il varie. Comme l'explique simplement Vernant en commentant l'œuvre de Meyerson : « *Mais nous acceptons difficilement de reconnaître que les fonctions elles-mêmes varient. Nous pensons qu'il y a des fonctions de base qui définissent l'homme et qui ne peuvent être autres que ce qu'elles sont : un homme doit avoir la personnalité, la volonté, la mémoire, l'imagination, la perception, etc., comme il a une tête et un estomac* » (1950 in 1996, p. 166).

Or toutes ces fonctions se sont construites et modifiées. Et il faut en faire l'histoire puisque les œuvres passées sont manifestations de l'esprit tout autant que les œuvres contemporaines. Pas de fixité de l'esprit par conséquent. S'il est dans ses œuvres et que celles-ci varient, c'est qu'il varie également. La psychologie doit donc renoncer à la croyance en un tableau définitivement constitué des fonctions psychologiques par lesquelles sont produites les œuvres ; et puisque l'esprit n'est que dans les œuvres, elle doit aussi renoncer à étudier une réalité spirituelle qui existerait en dehors d'elles. Prenons un exemple, le cœur même de bien des psychologies, de celles des empiristes, des behavioristes : la catégorie psychologique d'intérêt. Comme l'explique P. Bourdieu (1992, p. 92, par exemple), cette catégorie est pré-

LA NOTION D'ÉTAT AIGU DANS LA SCHIZOPHRÉNIE

Lilly France lance une enquête sur la « *Notion d'état aigu dans la schizophrénie* », coordonnée par Jean-Michel Azorin et Franck Bayle. Cette enquête se déroulera au cours du second trimestre 2000 auprès de près de 3000 psychiatres répartis sur tout le territoire.

Les principaux objectifs sont :

- d'élaborer une définition clinique de l'état aigu schizophrénique,
- de comprendre les symptômes les plus importants qui conditionnent le traitement d'un état aigu pour les cliniciens.

Les premiers résultats devraient être disponibles durant l'été 2000. Une publication est prévue pour la fin d'année 2000. La notion, encore très floue, d'état aigu, est centrale dans la prise en charge de patients souffrant de schizophrénie. La littérature actuelle s'accorde sur le fait qu'à chaque rechute psychotique, marquée par une importante symptomatologie positive (délire, hallucinations, excitation, hostilité, agitation...), qui correspond en général à un état aigu, les facteurs précipitant la décompensation sont plus ténus, et la réponse aux traitements plus incertaine⁽³⁾. Le pronostic à long terme s'en trouve affecté et les chances d'amélioration diminuées^(1, 2, 3, 4). Il est donc crucial de mieux définir l'état aigu pour pouvoir ensuite envisager, dès le premier épisode, une meilleure prise en charge. ■

P.C.

(1) R.J. Wyatt, *Neuroleptics and the Natural Course of Schizophrenia*, 1991, Vol. 17, n°2.

(2) *Practice Guideline for the Treatment of patients with Schizophrenia*, American Psychiatric Association, Am J psychiatry 154:4, April 1997, Supplement.

(3) J.P. Olié et al., *Thérapeutiques biologiques : état actuel des traitements neuroleptiques, et voies de recherche*, dans Scotto J.C., Bougerol T. (eds) « Les schizophrénies, aspects actuels », Flammarion, Médecine-Sciences 1997, 197:216.

(4) S. Mantelet, A. Féline, *Eléments du pronostic*, dans Scotto J.C., Bougerol T. (eds), « Les schizophrénies, aspects actuels », Flammarion Médecine-Sciences, 1997, 246:254.

sentée, par ces psychologies, comme un universel transhistorique de la nature humaine ; mais cette universalisation repose en fait sur un ethnocentrisme : l'intérêt est un arbitraire historique construit, né avec le mode de production capitaliste ; ce que Mauss, dans son *Essai sur le don*, soulignait déjà. Il en résulte pour le psychologue que la catégorie d'intérêt doit être dé-construite par une observation empirique de son élaboration au cours de l'histoire.

Il en résulte que, tour de force il est vrai plein d'embûches, la psychologie doit renoncer à étudier les autres hommes en partant des notions psychologiques construites à partir des hommes actuels... Et si elle ne peut faire autrement, alors qu'elle n'oublie pas le caractère relatif de ses notions. Cette question générale de « la pensée de l'autre » n'est ni nouvelle, ni résolue : Ch. Blondel y était confronté quand il s'interrogeait sur la conscience morbide (1914) ; Th. Nagel l'est aujourd'hui quand il se demande (1974) ce que cela fait à une chauve-souris d'être une chauve-souris. Nul ne peut contester que ces questions restent fondamentales pour la psychologie de, l'esprit (ou de la conscience) ; nul ne peut contester non plus qu'aucune description ne les épuise. Wittgenstein le précisait encore avec un aphorisme lumineux : même si un lion savait parler, nous ne le comprendrions pas (*Recherches philosophiques*, II, M). Pour comprendre l'autre (c'est-à-dire son esprit), pour comprendre sa différence (le fait qu'il soit un autre), il faut avec lui partager un monde. Le partage de ce qui institue le monde est la condition incontournable de la connaissance de l'autre. Les historiens des mentalités ont été confrontés à la même difficulté : de quels outils conceptuels se doter pour rendre compte d'une « mentalité » (d'un outillage mental) radicalement différente ? Dans un article publié en 1983, Roger Chartier souligne que les travaux de M. Foucault ont démontré que « *La folie, la médecine, l'État ne sont pas des catégories pensables sur le mode, de l'universel et dont chaque époque particulariserait le contenu. Derrière la permanence trompeuse d'un vocabulaire qui est le nôtre, il faut reconnaître, non des objets, mais des objectivations qui construisent chaque fois une figure originale* » (Chartier, 1983, p. 60-61).

Comme il le remarquera en 1996, le rapprochement entre les conceptions de Foucault et celles de Meyerson sur la question de l'historicité des catégories est frappant (Chartier, 1996, p.232).

Mais c'est là que s'arrête la similitude entre les historiens des mentalités ou M. Foucault et Meyerson, c'est là que se révèle la « modernité perpétuée » (ibid., 1996, p. 233) de Meyerson. Le concept de mentalité est en effet trop inclusif à ses yeux, puisqu'il suppose qu'on peut réunir, dans une même configuration cohérente, l'ensemble des « œuvres » produites à une certaine époque ; cette configuration définirait une « culture » qui présenterait des caractères originaux et reconnaissables dans les diverses productions : «... Nous avons le sentiment que l'étude de la mentalité de l'homme total aboutit à des généralisations qui risquent d'obscurcir et la diversité simultanée et les variations successives réelles » (Meyerson, 1948b, p. 134).

Meyerson considère que le psychologue est aux prises avec une réalité plus large, plus complexe.

« Existe-t-il un invariant formel d'une civilisation, qui serait comme la matrice des formes spécifiques des diverses séries (d'œuvres) ? Cela a été, et reste encore en partie la conviction profonde de bien des historiens des civilisations et des ethnologues (...) Mauss aussi en était à moitié persuadé. (Cet « atome » de civilisation) est, ou a été, un besoin de l'esprit (...). Mais il semble qu'il faille abandon-

ner cette recherche-là comme l'autre (celle de catégories fixes). Il ne paraît pas y avoir de formes communes, formes de bases : il y a liaison, complémentarité, non similarité » (1953, in 1987, p. 85-86).

Il faut écrire la série historique des transformations de chaque classe d'œuvres, de chaque fonction psychologique ; or cette histoire est faite de commencements, de ruptures, de recommencements : « *C'est une histoire rompue* » (1948a, in 1987, p. 54), une histoire qui n'est pas unilinéaire, c'est une « polyphonie ». Les sauts, les remaniements, les transformations dans un domaine ont plus ou moins de retentissements dans les domaines voisins : « *Ces transformations, souvent, ne sont pas synchrones dans diverses disciplines. Le décalage surprend quelquefois au premier abord* » (1953 in 1987, p. 87). L'analyse doit donc tenir compte de la spécificité des classes d'expression de l'esprit humain, de leur autonomie, mettre à jour leurs décalages.

Ce concept de décalage, on le sait, figure dans la théorie piagétienne du développement psychologique de l'enfant. En 1941, dans un article publié dans les *Archives de Psychologie*, Piaget présente sa conviction que les différents « systèmes d'actions ou de notions » ne se développent pas au même rythme et qu'on peut, par conséquent, constater des « décalages horizontaux » dans leur genèse ; Piaget cependant y insiste et c'est là, sans doute, une différence fondamentale d'avec les décalages meyersoniens : « *Il ne s'agit pas de décalage entre différentes structures opératoires, mais entre les mêmes groupements portant sur des contenus différents* » (Piaget, 1941, p. 265).

Pour Meyerson, il s'agit de décalages non seulement de contenus, mais de fonctions. Quelques années plus tôt, juste avant la guerre, Piaget et Meyerson ont correspondu et conversé beaucoup à propos de la genèse de la notion de nombre que Piaget est alors en train d'élaborer. Là encore, on constate (et eux le constatent dans le plaisir de l'amitié) une certaine cohérence de leurs idées, l'un dans le développement de l'enfant, l'autre dans l'histoire de la pensée. L'un inspira-t-il l'autre ? Comme toujours en de tels cas, il n'y a sans doute pas de réponse à cette question ; comme disait Meyerson à cette époque, « *Nous avons du génie quand nous sommes ensemble* »⁽⁵³⁾. Mais peut-être un indice de divergences conscientes peut-il être relevé : le 13 novembre 1949, Meyerson réagit à l'annonce que Piaget prépare « une épistémologie » en lui écrivant : « *Ne la faites pas trop fixiste. Dès qu'on se met à faire un peu systématiquement de l'histoire, des langues, des sciences ou des religions, on est saisi devant les remaniements profonds qu'opèrent en l'homme les diverses tâches de l'homme. Non seulement il y a une histoire des catégories, mais chaque catégorie a une histoire d'un type différent* »⁽⁵⁴⁾.

Plus tard, en 1978, P. Malrieu expliquera de façon limpide les différences profondes entre les deux points de vue, en soulignant que le structuralisme (auquel Piaget peut être rattaché), « *a été l'expression d'une sorte de recul en face des perspectives offertes par la prise en considération par les psychologues de la dimension historique des processus psychologiques* » (Malrieu, 1978, p. 262).

Or, comme le marquait Meyerson en 1954, « *Il n'existe de structure que par rapport à une fonction. Donc, chaque fois qu'on se trouve en face d'une complexité ou d'une labilité fonctionnelles, on doit admettre une complexité, une labilité structurale* » (p. 17-18). L'hypothèse piagétienne d'universalité des structures cognitives de base, bien qu'elle soit aujourd'hui partagée comme une évidence indiscutable, n'est pas plus fondée empiriquement que celle d'une construction progressive de l'esprit, de ses fonctions et, donc de ses structures.

Le problème mérite qu'on poursuive : ce que

néglige, pour Meyerson, le psychologue piagétien, c'est que l'enfant naît, puis se développe, dans un monde déjà là. La première rencontre de l'enfant avec le monde, c'est dans les œuvres qu'elle se produit. L'enfant construit sa perception dans le monde des objets, des dires, des institutions culturellement déterminés. L'enfant, comme l'adulte, ne construit jamais rien hors de la culture. C'est le contenu culturel qui est à l'origine de la régulation des actes, de la mise en place des instances de contrôle de l'action, des attentes perceptives etc. Autrement dit, la psychologie de l'enfant piagétienne dans ses versions nombreuses est peut-être déterministe, mais elle est incapable de prendre en considération une part essentielle des déterminations des conduites et fonctions supposées.

Cette part déterminante ignorée, ce monde humanisé dans lequel vient et grandit l'enfant, s'apparente à l'esprit objectif hégélien, celui qui nous fait voir le monde, comme nous le voyons et qui habite ce monde. Cet esprit objectif n'a d'autre source que l'activité humaine, créatrice collective d'œuvres et d'artifices qui modèlent le monde. Curieusement étranger au monde des psychologues, il fait la spécificité humaine. Depuis la dernière guerre, il a quitté la scène de la psychologie, qu'investissaient un moment des rats, ou des singes. Mais le propre de l'homme est là, dans la projection infinie de sa caractéristique essentielle, l'esprit, dans le monde autour de lui. Le processus même de cette objectivation, de cette production d'œuvres, processus éminemment psychologique bien sûr, n'a jamais intéressé un psychologue depuis cinquante ans. Meyerson pourtant y invitait, et traçait le chemin. Mais il y a plus, et que Meyerson peut-être n'a pas assez dit : puisque l'enfant naît dans cet esprit objectif déjà là, celui-ci en retour modèle l'esprit subjectif, celui de l'individu enfant, de l'adulte à venir. Comment lui impose-t-il des normes ? Cette manière de penser totale, comme l'écrivait Montesquieu, cet ensemble normatif de représentations collectives, comme l'écrivait Durkheim comment

régule-t-il, avec le temps et la patience, les actions des hommes qui y baignent ? L'antériorité, l'autorité de l'esprit objectif sur l'esprit individuel répond à celle des règles sur l'action ; comment, par quels mécanismes psychologiques exerce-t-il son « influence » ? L'esprit objectif, objectivé, déjà là, impose les normes de production de toute œuvre (y compris de celles bien sûr qui n'ont aucune signification esthétique) ; impose la production des rêves, par exemple : un Bambara ne rêve jamais qu'il reçoit une visite d'un dieu qui s'introduit par le trou de la serrure pour délivrer son message au chevet du donneur... Pénélope en rêvait... L'esprit objectif institue (au sens de Mauss) les cadres de l'action, quelle qu'elle soit ; il institue les cadres dans lesquels il s'objective : « *Qu'est-ce qu'une institution sinon un ensemble d'actes ou d'idées tout institué que les individus trouvent devant eux et qui s'impose plus ou moins à eux ? Il n'y a aucune raison de réserver exclusivement, comme on le fait d'ordinaire, cette expression aux arrangements sociaux fondamentaux. Nous entendons donc par ce mot aussi bien les usages et les modes, les préjugés et les suggestions que les constitutions politiques ou les organisations juridiques essentielles* » (Mauss et Fauconnet, 1901, p. 150).

Et, bien entendu, l'explication de ce pouvoir instituant ne peut être trouvée dans la seule conscience individuelle qui passionne tant les psychologues. Certes, l'esprit d'une culture, l'ensemble considérable des règles qui déterminent tous les comportements individuels, s'inscrit dans le matériel des structures neurologiques, dans le cerveau, physiquement, dans l'organisme. On peut évoquer ici le concept, central chez Bourdieu, d'habitus et l'incorporation durable de règles acquises par le passé et sources de l'action à venir. L'habitus est « *une sorte de transcendantal historique... (un) système socialement constitué de dispositions structurées et structurantes qui est acquis par la pratique et constamment orienté vers des fonctions pratiques* » (Bourdieu, 1992, p. 97).

Le Chevalier d'Arvieux Laurent le Magnifique Un humaniste de belle humeur Régine Goutalier - Collection Ecritures L'Harmattan

Le chevalier d'Arvieux, de bonne noblesse marseillaise, se tourne un jour de 1653 vers le seul négoce qui lui soit permis, le commerce de gros avec le Levant. Se doutait-il que sa destinée se jouait là et qu'elle serait désormais indissociable des lointaines contrées orientales ? Dans des régions où le commerce dépendait étroitement des traités diplomatiques, d'Arvieux deviendra rapidement l'homme de confiance de Louis XIV pour lequel il accomplira de nombreuses missions à Constantinople, aux Echelles du Levant, dans les pays barbaresques. Sans méconnaître la politique de la canonnière, qu'il semble avoir parfois conseillée, le chevalier usera plus volontiers des palabres interminables autour d'un banquet s'achevant par une transaction sans vainqueur ni vaincu. Ce diplomate respecte les orientaux, Turcs et Arabes, parle leur langue, connaît la valeur de la parole donnée, est convaincu de la nécessité de connaître les coutumes des peuples avec lesquels on traite. Prendre en compte la durée lui paraît indispensable pour conduire une négociation. Profondément habité par le désir de comprendre, sceptique souriant et tolérant, d'Arvieux sait observer les pays et les villes qu'il traverse. Cette curiosité aiguë nous vaut bien des remarques pénétrantes. Il doute des légendes qui entourent les Lieux Saints mais les accepte en bon chrétien. Il

rend justice aux Turcs, note leur souci de propreté, leur sens de la charité, leur humanité. Lui aussi, avant et après bien d'autres, parle de l'hospitalité des Arabes et observe qu'ils ne s'entendent guère avec les Turcs. Sa description des supplices en vigueur à Tunis ravira les tempéraments sadiques. Mais d'Arvieux va au-delà de la simple description des pays et des mœurs et s'avère un fin politicien. Il rappelle combien la question de l'honneur, aussi bien chez les Chrétiens que chez les Turcs, est alors prégnante, et peut brouiller les cartes politiques ou économiques. Les pages consacrées à ce qui peut apparaître comme le point culminant de sa carrière, son consulat à Alep de 1679 à 1685, sont d'une grande sagacité et renseignent abondamment sur les liens entre la France et le Levant au XVII^e siècle. D'Arvieux y rend compte des difficultés du Consul dont les pouvoirs étaient limités par l'assemblée des négociants, les interventions du Roi et de ses ministres, les initiatives des grandes compagnies de commerce, les dissensions religieuses, les pressions des différents dignitaires turcs. Rentré en France, le chevalier mourra en 1702 dans sa ville natale. Sur sa route, cet adversaire des médecins aura rencontré Molière : les scènes turques du *Bourgeois gentilhomme* lui doivent beaucoup. Plus de trente ans après sa mort, des Mémoires furent publiés par les soins d'un religieux, le Père Labat. Régine Goutalier a tiré le présent ouvrage de cette édition en six volumes avec toute la part de réécriture que cela suppose.

Christian Bétron

BIOGRAPHIE (suite)

Chez Bourdieu, comme chez Meyerson, l'habitus ne peut être observé en lui-même et ne peut être saisi que dans ses extériorisations ; du visible, alors, il faut remonter à l'invisible par induction. De ce qui s'est détaché du sujet pour être œuvre objective, il faut remonter à l'esprit subjectif, mais en passant par l'analyse de l'esprit objectif qui est le théâtre de ce détachement. L'habitus est un collectif incorporé, matérialisé dans l'organisme. L'esprit objectif est donc dans les choses, dans le monde auquel l'enfant vient puis dans son corps, dans son cerveau, ce qui rend compte de la cohérence entre représentations collectives et représentations individuelles, de l'impression d'être chez soi dans le monde qu'on habite parce que ce monde a produit les catégories grâce auxquelles on le perçoit... Quand on rêve, on ne tombe jamais hors du monde, et l'imagination n'est pas une folle du logis. On voit ici que si Meyerson avait pu « faire école », si le cours qui suit avait été entendu par les psychologues, ceux-ci se trouveraient aujourd'hui devant une tâche considérable. Une psychologie meyersonienne aurait, en tant que « science de l'esprit », un statut et une méthode différents de ceux des sciences de la nature. Cette différence n'est un problème que si l'on est convaincu que ne sont dignes d'intérêt que les phénomènes qu'on peut décrire en termes naturels, ce qui n'est assurément pas le cas des phénomènes spirituels. La science de l'esprit, la psychologie des pensées ne devra pas seulement étudier en elles-mêmes les œuvres ; elle devra analyser leurs effets. Ainsi les discours, par exemple, les pratiques discursives en tout genre, ne doivent pas être considérés uniquement comme des événements linguistiques ; les discours changent les choses mêmes. C'est une évidence, les hommes ne peuvent pas changer de discours (de pensées, d'esprit si l'on veut) sans que le monde lui-même en soit changé. L'exemple classique des effets de la nosographie psychiatrique illustre bien cette influence du discours sur le réel de la maladie⁽⁵⁰⁾, influence qui doit être l'un des concepts fondamentaux de la psychologie puisqu'il s'agit de rendre compte de l'effet du monde (y compris des discours) sur les êtres. Comme le disait sérieusement J. Lacan (1975, p. 201) « Rien qu'avec le mot éléphant, (...) il arrive aux éléphants des choses ». Pouvoir de demiurge de celui qui nomme, pouvoir créateur d'esprit des œuvres de l'esprit ; une psychologie meyersonienne devrait éclairer ce mystère de l'humain. Comment les individus s'approprient-ils les catégories et significations qui constituent ce que P. Legendre (1994, par exemple) appelle le grand Texte, c'est-à-dire l'ensemble normatif : « Il n'est de parole que marquée, de débat social que soutenu par un cadre symbolique où des images emblématisées dictent la légalité des dires » (1994, p. 24). Ces normes, ces habitus, appropriés, incorporés par les sujets à leur insu deviennent, aux yeux de psychologues à la cécité persistante, des caractéristiques universalisantes de la « nature » humaine. Il faudrait qu'une psychologie meyersonienne les réveille de leur sommeil dogmatique.

Y a-t-il des raisons d'espérer ? Des germes d'un tel programme de géants peuvent-ils être entraperçus dans la dynamique actuelle de la psychologie ? Certes les questions ne manquent pas qui mettent en doute les orientations qu'a majoritairement prises la psychologie cognitive... Elles tentent d'ébranler des certitudes fonctionnaires, auto-productrices, intarissables. Le dogme de la fixité de l'esprit, au fond de la « réductibilité » du mental au neuronal, ne semble pourtant pas sommé de sortir du long fleuve tranquille où son cours s'ensommeille. On tient sur les sujets, sur nous,

des discours simplistes qui, comme l'ont montré Foucault et d'autres, ont une vertu lénifiante : ils simplifient notre vie. A force de dire ici ou là que les neurones mènent la valse humaine, que les rêves ne sont que leur emballage rythmé, que la filiation n'est qu'un assemblage de gamètes, que notre façon de voir le monde est celle de nos structures nerveuses et que, partant, elle est immuable... le sens du monde déserte le monde. Parce que les œuvres humaines, comme la science par exemple, changent le monde, l'assourdissant silence de la psychologie sur cette entreprise de déshumanisation, sa participation même peut-être, à ce complot de la raison historique, risque de nous vider, de faire de l'homme, de nous, un être qui colle aux choses, sans la médiation des symboles, du grand Texte, de l'esprit objectif. Comme l'aurait dit Meyerson, de nous faire « sortir de l'humain ». ■ F.C.

(40) Cité par E. Poulat (1996) p. 96. On trouvera dans cet article de E. Poulat de précieuses informations sur ce colloque et sur ceux du Centre de Psychologie Comparative.

(41) J.-P. Vernant raconte cette période dans *Lire Meyerson*, 1996, p. 139-162.

(42) voir Fournier, 1994, p. 729.

(43) Sur cet épisode, voir Fournier, 1994, p. 737. Pour entrer en fonction, Halbwachs devra présenter l'arbre généalogique de sa famille et déclarer ne pas être juif ; il sera cependant arrêté par la Gestapo et déporté à Buchenwald.

(44) Vernant, 1996, p. 158.

(45) Cette lettre figure dans les Archives Meyerson, carton 521 AP 54.

(46) Voir Vidal et Parot, 1996.

(47) « Je me retrouvais (écrit Fraisse, 1992, p. 81) au noviciat d'Yseure près de Moulins. Très vite apparut mon inadaptation à une vie très organisée, où, avec mon tempérament exigeant, je prenais trop à cœur la moindre observance. Le résultat de cette tension que je m'imposais fut qu'au bout d'un an je souffris de maux de tête continus et de ce qu'aucuns appelleraient peut-être une psychasthénie. Les Jésuites (...) estimèrent alors que, compte tenu de mon tempérament, ma place n'était pas parmi eux. Je sortis de leur noviciat en juillet 1930 avec un grand regret ».

(48) En fait, comme cela se reproduira quand on dénoncera le prétendu clivage entre behaviorisme et cognitivisme, il s'agit ici d'occulter un autre clivage, autrement plus profond, qui sépare la psychologie de l'individu de la psychologie collective. Pour écarter cette dernière, passons-là sous silence et faisons comme si elle n'avait jamais préoccupé les psychologues. Chaque fois, dans ce clivage-couverture, on dissimule un accord fondamental sur la fixité, sur le refus de la dimension historique dans la formation de l'esprit humain, sur l'existence d'une nature humaine dont la psychologie « scientifique » aurait le fin mot.

(49) Je remercie L. Mucchielli d'avoir attiré mon attention sur ce rôle de Lagache, qu'il a souligné dans ses articles sur A. Vexliard par exemple (Mucchielli, 1997). Sur la « nouvelle psychologie sociale », sur le rôle de Stoetzel en particulier et sur son activité en faveur d'une psychologie « américanisée », Marcel, 1998.

(50) Qui remplit toujours cette fonction aujourd'hui.

(51) On trouvera une analyse pénétrante de cet article décisif de Meyerson dans J. Bruner, 1996.

(52) Cette question cruciale est bien entendu largement abordée dans la thèse de 48, en particulier dans le chapitre consacré au problème du changement, p. 119-149.

(53) Lettre d'Ignace Meyerson à Jean Piaget du 24 octobre 1930, fonds Meyerson 521 AP 57.

(54) Lettre d'Ignace Meyerson à Jean Piaget, 13 novembre 1949, fonds Meyerson 521 AP 57.

(55) Dans un article intitulé, *Thèmes nouveaux de psychologie objective : l'histoire, la construction, la structure*, paru dans le Journal de Psychologie (1954) et repris dans *Écrits*, p. 92-104.

(56) On peut lire à ce sujet I. Hacking, 1984 et bien sûr M. Foucault.

(57) La mention *Journal de Psychologie* renvoie au *Journal de Psychologie Normale et Pathologique*.

Bibliographie⁽⁵⁷⁾

BIARD A., BOUREL D. et BRIAN E., 1997, *Henri Berr et la culture du XX^e siècle*, Paris, Albin Michel/Centre International de synthèse.

BLONDEL CH., 1910, *Les fonctions mentales dans les sociétés primitives d'après un livre récent*, Journal de Psychologie, 6, p. 524-549,

BLONDEL CH., 1914, *La conscience morbide*, Essai de psychopathologie générale, Paris, Alcan.

BLONDEL CH., 1924, *La Psychanalyse*, Paris, Alcan.

BOURDIEU, P. 1992, *Réponses*, Paris, Seuil.

BRAUDEL F., 1950, *Les discontinuités de l'histoire spirituelle*, Annales, janvier-mars, p. 127-128.

BRESSON CL., 1991, *Chronologie en postface. à I. Meyerson*, Forme, Couleur, Mouvement, Paris, Adam Biro, p. 165-172.

BRUHL L., 1922, *La mentalité primitive*, Paris, Alcan.

CHARTIER R., 1983, *Histoire intellectuelle et histoire des mentalités*, Revue de synthèse, n° 111-112, p. 277-307 ; repris dans *Au bord de la falaise*, Paris, Albin Michel, 1998, p. 27-66.

CHARTIER R., 1996, *Lire Meyerson aujourd'hui*, in F. Parot (éd.), *Polir une psychologie historique*, écrits en hommage à I. Meyerson, Paris, PUF, p. 231-235.

DESCOMBES V., 1996, *Les institutions du sens*, Paris, Minuit.

DUMONT L., 1972, *Marcel Mauss, une science en devenir*, L'Arc, 48, p. 8-21

DURKHEIM E. et MAUSS M., 1903, *De quelques formes primitives de classifications. Contributions à l'étude des représentations Collectives*, L'Année Sociologique, 6, p. 1-72.

ELIAS N., 1939, *La société des individus* (inédit) ; trad. in La Société des individus, Paris, Fayard, 1983, p. 37108.

FEBVRE L., 1938, *Une vue d'ensemble*, Histoire et Psychologie, Encyclopédie Française, t. VIII repris in *Combats pour l'Histoire*, 1992, Paris, Armand Colin, p. 207-220.

FEBVRE L., 1941, *Comment reconstituer la vie affective d'autrefois ? La sensibilité et l'Histoire*, Annales d'Histoire Sociale, 3 ; repris in *Combats pour l'Histoire*, 1992, Paris, Armand and Colin, p. 221-238.

FEBVRE L., 1942, *Le problème de l'incroyance au XVI^e siècle. La religion de Rabelais*, Paris, Albin Michel (1988).

FOURNIER M., 1994, *Marcel Mauss*, Paris, Fayard.

FRAISSE P., 1992, *Autobiographie*, in F. Parot et M. Richelle (éds), *Psychologues de langue française ; autobiographies*, Paris, PUF, p. 79-96.

HACKING I., 1984, *Five Parables*, in R. Rorty, J.-B. Schneewind et Q. Skinner, *Philosophy in History*, Cambridge, Cambridge University Press.

HARRIS P., 1997, *Piaget in Paris : from « Autism » to Logic*, Human Development, 40, p. 109-123.

LACAN J., 1975, *Le séminaire, livre I, Les écrits techniques de Freud*, Paris, Seuil.

LAGACHE D., 1990, *L'unité de la psychologie*, Paris, PUF.

LEGENDRE P., 1994, *Dieu au miroir. Etude sur l'institution des images*, Paris, Fayard.

LE GOFF J., 1988, (éd.) *La nouvelle histoire*, Paris, Complexe.

LEROY Y., 1983, *Ignace Meyerson*, Journal de psychologie, 4, p. 357-358.

MALRIEU PH., 1978, *Psychologies génétiques et psychologie historique*, Journal de Psychologie, 3, p. 260277.

MARCEL J.-CH., 1998, *Jean Stoetzel élève de*

Maurice Halbwachs : Les origines françaises de la théorie des opinions, L'Année sociologique, 48, p. 319-351,

MARMIN N., à paraître, *La création de l'Institut Métapsychique*, mémoire de DEA, Université Paris XII.

MAUSS M., 1923, *Allocution présidentielle à la Société de Psychologie le 17 mai 1923*, Journal de Psychologie, 20, p. 756-757.

MAUSS M., 1924, *Rapports réels et pratiques de la psychologie et de la sociologie*, Journal de Psychologie, 21, p. 892-922.

MAUSS M., 1925, *Essai sur le don*, Paris, Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques, L'Année, n. s., 1, p. 30-186.

MAUSS M. et FAUCONNET P., 1901, *Sociologie, La Grande Encyclopédie*, Paris, Société anonyme de la grande encyclopédie, t. 30, p. 165-176.

MERLEAU-PONTY M., 1945, *La phénoménologie de la perception*, Paris, Gallimard.

MEYERSON I., 1924, *La science et la quantité*, Journal de Psychologie, 21, p. 321-348.

MEYERSON I., 1930, *La pensée et son expression*, Journal de Psychologie, 27, p. 301-330.

MEYERSON I., 1912, *Recherches sur l'excitabilité des fibres inhibitrices du pneumogastrique*, Journal de Physiologie et de Pathologie Générale, 14, p. 270-281.

MEYERSON I., 1914, *L'addition latente dans l'excitabilité du pneumogastrique*, Comptes rendus de la Société de Biologie, 77, p. 253.

MEYERSON I., 1923, *Compte rendu de J. Piaget « Le langage et la pensée chez l'enfant »*, L'Année Psychologique, 24, p. 299-302.

MEYERSON I., 1924, *Compte rendu de l'article de M. Mauss (1924)*, L'Année Psychologique, 24, p. 381-384.

MEYERSON I., 1925, *Compte rendu du livre de Blondel (1924)*, Journal de Psychologie, 22, p. 814-816.

MEYERSON I., 1946, *Georges Dumas*, Journal de Psychologie, 39, p. 7-10 repris in *Écrits*, p. 348-350,

MEYERSON I., 1948a, *Discontinuités et cheminement autonomes*, dans l'histoire de l'esprit, Journal de Psychologie, 41, p. 273-289, repris in *Écrits*, 1987, p. 53-65.

MEYERSON I., 1948b, *Les fonctions psychologiques et les œuvres*, Paris, Vrin.

MEYERSON I., 1952, *L'entrée dans l'humain*, Revue Philosophique, p. 1- 13 repris in *Écrits*, 1987, p. 71-80,

MEYERSON I., 1953, *Problèmes d'histoire psychologique des œuvres spécificité, variation, expérience, Éventail de l'Histoire vivante, Hommage à Lucien Febvre*, Paris, Armand Colin, tome 1, p. 207-218 ; repris in *Écrits*, 1987, p. 81-91.

MEYERSON I., 1954, *Thèmes nouveaux de psychologie objective : l'histoire, la construction, la structure*, Journal de Psychologie, 47-51, p. 3-19 ; repris in *Écrits*, 1987, p. 92-104.

MEYERSON I., 1962, *Paul Guillaume*, Journal de Psychologie, 54, p. 1- 13.

MEYERSON I. et CHASLIN Ph., 1920, *Une rêverie de défense*, Journal de Psychologie, 17, p. 59-68.

MEYERSON I. et DELACROIX H., 1920, *Troubles du sentiment et de la nation d'espace*, Journal de Psychologie, 17, p. 377-3 84.

PRIX MICHEL SAPIR Relation Soignant soigné

Sous l'égide de la Fondation de France

Ce prix de 20 000 F est destiné à l'auteur du meilleur travail inédit sur **Les incidences inconscientes dans la relation soignant soigné et leur effet sur le soin**

Les manuscrits en langue française seront soumis au jury du prix, présidé par le Professeur J. Guyotat et composé de Mme le Docteur S. Cohen-Léon et de Mrs le Pr J. Delahousse, le Dr D. Kipman, le Pr J.J. Kress et le Dr A. Trenkel

Les manuscrits (30 pages minimum) doivent être adressés en quatre exemplaires dactylographiés avant le **1er juin 2000** à Mme le Docteur Cohen-Léon, Square de Clignancourt, 75018 Paris.

Le prix sera décerné au Centre Balint :
92 rue Duhesme, 75018 Paris, en **Novembre 2000**

LES INFIRMIERS GÉNÉRAUX

Les infirmiers généraux s'interrogeront à Reims du 26 au 28 septembre sur l'évolution et les enjeux de la fonction d'infirmier général face à la transformation du monde hospitalier lors de leur XXVII^{èmes} journées nationales d'études, organisées par Association nationale des infirmiers généraux. Evolution du rôle de l'hôpital, droit hospitalier, rapport entre infirmier et cadre-infirmier seront abordés au cours des débats, qui exposeront aussi des expériences de restructuration à la clinique de Lillebonne (Seine-Maritime) et aux Hôpitaux du Mont-Blanc de Chamonix-Sallanches. ■

P.C.

Renseignements : 01 42 39 08 18

MEYERSON I., LANGEVIN P., RABAUD E., LAUGIER H. et MARCELIN A., 1923, *Rapports au sujet des phénomènes produits par le médium I. Guzik*, L'Opinion, 21 décembre.

MEYERSON I. et LAPICQUE L., 1912, *Recherches sur l'excitabilité du pneumogastrique. Première approximation de la chronaxie des fibres du cœur*, Comptes rendus de la Société de Biologie, 72, p. 63.

MUCCHIELLI L., 1994, *Sociologie et psychologie en France, l'appel à un territoire commun : vers une psychologie collective (1890-1940)*, Revue de Synthèse, 3-4, p. 445-483.

MUCCHIELLI L., 1997, *Alexandre Vexliard (1911-1997). Un pionnier de la recherche française sur les processus de désocialisation*, Bulletin de Psychologie, 431, p. 509-530.

MUCCHIELLI L., 1998, *La découverte du social, naissance de la sociologie en France*, Paris, La Découverte.

MÜLLER B., 1997, *Lucien Febvre et Henri Berr : de la synthèse à l'histoire-problème*, in Biard et al., 1997, p. 39-59.

NAGEL TH., 1974, *What is it like to be a bat ?* Psychological Review, 4, p. 435-450.

PAROT F., 1995, *Le behaviorisme, une révolution américaine*, Acta comportementalia, 3, p. 8-19.

PAROT F., 1994, *Le bannissement des esprits. Naissance d'une frontière institutionnelle entre spiritisme et psychologie*, Revue de Synthèse, 3-4, p. 417-443.

PIAGET J., 1941, *Le mécanisme du développement mental et les lois du groupement des opérations ; esquisse d'une théorie opératoire de l'intelligence*, Archives de Psychologie, 28, p. 193-213.

PIERON H., 1904, *Les rayons N existent-ils ?*, Revue Scientifique, 2, p. 545-552, 705-709, 783-785.

PIERON H., 1908, *L'évolution du psychisme*, Revue du Mois, 3, 27, p. 291-311.

PIERON H., 1923, *Compte rendu rédigé après la démonstration du 10 décembre 1920 (Annexe à la communication de L. Lapicque « Sur une prétendue vision extra-rétinienne »)*, Comptes rendus et mémoires de la Société de Biologie, 88, p. 674-675.

PIERON H., 1924, *Réponse à Marcel Mauss*, Journal de Psychologie, 21, p. 917-919.

POULAT E., 1994, *L'ère post chrétienne*, Paris, Flammarion.

POULAT E., 1996, *Le Centre de Psychologie comparative et ses colloques*, in F. Parot (éd.), Pour une psychologie historique ; écrits en hommage à I. Meyerson, Paris, PUF, p. 95-118.

REVEL J., 1996, *Psychologie historique et histoire des mentalités*, in F. Parot (éd.), Pour une psychologie historique, écrits en hommage à I. Meyerson, Paris, PUF, p. 209-227.

REVEL J., 1997, *Le moment Berr*, in A. Biard et al., p. 157-172.

SAUSSURE F. de, 1916, *Cours de Linguistique Générale*, Paris, Pavot, (1968).

VERNANT J.-P., 1989, *Préface à Psicologia storica*, Pise ; repris dans *Entre mythe et politique*, 1996, p. 147-148.

VERNANT J.-P., 1996, *Entre mythe et politique*, Paris, Seuil.

VIDAL F. et PAROT F., 1996, *Ignace Meyerson et Jean Piaget, une amitié dans l'histoire*, in F. Parot (éd.), Pour une psychologie historique, écrits en hommage à I. Meyerson, Paris, PUF, p. 6173.

LIVRES

Pratiquer l'analyse éthique, étudier un cas, examiner un texte

Marie-Jo Thiel, Xavier Thévenot
Editions du Cerf

Apprendre le discernement éthique, apprendre à repérer, à discerner, à décider de ce qui est conforme à des valeurs, à des normes, à des références communes à une société, voilà le défi de cet ouvrage. Loin de fournir des solutions, il engage le lecteur dans un véritable cheminement de connaissance, d'introspection. Un parcours lui est en effet proposé pour lui permettre d'affiner et d'orienter sa perception éthique dans une situation concrète comme dans ses lectures. Ce projet tire son origine d'une démarche pédagogique puisqu'il a fait l'objet d'un enseignement de théologie morale, et l'expérience pédagogique des auteurs a permis d'aboutir à un exposé à la fois précis et synthétique, fournissant un véritable outil d'analyse et de références en matière d'éthique et de théologie morale.

Le but est de fournir des moyens d'analyse et de connaissance et d'ouvrir des perspectives d'augmentation, d'évaluation et de décision aussi bien face à l'étude d'un cas que devant l'examen d'un texte. Le versant méthodologique, tenant une large part, tient à la présence de grilles, véritables outils d'analyse, qui sont largement exposées et commentées.

Sont d'abord proposées deux grilles (grille d'éthique rationnelle et grille d'éthique théologique) susceptibles de guider l'étude d'un cas en bioéthique. Il s'agit d'aider à la formulation du problème éthique, à l'évaluation de ses enjeux et à l'appréciation des divers éléments afin de faciliter la perspective d'une décision clinique. Les grilles permettent en effet de guider une réflexion vers un questionnement éthique tenant compte à la fois de la complexité d'une situation concrète dans sa dimension subjective, et de la référence à l'universalité de certaines règles communes ou de l'interférence de certains grands points de la doctrine chrétienne dans un cas clinique.

L'examen éthique d'un texte s'effectue par le truchement d'une « grille systémique d'analyse philosophique et théologique d'un texte ». Cet outil, construit à partir du modèle d'analyse systémique, fait référence à de multiples domaines et vise à prendre en compte la correspondance et les interrelations entre les diverses perspectives et approches mises en jeu par l'exercice de discernement éthique. Outre son enjeu pédagogique, cette grille s'avère ainsi l'occasion de nombreuses références et de bilans théologiques et éthiques, mais aussi philosophiques, politiques, économiques et médiatiques. La grille d'examen éthique fait, en effet, intervenir une analyse textuelle, structurelle, discursive, philosophique et théologique, impliquant la référence synthétique et ciblée à de nombreux auteurs tels que Jacobson, Kant, Hegel, More, Ricœur, Marx, Freud, Nietzsche, Morin, Rich, Debray, Merrill, Leibniz, Durkheim, Mauss.

Sont aussi longuement développés les rapports des normes et références éthiques avec le droit, la loi morale et les images de Dieu, la Trinité et les divers lieux théologiques. L'éthique est donc envisagée dans ses rapports avec d'autres disciplines et les grilles d'analyse, modélisées à partir de l'approche systémique, tentent de mettre en évidence les liens entre les divers domaines où l'éthique est en jeu.

Au fond, *Pratiquer l'analyse éthique* s'avère

relever d'un véritable cheminement, à la fois théorique et personnel. La référence à l'herméneutique de Ricœur, s'inscrivant dans une philosophie réflexive où « la réflexion est cet acte de retour sur soi par lequel un sujet ressaisit dans la clarté intellectuelle et la responsabilité morale le principe unificateur des opérations entre lesquelles il se disperse et s'oublie comme sujet » (p. 108), est en effet transversale. Elle engage le lecteur dans un parcours d'apprentissage et d'introspection. L'enseignement éthique prend alors la figure d'un itinéraire, véritable processus d'humanisation et de recomposition de soi, voire de conversion.

Sophie Robert

L'entrée en maison de retraite Une lecture systémique du temps de l'accueil

Thierry Darnaud
ESF éditeur

L'entrée en maison de retraite est rarement le fait d'une décision de la personne âgée. Au moment de l'admission, la famille est démunie, elle a perdu tous ses repères, et n'osant ou n'arrivant pas à dire la vérité, ses membres ne peuvent dénoncer ni leur souffrance, ni leur culpabilité.

Le temps du placement devient alors un temps mort, un temps pendant lequel la famille est dépossédée de son aîné. La famille assiste à ce moment de son histoire impuissante, ne sachant que faire. Les membres de la famille vont alors osciller entre démission et agressivité envers le personnel. En fait, l'entrée dans un établissement est un instant crucial qui ouvre à de nombreuses possibilités ou qui interdit tout devenir à cette partie de la vie, peut-être la dernière. Cet ouvrage montre l'apport de l'approche systémique au moment de l'accueil. La crise familiale qui est présente ou sous-jacente lors de toute entrée en institution demande à l'intervenant une méthodologie et une volonté de structurer ce temps pour qu'il permette à chacun d'exercer sa liberté de parole et de choix. Alors qu'aujourd'hui on parle beaucoup, dans les institutions, de « mettre le patient au centre des préoccupations, ce qui en fait parfois un « patient alibi », l'auteur propose, à travers des cas cliniques et une réflexion, une démarche qui peut permettre de donner un rôle et un statut social aux personnes âgées alors qu'elles entrent en institution.

Jurisprudence professionnelle des médecins

Ordre National des Médecins
Ed. Berger-Levrault

Le troisième tome des décisions du Conseil national de l'Ordre des médecins et du Conseil d'Etat vient de paraître, réalisé à partir de la base de données Remedhos France. Coordonné par Anne-Marie Duguet, cet ouvrage contient l'ensemble des résumés et décisions de 1997 de la jurisprudence professionnelle des médecins.

La première partie énumère les résumés des décisions du Conseil national, tant de la section disciplinaire que de la section des assurances sociales. Elle est suivie des recours en Conseil d'Etat. La troisième partie concerne les décisions du Conseil national rendues sur la forme puis celles du Conseil d'Etat. Trois autres chapitres sont consacrés aux « considérants » des décisions des diverses instances. *Le Code de déontologie régit l'ensemble des médecins et c'est à l'Ordre professionnel qui les représente que le législateur a confié la charge de son application*, rappelle en introduction François Gazier, conseiller d'Etat honoraire et président de

la section disciplinaire du Conseil national de l'Ordre des médecins. Les conseils départementaux de l'Ordre prennent à cet effet des décisions individuelles de mise en garde, d'autorisation, de prohibition, qui ont le caractère de décisions administratives et qui peuvent être déférées en appel au Conseil national. Les conseils régionaux de l'Ordre, qui ont le statut de juridiction administrative, sanctionnent les infractions qui leur sont soumises en matière disciplinaire et en matière d'assurances sociales par des peines professionnelles. Enfin, tant les décisions administratives du Conseil national, par la voie du recours pour excès de pouvoir, que les décisions juridictionnelles de ses sections disciplinaires et des assurances sociales, par la voie, cette fois, du recours en cassation, peuvent être directement portées devant le Conseil d'Etat. Seules 17 décisions sur 340 concernent ces actes regroupés sous la rubrique « faute professionnelle ». Les autres décisions concernent des faits relevant de « médecine pratiquée comme un commerce », « compérage », « déconsidération de la profession », « exercice irrégulier », « publicité », « exercice hors qualification », « absence de soins consciencieux », puis viennent les « actes fictifs », les « cotations abusives », les « prescriptions abusives », etc ...

Les bonnes pratiques associatives

AP-HP

Doin éditeurs

A l'AP-HP, comme dans bon nombre d'autres hôpitaux, le phénomène associatif revêt une grande importance. Selon le recensement effectué par le groupe de travail mis en place par son directeur général et chargé d'établir le guide, il existe ainsi environ 800 associations ayant un rapport avec l'AP-HP.

Il s'agit d'associations de bénévoles qui apportent écoute et réconfort aux personnes hospitalisées, d'associations médicales tournées vers la recherche ou la formation, d'associations de personnels en charge de l'organisation et de la gestion des activités sociales, ainsi que d'associations d'usagers. Pour leurs dirigeants, la structure associative bénéficie d'une « souplesse de fonctionnement » et d'une « simplicité de procédure ». Elle bénéficie aussi d'une capacité à gérer des compléments de ressources que la rigueur des règles budgétaires et comptables ne permet pas d'obtenir ou d'affecter à tel ou tel domaine de l'activité hospitalière qu'ils souhaitent promouvoir. Si cette « vitalité » représente une « richesse » pour les hôpitaux, contribuant à leur « ouverture » et leur « décloisonnement », elle constitue également un risque du fait de la proximité, et parfois de la confusion, qui résulte de l'utilisation à une même fin de moyens publics et de moyens privés, soumis à des règles juridiques distinctes et parfois mal connues des différents protagonistes. Afin de limiter ces risques, il est apparu nécessaire de mettre à la disposition des gestionnaires des hôpitaux, mais également des médecins et des personnels non médicaux, un document regroupant les règles gouvernant la création, l'organisation et le fonctionnement des associations, et celles devant régir leurs relations avec l'établissement public de santé. L'ouvrage fournit un certain nombre de fiches pratiques relatives à l'organisation et au fonctionnement des associations (statuts, règlement intérieur, assurances, les ressources obligations comptables ...), à son personnel, à sa fiscalité et aux contrôles. En annexe, il présente le statut type et fournit différents textes législatifs et réglementaires.

LIVRES

Les enfants seulsLaurent Ott
Dunod

Sous des appellations sociologiques ou psychologiques diverses (errances, bandes d'enfants, jeunes de la rue, familles dites démissionnaires, carences éducatives) émerge un thème récurrent : celui d'une solitude croissante de l'enfant de six à treize ans, notamment en milieu urbain. Cet ouvrage montre l'étendue et les enjeux que prennent les formes nouvelles de cet isolement : fugue parentale, « enfant à clés », enfant reclus, enfant de parents malades, etc... Il prend appui sur des cas rencontrés dans des structures scolaires, d'animation ou d'éducation spécialisée et s'attache à déterminer les causes de cette solitude et ses conséquences sur le développement et l'apprentissage de l'enfant. Il détaille, enfin, les conditions de réalisation des médiations éducatives innovantes et des modalités d'intervention en milieu ouvert.

**Le livre de l'industrie rose
De la pornographie à la criminalité sexuelle**Laurent Guyénot
Imago

Grande absente des débats, la production pornographique est responsable, à bien des égards, de la délinquance et de la criminalité sexuelles, surtout chez les jeunes. Portée par la vidéo, la télévision, la presse et, aujourd'hui, par le réseau Internet, avec la complicité passive des pouvoirs publics, elle étend son empire prospère... Fragilisant le développement affectif des adolescents, répandant une image dégradante de la femme, banalisant pulsions sadiques et conduites attentatoires, la pornographie envahit l'espace social et agit, chez un grand nombre de consommateurs, telle une drogue.

Les psychanalystes et le développement de l'enfantAlex Raffy
Erès

Se situant d'un point de vue lacanien, l'auteur pose la nécessité de réfléchir sur le développement de l'enfant en termes de temps logique plutôt que dans une perspective chronologique avec des implications touchant à l'éthique et la résolution de difficultés théoriques. La description de l'enfant et de son développement libidinal, ainsi proposé, offre l'occasion d'exposer une vision d'ensemble de la théorie freudienne, de déployer les concepts proposés par Lacan et de présenter une palette de psychanalystes ayant apporté des concepts nouveaux.

Le mécano familial**Les nouveaux enjeux politiques de la vie privée**

Mouvements (Sociétés, politique, culture), avril-mars 2000, n°8*

En offrant un statut légal aux couples homosexuels, le législateur n'a pas seulement pris acte d'une évolution déjà à l'œuvre dans la société, et qui a pris de court la réflexion en sciences sociales. Il a posé, fût-ce pour y répondre par la négative, la question de formes différentes de filiation, et ouvert la voie à la remise en cause de la différence des sexes comme fondement du couple, de la filiation, de la famille. Ce dossier prolonge ce débat en réintégrant les critiques féministes et sociales qui en étaient largement absentes, et poursuivent la « déconstruction » de la famille.

*Édité par la société du Journal M. Siège social : 9 bis rue Abel Hovelaque, 75013 Paris, c/o La Découverte.

L'accès aux soins institutionnels des enfants et adolescents dans les champs psychiatrique et médico-social

Trois enquêtes réalisées par le CCOMS avec le soutien financier de la DGS, de la DAS et de la DRASSIF, en région Ile-de-France, de 1992 à 1996, ont concerné les demandes en hospitalisation à temps complet, hôpitaux de jour et Instituts Médico-Educatifs. Elles ont tenté de répondre aux questions : Pour quels enfants et adolescents ? Combien d'entre eux seront admis ? Et combien non admis ? Inadéquation ou manque de places ? Contre-indications et/ou sélection ? Egalité ou inégalité d'accès ?

Méthodologie des trois enquêtes

Objectif : décrire les caractéristiques des enfants et adolescents pour lesquels une demande d'admission est présentée quel que soit son devenir.

Hypothèse : la nature des réponses aux demandes d'admission illustre l'inadéquation entre l'offre et la demande.

Inclusion : tous les enfants et adolescents pour lesquels, sur une période de six mois, une demande d'admission est faite auprès de l'ensemble des services sectorisés d'hospitalisation à temps complet (1992), des hôpitaux de jour publics et privés (1994), des instituts médico-éducatifs, externats et internats (1996).

Matériel : une fiche d'information générale par service ou établissement et des fiches patients pour toute demande d'admission.

Variables étudiées : données socio-démographiques, diagnostic clinique selon la Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent, origine et motif de la demande d'admission et éventuellement motif de non admission.

Quelques considérations générales**Les réponses :**

- les 17 services d'hospitalisation à temps complet ont participé à l'enquête,
- 84 des 85 hôpitaux de jour ont participé,
- 88% des institutions médico-éducatives (IME) ont répondu.

Deux constats :

1/ Equipements diversifiés, suppléance ou complémentarité ?

Aucun service d'hospitalisation à temps complet n'a un recrutement sectorisé, et on retrouve, parmi les hospitalisés, des enfants et adolescents de tous les secteurs d'Ile-de-France. Ce sont majoritairement les hôpitaux de jour privés qui accueillent les adolescents, cependant que les enfants jeunes sont plutôt accueillis dans les hôpitaux de jour publics.

La répartition territoriale est très inégalitaire

2/ Un fonctionnement à la recherche de

l'équilibre. L'importance des demandes par rapport au nombre de places disponibles entraîne des conduites de sélection.

Face à des pathologies proches, c'est la capacité contenante de l'institution qui est prise en compte : nécessité de respecter l'équilibre des âges et des pathologies dans les groupes. D'un établissement à l'autre, les notions d'autisme, de psychose, d'état déficitaire, de troubles du comportement ou de la personnalité sont des facteurs de choix ou de contre-indication.

Qu'il s'agisse du champ sanitaire ou médico-social, aucun établissement ne se sent tenu d'accepter un enfant dont le « profil » ne lui paraît pas pertinent.

Demandes et demandeurs**Demandes multiples**

Contrairement à une idée reçue, les demandes multiples sont exceptionnelles pour l'hospitalisation à temps complet (< 5%). Elles représentent 13% des demandes d'admission en hôpital de jour. Elles culminent à 34% en ce qui concerne les IME.

Place des demandeurs : rôle de la famille

La famille tient une place fondamentale dans le processus d'admission.

En hospitalisation à temps complet, les ruptures d'équilibre familial sont dans 3 cas sur 5, le motif de la demande d'admission.

S'agissant des hôpitaux de jour, la demande émanant directement des familles ne vient qu'en deuxième position, mais les chances d'admission sont deux fois plus grandes lorsque la demande familiale vient en appui de la demande d'une structure de soins. En contrepoint, à noter que près du quart des non admissions (24%) est dû au retrait de la demande ou au refus de l'admission par la famille.

En ce qui concerne les IME, si la place de la CDES dans les procédures d'admission est prépondérante par définition, la démarche familiale reste fondamentale. En effet, lorsque les demandes émanent des familles les demandes d'admission ont deux fois plus de chances d'aboutir en externat, trois fois plus en internat.

Recherches et réponses**L'accueil soignant temps plein**

Que faire quand on pose une indication de séparation de la famille dans le cadre d'un projet thérapeutique ?

Les solutions trouvées en six mois sont parfois affaires d'opportunité... quand elles aboutissent !

Il n'y a pas suppléance entre champ sanitaire et champ médico-social, les déficits structurels s'additionnent.

Alternatives, indications différentes ou

orientation obligée liée à la pénurie ?
« Le médico-social est une alternative au sanitaire ; l'hôpital de jour est une alternative à l'hospitalisation à temps complet » ; ce sont là des slogans répandus qui sont contredits par la clinique et les informations recueillies. Les projets thérapeutiques diffèrent selon qu'ils incluent ou non un travail de séparation d'avec la famille ; l'articulation soins-éducation ne reçoit pas partout la même réponse.

Devenir des solutions cherchées (en %)

	Psychiatrique N=128	Médico- éducatif N=213	Total N=341
Identique N=187	60	52	55
Différente* N= 35	13	8	10
Aucune ** N=119	27	40	35
Total N=341	100	100	100

*pour partie en somatique
**en terme d'accueil temps complet

Dans la pratique, le plus souvent, il n'y a ni choix ni alternative, mais une orientation obligée vers ce qui est accessible.

L'hôpital de jour, par exemple, donne souvent lieu au commentaire : « *Le bon projet, ce serait l'hôpital de jour, mais on cherche autre chose puisqu'il n'y a pas de place* ».

Perspectives

L'information répétée issue de ces enquêtes est l'insuffisance numérique des possibilités d'accueil en soins institutionnels. S'agit-il d'une simple carence quantitative d'équipement et/ou d'une inadéquation qualitative polyfactorielle dans la chaîne décisionnelle liant besoins, demandes et réponses ?

On doit considérer comme indicateur de gravité le fait que ce soient les cas les plus lourds qui sont le moins facilement admis.

On peut ainsi comprendre la mobilisation des familles qui se situent de plus en plus comme parties prenantes dans les démarches et les décisions d'admission.

En termes de planification, nous ne pouvons que réclamer la constitution d'un observatoire régional de santé spécialement dévolu à la psychiatrie infanto-juvénile et à l'enfance inadaptée, et dont la première mission serait d'évaluer les capacités de réponses des structures existantes.

La gestion départementale des admissions, en particulier de la part des CDES, est en contradiction avec l'état actuel des réalisations et des flux de populations.

En termes de recherche, deux orientations sont à envisager en priorité :

- faire des études longitudinales sur les parcours des enfants et adolescents entre les diverses institutions et surtout lorsqu'ils sont en attente de solution d'accueil ;

- mieux connaître les attentes des familles par rapport aux solutions qui leur sont proposées et leur place dans le processus d'accueil. ■

Jean-Pierre Thévenot et Nicole Quemada*

Remerciements

Que soient ici remerciés tous les responsables de secteurs et d'établissements, sans lesquels ces recherches n'auraient pu aboutir.

*INSERM-CCOMS, Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en Santé mentale.

Note : Les rapports détaillés des trois enquêtes peuvent être consultés auprès des auteurs, soit au CCOMS, soit au CMP, 20 villa Compoint, 75017 Paris.

ETAT DES LIEUX : Nombre de structures et de lits et places enquêtés

	HTC			HJ			Internats			Externats		
	Lits	structure	places	structure	places	%	structure	places	%	structure	places	%
75	1/3 sur le	34	760	42	3	157	5	23	914	11		
77	secteur	3	41	2	13	827	29	21	807	10		
78		14	89	5	12	677	24	19	797	10		
91	1/3 hors	4	89	5	12	677	24	19	797	10		
92	du secteur	11	257	14	4	182	6	23	935	11		
93		5	118	7	2	111	4	27	1296	16		
94	1/3 hors	7	164	9	9	345	12	25	1105	13		
95	département	7	100	6	10	407	14	17	1029	13		
IDF	17* 459*	85	1790	100	58	2878	100	182	8207	100		

*17 services dont 11 seulement recevant toutes catégories de patients, et 459 lits dont 35 lits mère-enfants. Tous les services et lits sont de fait régionalisés.

Posséder et détruire Stratégies sexuelles dans l'art de l'Occident*

Posséder et détruire...

L'art occidental ne traite du sexe que sur le mode de la violence. Il n'y est guère question, que de ruse et de piège, de rapt et de viol, de lutte et de meurtre. Nous avons depuis longtemps cessé de voir ces images pour ce qu'elles sont : une métaphore inlassable et cruelle de ce qu'on nommera d'un mot féministe, cher à Bourdieu, la *domination masculine*.

...les stratégies sexuelles dans l'art de l'Occident

Les œuvres, dessins, photographies, sculptures et autres, ne proviennent pas *seulement* du Louvre, mais des musées parisiens ou régionaux, sans oublier les prêteurs étrangers. Elles sont présentées par petites salles, qui fonctionnent comme la *chambre obscure* du fantasme ou, si l'on préfère, comme autant de *peepshows* strictement critiques. Il ne s'agit pas d'érotisme, encore moins de pornographie. La sexualité ne s'entend pas ici comme représentation du sexe, mais comme théâtre de l'inconscient : ce qui compte n'est pas la relation des corps, mais la distribution des rôles. Le parcours suit le mode labyrinthique d'une fausse chronologie. On propose des interprétations, qui s'inspirent, notamment, des analyses de Freud ou Lacan, Bataille ou Blanchot, Deleuze ou Foucault, Irigaray ou Kristeva, entre beaucoup d'autres...

Les deux premières salles exposent la thèse centrale de l'argumentaire : la *violence mâle du sexe occidental*, avec son corollaire obligé, qui lui sert de caution morale, l'*idéal arcadien d'un consensus androgyne*.

Les quinze autres salles sont réservées à un artiste, comme autant de micro-monographies, où le travail de la répétition traduit l'émergence inconsciente d'une stratégie sexuelle.

Avec Michel Ange et Signorelli s'élabore un monde *survivil*, où triomphe le muscle, en se débarrassant de la femme (Michel Ange, *Faune dansant*, Signorelli, *Hommes nus*). Chez Rembrandt et Poussin, la peinture classique, peinture phallique, privilégie le *culte du pouvoir*, qui n'est, sous ses dehors moralistes, qu'un culte patriarcal du chef ou du héros (Rembrandt, *Ruth et Booth*, Poussin, *Renaud et Armide*). Greuze montre, à son corps défendant, comment la *figure du père de famille détruit la famille par l'exercice d'un pouvoir absolu* qui culmine dans l'*inceste* (*La charité romaine*). Avec David (*Le départ d'Hector*), le néoclassicisme invente l'éphèbe afin de pallier la castration du héros. La violence des pulsions prend, chez Géricault, un tour *sadique, vampire ou cannibale* (*Satyre et nymphe*), quand la fascination de la femme *humiliée* produit, chez Delacroix, un fantasme rare que ne désavouerait pas Sacher-Masoch (*Enlèvement de Rebecca*). L'obsession fétichiste de la femme s'épanouit, avec Ingres, dans la célébration du *saphisme* (*Etude pour le bain turc*) et s'assombrit, avec Degas, dans la misogynie féroce d'un voyeur exhibitionniste (*Femme nue*).

Ces mouvements réflexes d'une culture phallique où *l'art est affaire des hommes*, se cristallisent, avec les modernes, dans une problématique du corps qu'ils vouent à l'échec : *machines célibataires* (Duchamp, *La Mariée mise à nu*), perversions polymorphes (Picasso), femmes *pinces* (Klein), femmes-peintures d'un rituel parodique (Mühl). Seul Artaud produit cette étrange *utopie qui défie la logique répressive* d'une raison puritaine : le corps sans organes... ■

F.C.

Exposition organisée Hall Napoléon par le département des Arts graphiques du Louvre, du 14 avril au 10 juillet 2000.

Utopie La quête de la société idéale en Occident*

En 1516, Thomas More a inventé l'Utopie, vision imaginaire aux confins du nouveau Monde, avec l'idée que la société idéale pourrait être une construction humaine. Cette « cité idéale » s'est exprimée dans la littérature, les projets d'architecture et d'urbanisme, les textes philosophiques et politiques, les arts plastiques, et a porté les mouvements sociaux depuis la fin du XVIII^e siècle. L'exposition se déroule en quatre parties, selon un parcours chronologique qui débute par l'évocation des sources de l'utopie, en particulier les « récits fondateurs » que sont le mythe de l'Age d'Or, le récit de la Création au Jardin d'Eden, celui de l'Apocalypse, à travers des manuscrits enluminés, cartes et mappemondes anciennes, gravures du Dürer et de Duvert. La deuxième partie s'étend du XVI^e au XVIII^e siècles. Elle présente le personnage de Thomas More, dont le portrait peint par Holbein, la découverte du Nouveau Monde à travers globes, atlas et cartes, dont le fameux portulan de Christophe Colomb, les cités idéales de Léonard de Vinci, Filarete, Dürer puis Boullée ou Ledoux, enfin la littérature de voyages imaginaires, à l'iconographie suggestive et parfois délirante. Une troisième partie couvre les révolutions américaine et française, les projets d'utopies sociales de l'époque romantique, de Fourier à Proudhon, puis les visions nées de la révolution de 1848 ou de la Commune de Paris, ainsi que les utopies qu'a pu engendrer, à la fin du XIX^e siècle, la foi dans le progrès. La

quatrième partie porte sur le XX^e siècle et met en scène l'alternance du rêve et du cauchemar, les deux faces de l'utopie. Des artistes comme les futuristes, Fernand Léger, Malevitch ou Moholy Nagy, des architectes de la métropole moderne, Le Corbusier, Oscar Niemeyer ou Franck Lloyd Wright, projettent les avant-gardes vers un avenir à inventer, alors que l'imagerie propagandiste de l'Union Soviétique modèle un Homme Nouveau dans les années 1920 et 1930. L'évocation de l'eugénisme et du nazisme permet de s'interroger sur les rapports de l'utopie et du totalitarisme. La création de Jean-Michel Alberola, dans le sillage des nouvelles utopies des années 1960, conclut ce parcours.

Cette exposition présente près de quatre cents œuvres représentatives de l'imaginaire utopique, en les situant dans leur contexte historique et en les accompagnant d'un dispositif documentaire constitué des textes, citations, « feuillets », extraits de films, petite médiathèque en libre accès, etc. Le catalogue, co-édité avec les éditions Fayard, constitue un ouvrage de fond. Plusieurs colloques, cycles de conférences et de rencontres, une programmation de films couplant fictions et documentaires sont également proposés autour du thème de l'utopie. ■

G.M.

Exposition à la Bibliothèque Nationale de France, Site François Mitterrand, Grande et petite galeries. Du 4 avril au 9 juillet 2000.

LIVRES

La fin de la plainte

François Roustang
Editions Odile Jacob

Qu'est-ce donc que la plainte? C'est, écrit François Roustang, la manifestation d'une peine, d'une souffrance particulière caractérisée par un ressenti et une formulation excessives : une manifestation qui signifie et signe le besoin paradoxal de laisser intact le chagrin pour éviter de l'affronter. L'observation est judicieuse. Lequel d'entre nous, psychologue, n'a-t-il eu, un jour, à méditer dans un bruyant silence sur le caractère, difficilement tolérable en longue durée, de « cette fixation répétitive qui alimente le chagrin au lieu de l'épuiser ».

Analyse interminable, psychothérapie figée dans une récrimination perpétuelle : voilà qui met à rude épreuve, des années durant, le narcissisme souffrant du plaignant ; celui du thérapeute aussi, embarqué, faute de mieux, dans une théorie défensive et inefficace. A cette question de la plainte, quelle réponse nous propose François Roustang ? Pour la saisir dans sa complexe fluidité, sa solidité et sa force de conviction, force est de rappeler l'originalité du parcours de l'auteur. Philosophe et psychanalyste formé par Lacan, pathétiquement séparé du Maître, quelques années avant sa disparition (*Un destin si funeste* date de 1977), Roustang s'éloigne de la psychanalyse. Et s'intéresse à l'hypnose, fréquentant alors les meilleurs spécialistes américains de la discipline, dont le génial Milton H. Erickson.

Ainsi entreprend-t-il de se construire, à l'écart des champs thérapeutiques classiques, son propre espace. Dans lequel le mouvement et la quête d'une qualité inter-relationnelle relativisent la portée du discours. Dans cet espace, les paroles ne seraient même là qu'à titre d'épiphénomène et d'accompagnement. Et Roustang d'ajouter : « *Quel est l'obstacle au sentir, levier de tous les processus, qu'est-ce qui fait barrage à l'investissement du sensoriel dans sa transmodalité ? La réponse tient en peu de mots, c'est la psychologie* ». Et, plus loin : « *La psyché ne peut pas être sans corps... elle n'a en elle-même aucune réalité* ». Seul compterait le « *Corps psychisé* ». Lui seul existe. Un concept que notre philosophe ne craint pas d'argumenter jusqu'au paradoxe. A le suivre, on en viendrait même à bousculer le socle occidental de la connaissance de soi pour aboutir à un « *Ignore-toi, toi-même* ». C'est le titre que donne avec humour R. Pol Droit à sa critique du livre de Roustang (*Le Monde* du 4.2.00). Ce postulat du corps psychisé, l'auteur le défend donc avec l'assurance et la provocation nécessaires pour amener le lecteur à partager avec ses consultants l'essence de sa démarche thérapeutique : jeux d'espace, de mouvement dans l'espace induit, ouvertures instillées dans le champ du ressenti ; pour l'accompagner aussi dans sa démarche de praticien. Est-il convaincant ? Ne l'est-il pas ? A chacun des spécialistes engagés dans leur pratique de l'apprécier.

Certes, le type de psychopathologie de la plainte dont traite Roustang ne concerne ni le champ des psychoses ni même celui de l'ensemble des souffrances névrotiques. Mais l'intérêt n'en demeure pas moins tel qu'il fera regretter que l'apport des témoignages accordés à la pratique professionnelle de l'auteur ressortisse davantage à la présentation de vignettes cliniques qu'à celle de documents circonstanciés. Et regretter aussi que la confrontation proposée ici entre l'approche occidentale du corps-psyche et l'abord orientaliste qui lui serait opposable

soit plus esquissée qu'approfondie. A moins que Roustang n'ait délibérément choisi de laisser son lecteur dans l'attente « *hypnosée* » d'une inquiétude certaine... pour mieux l'inciter à se mouvoir hors du champ conceptuel d'une psychologie, où il se serait laissé enliser.

B. Dalle

Enfants placés et construction d'historicité

Christine Abels-Eber
Préface de Vincent de Gaulejac
L'Harmattan

La pratique des histoires de vie auprès d'enfants placés met en jeu un aspect central de la construction identitaire qui s'élabore à partir du rapport que ces enfants entretiennent avec la dimension psychique et sociale de leur existence. Par le récit de leur vie et le questionnement de ces articulations, deux enfants, par le récit qu'ils ont produit, sont parvenus à « *sortir d'eux-mêmes* » pour interroger leur environnement familial et social, et c'est en tant « *qu'autre* » qu'ils y sont revenus. Ce voyage de soi à l'autre et de l'autre à soi ouvre un espace de transformation, non seulement du rapport de ces deux enfants placés à l'événement-séparation qui a bouleversé leur vie, mais également à eux-mêmes par la prise en compte de l'altérité. Il leur permet de retrouver leur parole perdue, mais aussi une certaine estime d'eux-mêmes en tant qu'êtres singuliers et uniques. C'est le « *voyage* » de ces deux enfants que ce livre nous propose de suivre.

Vieillesse, démence et immigration

Pour une prise en charge adaptée des personnes âgées migrantes en France, au Danemark et au Royaume-Uni

Omar Samaoli, Peter Linblad,
Kirsten Amstrup, Naina Patel et Naheed R. Mirza
L'Harmattan

Nous savons, avec le développement de la discipline gérontologique, que ne sont naufragés dans leur vieillesse, que ceux dont le vieillissement se déroule dans de mauvaises conditions. Des conditions de santé physique ou mentale précaires et fragiles, des ressources insuffisantes, un tissu social ou affectif s'amenuisant au fil de l'éclatement des solidarités formelles ou informelles... S'ajoutent, à ces appréhensions, le déracinement, l'immigration et ce qu'ils impriment comme leurs propres marques à la lecture du temps, de la vieillesse ou de la déraison. Cette déraison (comme toute autre déraison) est une souffrance ; même si personne n'en est jamais revenu indemne pour nous en dire l'intensité. Cet ouvrage investit un espace gérontologique encore en friche de par sa complexité et le peu d'intérêt qui y est consacré.

Le jeu en psychothérapie de l'enfant

Annie Anzieu, Simone Daymas,
Christine Anzieu-Premmeur
Dunod

Cet ouvrage, qui est fondé sur l'étude analytique de cas cliniques, est divisé en trois grandes parties qui concernent le jeu chez l'enfant de zéro à cinq ans, la période de latence, et enfin le psychodrame avec l'adolescent. D'autres chapitres sont consacrés en particulier à l'histoire de la technique du jeu en psychothérapie de l'enfant, au processus de symbolisation et aux problèmes de l'interprétation en psychothérapie.

LIVRES

Clinique de l'hallucination psychotique

Guy Gimenez

Dunod

Le rêve a été pour Freud la voie royale pour accéder à l'inconscient du névrosé ; l'hallucination est considérée comme la voie royale pour explorer les processus psychotiques par l'auteur qui illustre cette thèse en se référant aux modèles théoriques psychanalytiques et psychiatriques d'une part, et à la pratique clinique d'autre part. Une première partie propose une étude critique du concept d'hallucination dans la littérature psychiatrique et discute les enjeux théoriques et cliniques des approches psychanalytiques. avant que ne soit démontré comment l'hallucination peut être interprétée comme la perception d'un impensé qui prend forme pour être appréhendé comme une perception. Le scénario irréprésentable d'expériences affectives et émotionnelles qui n'ont pu être symbolisées est ainsi transformé, selon des mécanismes décrits par l'auteur, pour construire une hallucination : c'est ce qu'il nomme le « travail de l'hallucination ». Dans ce cadre, traiter consiste à rendre possible et accompagner la transformation de l'hallucination en pensée, c'est-à-dire à relancer ce qui était gelé par les mécanismes psychotiques, comme le déni et le rejet. Etayé sur des séquences cliniques, cet ouvrage présente les conditions d'une possible évolution élaborative des hallucinations dans une relation intersubjective et en décrit les étapes : l'intégration du clinicien dans l'hallucination, le partage de l'expérience hallucinatoire et l'utilisation de l'hallucination comme médiateur relationnel.

Les hépatites et leurs virus

Denis Ouzan

Ellipses

Les hépatites virales, en particulier B et C, seules responsables d'infections chroniques, représentent en France un problème de santé publique. Un nouveau traitement oral et bien toléré de l'hépatite chronique B, la Lamivudine offre les plus grands espoirs. On ne devrait plus parler d'hépatite B depuis la découverte d'un vaccin efficace qui a maintenant 16 ans d'âge. Néanmoins, une polémique récente sur ce vaccin, strictement limitée à notre pays, risque de compromettre la disparition de cette hépatite. L'hépatite C occupe le devant de la scène chez les toxicomanes (plus de 70 %) elle trouve là un milieu propice de diffusion par le biais de l'échange de matériel. L'absence de transmission sexuelle, contrairement à l'hépatite B, constitue un frein à sa diffusion. Le dépistage des donneurs de sang depuis 1990 a fait disparaître cette voie de transmission. Les mesures d'hygiène devenues de plus en plus draconiennes mettent à l'abri d'une contamination par les actes médicaux. Le dépistage de l'hépatite C, qui ne peut être appliqué à toute la population, est proposé à tous les sujets susceptibles d'avoir été contaminés (toxicomanes et sujets transfusés avant 1991).

La Ribavirine, qui vient d'être commercialisée dans le traitement de l'hépatite chronique C, permet, en association avec l'interféron alpha, de guérir la moitié des malades. Parallèlement à ces hépatites à transmission sanguine et/ou sexuelle (B), les hépatites à transmission orale (A et E) continuent à croître. Il faut donc continuer à vacciner tous les sujets susceptibles de transmettre le virus A et notamment les voyageurs en zone d'endémie. Les nouveaux virus G et TTV sont responsables d'une multiplication virale sans véritable hépatite et ne seraient pas néfastes pour la santé.

Building confidence from patient's satisfaction

La mirtazapine (Remeron®, Norset® en France) est aussi le premier d'une nouvelle classe thérapeutique : les antidépresseurs spécifiques noradrénergiques et sérotoninergiques (NaSSA). Afin de faire le bilan des études récentes concernant cette molécule, les laboratoires Organon et Riom ont organisé à Athènes, les 23 et 24 mars 2000, une deuxième réunion d'experts réunissant plus de 500 psychiatres provenant de plusieurs pays.

Les antidépresseurs : différentes molécules pour différentes cibles

L'hypothèse de l'implication de la noradrénaline et de la sérotonine dans la genèse de la dépression a été avancée il y a déjà 30 ans, comme l'a rappelé A.F. Schatzberg (Etats-Unis). Depuis, de multiples preuves ont été apportées en faveur de cette théorie. Ainsi, la réserpine, qui diminue les taux de noradrénaline favorise l'apparition d'une dépression. Ou encore, chez les dépressifs bipolaires, le niveau urinaire du MHPG, métabolite de la noradrénaline, est élevé d'une façon statistiquement significative. En ce qui concerne la sérotonine, la diminution du taux de 5-H1AA, principal métabolite de la sérotonine, dans le liquide céphalo-rachidien est corrélée au comportement suicidaire et à l'agressivité.

De nombreuses questions, concernant le rôle de ces deux neuromédiateurs dans le cadre de la dépression, restent encore sans réponse. Pourtant, actuellement, il est largement accepté qu'une dysfonction des deux systèmes noradrénergique et sérotoninergique est à l'origine des troubles dépressifs. Ainsi, la diminution de la libération ou de la synthèse de la noradrénaline peut être due à une activité accrue des auto-récepteurs. Le système noradrénergique peut, en outre, être dérégulé dans le sens d'une faible liaison des récepteurs post-synaptiques aux protéines G. Quant à la fonctionnalité réduite du système sérotoninergique, elle serait surtout la conséquence d'une faible liaison au transporteur, à la recapture défaillante de la sérotonine ou à l'altération de l'activité des récepteurs. Une amélioration des symptômes dépressifs est obtenue en agissant sur l'une ou l'autre de ces dysfonctions. On distingue plusieurs classes d'antidépresseurs : les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (paroxétine, fluvoxamine, fluoxétine, citalopram, sertraline), les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (venlafaxine, milnacipran, certains antidépresseurs tricycliques), les inhibiteurs de la recapture de la noradrénaline (reboxétine, d'autres antidépresseurs tricycliques), les inhibiteurs de la mono-aminoxydase (tranylcypamine, moclobémide) et les antidépresseurs spécifiques noradrénergiques et sérotoninergiques α -antagonistes (mirtazapine).

Les antidépresseurs sont-ils tous égaux ?

L'opinion selon laquelle tous les antidépresseurs ont une efficacité comparable et se distinguent uniquement par leur profil de tolérance est souvent avancée. Les résultats des études présentées par C. Thompson (Etats-Unis) et J. Guelfi (France) infirment cette hypothèse. Les conclusions d'une méta-analyse réalisée par Anderson concernant 101 études comparatives incluant 10 496 patients sont représentatives. Ainsi, l'efficacité globale des

inhi-biteurs de la recapture de la sérotonine (IRS) en tant que classe thérapeutique, est comparable à celle des antidépresseurs tricycliques (ATC). Pourtant, si l'on analyse les résultats selon les populations de patients dépressifs étudiés, hospitalisés ou traités en ambulatoire, les tricycliques s'avèrent significativement plus efficaces que les IRS dans la prise en charge des patients hospitalisés, souffrant donc d'une pathologie plus grave. D'autre part, on peut observer une différence significative d'efficacité en faveur des ATC sérotoninergiques par rapport aux IRS. Cette différence est particulièrement saillante dans le cas de l'amitriptyline et de la clomipramine, ce qui peut être expliqué par l'action conjointe et équilibrée sur les deux systèmes noradrénergique et sérotoninergique de ces antidépresseurs. L'efficacité des ATC noradrénergiques, au contraire, est comparable à celle des IRS. Ces résultats suggèrent que les antidépresseurs avec une double action sur la sérotonine et sur la noradrénaline sont plus efficaces que les antidépresseurs agissant sur un seul système de neuromédiateurs, celui de la sérotonine par exemple. Récemment ont été développées des molécules à double action noradrénergique et sérotoninergique. Ces molécules ne présentent pas, comme les ATC, des effets anticholinergiques, responsables de la mauvaise tolérance des ATC et sont moins toxiques en cas de surdosage. Du fait d'un mécanisme à la fois noradrénergique et sérotoninergique, la mirtazapine montre une efficacité supérieure par rapport à trois IRS (fluoxétine, paroxétine et citalopram) et égale à celle des ATC, y compris chez des patients hospitalisés ou souffrant de troubles dépressifs graves. Ses effets secondaires sont moindres et son profil de tolérance est différent de celui des IRS ou encore des ATC. Une première étude comparant deux antidépresseurs à double action, la mirtazapine et la venlafaxine a été présentée. Ces deux molécules se sont montrées également efficaces, avec un profil de tolérance en faveur de la mirtazapine.

Une efficacité rapide

Un problème majeur des traitements antidépresseurs, IRS compris, est l'existence d'un intervalle de temps important entre le moment d'initiation de la thérapie et celui de l'apparition des premiers signes d'amélioration. La mirtazapine semble apporter une réponse à ce problème, comme en témoigne l'analyse de données extraites de trois études randomisées comparant, en double aveugle, mirtazapine à trois IRS différents (fluoxétine, citalopram et paroxétine) présentée par M. Thase (Etats-Unis). Plusieurs moyens ont été proposés afin de mesurer la rapidité d'action d'un médicament. Une des méthodes les plus utilisées consiste à évaluer la proportion de patients répondeurs (qui voient, donc, leur score pour l'échelle de dépression diminuer d'au moins

50%) à plusieurs moments successifs de la période de traitement. Si l'on applique cette méthode d'analyse aux données des trois études mirtazapine versus IRS, on constate un avantage statistiquement significatif en faveur de la mirtazapine à partir de la première semaine et jusqu'au moins la quatrième semaine de suivi. Une semaine après le début du traitement par mirtazapine, 12,1% des patients sont répondeurs, contre 5,3% de ceux sous IRS. A la quatrième semaine les pourcentages respectifs sont de 59,4% contre 45,8%.

A. Schatzberg (Etats-Unis) explique cette efficacité rapide de la mirtazapine par son action spécifique sur les auto ou hétéro-récepteurs α_2 -adrénergiques, et l'on sait que l'augmentation de la libération de noradrénaline est le résultat du blocage des auto-récepteurs α_2 -adrénergiques. Celle de la sérotonine intervient par le biais du blocage des autorécepteurs α_2 -adrénergiques, mais par l'intermédiaire des récepteurs α_2 -adrénergiques présents au niveau des cellules sérotoninergiques. La mirtazapine n'induit pas une phase initiale de réduction de la libération de la sérotonine, phénomène qui accompagne, pendant les premières semaines de traitement avec IRS, l'inhibition de la recapture de la sérotonine.

Une meilleure tolérance pour une bonne observance

Comme l'a montré R. Hirschfeld (Etats-Unis), la mirtazapine s'avère particulièrement efficace sur l'anxiété ou l'insomnie et est dépourvue d'effets secondaires dans le domaine de la sexualité. Tous les essais thérapeutiques témoignent d'un meilleur profil de tolérance de la mirtazapine par rapport aux ATC et d'un profil de tolérance comparable à celui des IRS. Dans des essais la comparant à la fluoxétine, l'incidence des effets indésirables est réduite dans les deux groupes de traitement à moins de 10%. On observe un pourcentage similaire de patients présentant au moins un effet secondaire au cours d'une étude comparative mirtazapine-citalopram. Plus de patients traités par citalopram souffrent de nausées (20% versus 10% sous mirtazapine) et de transpirations (15% versus 3%). Les patients recevant de la mirtazapine sont, quant à eux, plus nombreux à présenter un appétit accru (10% versus 2% sous citalopram) ou un gain de poids (15% versus 5%). Ces deux derniers effets peuvent être liés à des signes d'amélioration de la dépression. Des résultats similaires sont obtenus par les études comparatives versus paroxétine : les effets secondaires spécifiques aux IRS (nausées, vomissements, tremblement ou transpirations) sont plus fréquents chez les patients traités par la paroxétine, tandis que la prise de mirtazapine est plus souvent accompagnée d'une prise de poids. Ces données sont confirmées par le très faible taux d'arrêt du traitement pour effets secondaires constaté chez les patients déprimés traités avec mirtazapine : 5% contre 15% des sujets recevant de la venlafaxine, selon une étude récente. Des études également récentes montrent une efficacité au long cours de la mirtazapine supérieure à celle des ATC et similaire à celle d'IRS tels la paroxétine et le citalopram. ■

G.M.

Le Diplôme Inter-Universitaire de *Médecine et Santé de l'Adolescent* organisé par les Facultés de Poitiers et de Tours, est destiné aux psychiatres, pédopsychiatres, pédiatres, généralistes, médecins scolaires, autres spécialistes (option : DIU Médecine de l'Adolescent) et professionnels travaillant auprès d'adolescents (option DIU : Santé de l'Adolescent). Cet enseignement vise à approfondir les connaissances sur l'adolescence dans ses aspects physiologiques, médicaux, psychologiques, psychiatriques, éducatifs et à étudier les interactions entre ces deux domaines. Les participants pourront acquérir une capacité à travailler de façon complémentaire, coordonnée et cohérente entre les diverses professions dans une perspective de santé globale de l'adolescent. L'enseignement dure un an, réparti sur 9 sessions de 2 jours (108 heures d'enseignement). ■

B.L.

Renseignements : Secrétariat du Pr D. Marcelli, Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Centre Hospitalier H. Laborit La Milétrie, 86021 Poitiers. Tél. : 05 49 44 57 59. Fax : 05 49 44 57 51.

Regional neurosciences conference

sur les bords du Lac Majeur

Les Laboratoires Lilly ont réuni à Stresa, en Italie, près de 600 psychiatres européens autour du Professeur Anne Farmer, de Londres, qui a présidé ces deux journées. La première journée, du 30 mars 2000, a été consacrée aux problèmes complexes posés par les troubles de l'humeur et à la recherche de solutions. S'appuyant sur de nombreuses études, Ted Dinan de Dublin a conclu à la supériorité des IRS dans le traitement préventif des rechutes dépressives, qui doivent être prescrits à long terme : 26 semaines de traitement par Fluoxétine d'après Reimher et al., 1998. L'exposé très clair de Koen Demyhenaere de Leuven sur les facteurs de bonne compliance a attiré l'attention sur le fait que 63% des ruptures de traitement seraient inconnues des médecins, 50% sont observées dans les dix premières semaines, du fait des effets secondaires médicamenteux, de l'amélioration clinique ou de la perte d'efficacité du traitement. John Hugues de New Castle a décrit les particularités physiques du « syndrome de discontinuité » des traitements par antidépresseurs. Il en a proposé des explications physiopathologiques avec les perturbations au niveau des récepteurs des neurotransmetteurs. Ce syndrome survient dans les premiers jours après l'arrêt du traitement. Il est réversible après la réintroduction du traitement antérieur.

Différents intervenants ont rapporté des études démontrant la supériorité des IRS, plus sûrs

et mieux tolérés :

- sur les états dépressifs associés à des comorbidités somatiques, cardiovasculaires, cancérologiques, diabétiques, HIV,...

- sur les dépressions à plusieurs moments de la vie génitale de la femme : du syndrome prémenstruel, à la grossesse et à la lactation. Les IRS ne semblent pas présenter de risques tératogènes ou périnataux, d'après Mein Steiner de Toronto,

- en gériatrie où les dépressions sont souvent associées à des comorbidités somatiques.

La deuxième journée a concerné la schizophrénie, des concepts de neuromodulation et de neuroplasticité qui sont perturbés dans les pathologies psychiatriques et que les traitements précoces améliorent, jusqu'à la supériorité des antipsychotiques atypiques dans le traitement des états psychotiques aigus. Les antipsychotiques de nouvelle génération paraissent actifs sur les symptômes positifs mais aussi négatifs ainsi que sur les dépressions secondaires et les fonctions cognitives. Ils améliorent, ainsi, le potentiel de réhabilitation du malade. La meilleure tolérance cardiovasculaire, une diminution des effets secondaires, notamment endocriniens et sexuels, améliorent la compliance aux soins. Une attention particulière, avec une recherche de ses causes multiples, est rapportée à la prise de poids qui peut être importante avec l'olanzapine, mais qui a tendance à plafonner à environ 38 semaines de traitement et diminuer

avec un régime hypocalorique et l'exercice physique.

Sumer Verma, de Boston, a proposé une présentation convaincante des traitements des troubles psychogériatriques, depuis la schizophrénie tardive jusqu'aux démences et divers troubles du comportement. Entraînant moins d'effets indésirables comme la sédation, les troubles cognitifs ou extrapyramidaux, les antipsychotiques atypiques apportent une aide certaine chez le sujet âgé dans un contexte de maintien à domicile, aussi prolongé que possible, avec un soutien familial et un abord environnemental.

Trevor Turner a décrit l'intérêt de « switcher », surtout pour les patients ambulatoires, ce qui permet une meilleure efficacité et une meilleure tolérance.

Pour terminer cette conférence, Andreas Marneros, de Halle, après un historique des troubles bipolaires, a montré l'efficacité des antipsychotiques atypiques, associés ou non à des thymorégulateurs dans le traitement des accès maniaques, des troubles schizo-affectifs et des troubles bipolaires mixtes, tout en reconnaissant l'intérêt du recours transitoire à des neuroleptiques plus sédatifs dans des cas aigus d'agitation maniaque ou schizomaniaque.

Ces exposés, par une forme très interactive, suscitant des questions en début et en fin d'intervention, ont balayé divers domaines. La quarantaine de psychiatres français venus des quatre coins de l'hexagone, accompagnés par Valérie Pichot et Alice Jouet, a pu enrichir ses connaissances, échanger sur ses pratiques publiques et libérales, et rencontrer des collègues européens. Le temps a manqué pour multiplier les contacts, mais ces journées de travail, dans un climat convivial, ont donné envie d'élargir ces rencontres. ■

Marianne Mazodier

le plan littéraire de *Dit Nerval* de Florence Delay, mais pour moi le vieux sens du mot « Dit », je l'ai cherché dans le Littré, et j'ai bâti le « *Dit de Nerval* ». C'est bien ce que m'a donné Florence Delay, de Gérard Labrunie, fils du médecin en chef des hôpitaux militaires, attaché au service de l'Armée du Rhin. Mais j'ai aussi profité de l'aubaine d'avoir lu dans le même livre le « *Dit de Jean Delay* » alias Jean Faurel, le grand Psychiatre qui ressemblait si bien au « *Prince d'Aquitaine à la Tour abolie* » et peut-être aussi un épisode du « Dit de Florence » dont Gérard a pu écrire :

« *Du précédent était la fille
Vive et preste comme un oiseau
A la main un talent qui brille
A la bouche un refrain nouveau* »
(*Odelettes. G. de N.*)

Jean Thuillier

Etre crâne

Lieu, contact, pensée, sculpture

Georges Didi-Huberman

Les Editions de Minuit

Cet ouvrage est le troisième d'une série d'essais sur la question du lieu dans l'art contemporain. Une hypothèse guide cette série : l'artiste est inventeur de lieux, c'est-à-dire façonne, donne chair à des espaces improbables, impossibles ou impensables. Le genre de lieux qu'invente Giuseppe Penone passe par un travail avec le contact : une dynamique de l'empreinte, par laquelle l'espace se trouve à la fois reporté et renversé, c'est-à-dire tacitement connu et mis sens dessus dessous. Dans un tel processus, le matériau lui-même porte mémoire. Mais qu'est-ce qu'une sculpture qui aurait pour charge de toucher la pensée ? Penone est parti de la « *cécité tactile* » qui empêche de percevoir le contact de notre cerveau avec la face interne de notre crâne. L'œuvre consiste à faire traces, frottements, reports, développements, de cette insensible zone de contact. Le résultat est une sorte de fossile du cerveau : lieu de pensée, c'est-à-dire lieu pour se perdre et pour réfuter l'espace.

Qu'est-ce que la citoyenneté ?

Dominique Schnapper

Gallimard, Folio / Actuel

Professeur de sociologie à l'École des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Dominique Schnapper est connue pour ses livres sur l'intégration et sur l'idée de nation. Elle publie, avec l'historien Christian Bachelier, une excellente synthèse sur la notion de citoyenneté : une sorte de manuel balayant l'histoire de cette notion de l'Antiquité à nos jours. Les différents chapitres sont accompagnés d'annexes reproduisant les principaux textes de référence. Mais c'est plus qu'un ouvrage didactique. On y trouve, par exemple, des distinctions très éclairantes entre les « *droits-libertés* » et les « *droits-créances* », selon qu'il s'agit de protéger les individus contre l'Etat ou, au contraire, de faire appel à son intervention ; ou encore entre le « *citoyen à la française* » défini par l'affirmation des droits de l'individu et le « *citoyen à l'anglaise* » appartenant d'abord à un groupe ou à un lobby. C'est, aussi, l'occasion de situer la discrimination positive dans sa conception anglo-saxonne (compensation des handicaps par des droits dérogatoires) et de poser enfin la question d'une citoyenneté européenne. Ce livre, en format de poche, est indispensable à toute personne intéressée par le « *droit des usagers* » et par ses liens avec la recherche d'une véritable citoyenneté.

Marcel Jaeger

LIVRES

Dit Nerval

Florence Delay

Coll. *L'un et l'autre*
Gallimard

C'est un très agréable petit livre que vient de publier Florence Delay chez Gallimard. A l'occasion d'une biographie de Nerval, très « *suggestive et subjective* », comme l'impose G.B. Pontalis dans sa collection *L'Un et l'Autre*, Florence Delay a écrit quelques belles pages concernant la vie de son père le Professeur Jean Delay, psychiatre, écrivain, membre de l'Académie Française et de l'Académie de Médecine.

Tous ceux qui ont connu le personnage et l'œuvre de ce grand psychiatre pourront lire avec intérêt le récit de Florence Delay.

En effet, à travers son enthousiasme passionné pour Nerval, elle laisse entendre l'amour et l'admiration qu'elle eut pour son père ; et tous ceux qui ont connu (comme moi), l'homme et le savant pourront, à la fois, dans une lecture attentive retrouver la personnalité du savant et approcher la psychologie de sa fille. En fait grâce au poète, trois biographies nous sont révélées. C'est, d'abord l'extrême sensibilité affective de la fille pour le père qui nous vaut de très jolies pages où Nerval est le prétexte de ce qui est un essai plus qu'une biographie tant ce que nous dit Florence Delay de Gérard se retrouve chez ceux qui l'ont aimé et déjà raconté. Par contre dès le début du livre on peut saisir l'admiration de la fille pour tous les épisodes heureux, fortuits et dirigés qui ont jalonné la vie du psychiatre lettré que fut Jean Delay. Fils d'un important chirurgien de Bayonne, neveu d'un archevêque de Marseille, ami d'Henri Mondor, présenté par ce dernier à Gide, qui ayant lu la *Cité Grise* en

parla à Gaston Gallimard qui publia tout de suite *Les Reposantes* et *Les Hommes sans Nom*, complétant ainsi la trilogie de la Salpêtrière, Jean Delay fut un homme comblé. Quand j'eus la chance de le connaître comme interne, puis comme chef de clinique et collaborateur durant 15 ans, il écrivait ses livres sur Gide, Roger Martin du Gard et Montherlant. Il ne m'en parlait pas, mais je les achetais et il me les dédicait. Jean Faurel avait été son premier pseudonyme, bien oublié, depuis le succès de ses essais sur ces « *grands hommes* » et les fines études psychologiques qu'on peut lire dans ses Antimémoires. Evoquant la maladie de Nerval, Florence Delay se demande si son père l'aurait guéri par la magie de la chimie, et c'est ainsi que passant de Pinel à Esquirol, d'Esquirol à de Quincey et à Moreau de Tours avec son haschich, l'auteur nous ramène à l'analogie du rêve et de la folie et au Nerval d'*Aurélia*.

Dans une autre partie du livre, Florence Delay a recopié un passage de l'article qu'écrivit son père sur *Autour d'Aurélia* où l'on peut lire, en termes médicaux, une très précise description de la psychose maniaco-dépressive de Gérard Labrunie. A la fin de cet article, Jean Delay, ayant qualifié Gérard Labrunie d'« *héroïque Nerval* », Florence Delay se réjouit que son père ait pu faire du poète un « *héros* » avant qu'il le fut aussi pour elle.

Dans un autre chapitre du livre, Florence Delay évoque une certaine matinée, où son père était revenu de Sainte-Anne « *excité, rajeuni et les yeux très bleus, enchanté d'avoir absorbé de la psylocybine, extrait d'un champignon hallucinogène du Mexique, que lui avait donné un certain chercheur Roger Heim, etc ... etc* ». C'est ici que je puis livrer une confiance qui pourra compléter ce passage. Comme elle remonte à presque 40 ans, je pense pouvoir la raconter impunément. Je dirigeais à Sainte-Anne l'Unité de Psychopharmacologie U. 19

de l'Inserm dont les bâtiments se trouvaient à côté de ceux de Jean Delay, et ce fut sans doute ce matin-là que la surveillante de Jean Delay m'appela pour que je me rende auprès de lui. Lorsque j'entrais dans le bureau de Jean Delay, il conversait avec un visiteur grand, assez imposant, qu'il me présentait. C'était le poète Henri Michaux, qui venait de lui apporter des échantillons de Psylocybine l'alcaloïde du Psylocybes Mexicana, synthétisé par le chimiste des Laboratoires Sandoz, Albert Hofmann, l'inventeur du LSD. Le fameux champignon avait été cueilli au cours d'une expédition au Mexique et identifié par le Professeur Roger Heim, Directeur du Museum d'Histoire Naturelle. Jean Delay venait d'en avaler quelques centièmes de milligrammes, et il souhaitait que pendant quelques instants je prenne des notes sur son comportement.

J'avais, moi aussi, de la psylocybine dans mon laboratoire car je connaissais Hofmann qui m'avait fourni à plusieurs reprises du LSD et aussi de la Psylocybine pour des expériences sur des animaux. Je restais environ une heure en présence des deux hommes qui continuaient de parler de leurs relations respectives. Je notais qu'il y avait deux verres sur le bureau. Peut-être Michaux avait-il absorbé également de la drogue. Je pris quelques notes sur le comportement des deux comparses en signalant surtout chez Delay une excitation euphorique sans trouble hallucinatoire. A la fin de cette expérimentation clinique je pris congé d'Henri Michaux et de Jean Delay auquel je remis mes notes manuscrites.

Peut-être s'agit-il de cette matinée décrite page 41 dans le livre de Florence Delay où son père revint de Sainte-Anne, « *excité, les yeux très bleus et où sa joie débordait à table* », racontant le « *miracle* » qui avait eu lieu en plein hôpital avec la psylocybine qui, comme la mescaline, « *faisait les yeux émerveillés* ».

Je laisserai à d'autres le soin de discuter sur

LIVRES

Psychiatrie légale

Yves Tyrode, Stéphane Bourcet, Djamel Bouriche
Ellipses

Dans cette collection, *La pratique du terrain*, les éditions Ellipses proposent une formule destinée avant tout à la Formation Médicale Continue. Dans cet ouvrage, les informations sont cependant suffisamment actuelles, diverses et précises pour être utiles à la formation initiale. La présentation est particulièrement agréable puisqu'elle part d'un cas pratique rapidement commenté et éclairé, et s'ouvrant sur des notions théoriques, toujours bien synthétisées, avant de se terminer par un court chapitre, « ce qu'il faut retenir », qui peut permettre au lecteur déjà averti et se sentant compétent de parcourir rapidement l'ouvrage et de se rendre compte de ses éventuelles lacunes qu'il peut ainsi rapidement combler. Les douze chapitres évoquent des sujets très classiques en psychiatrie légale tels que les hospitalisations sans consentement ou la protection des incapables majeurs, la toxicomanie ou l'alcoolisme, mais d'autres moins habituels et pourtant tout aussi nécessaires comme la réparation du dommage corporel, les traumatismes psychiques ou les agressions dans l'exercice professionnel. Bien entendu, les aspects très actuels des perturbations de la sexualité sont également abordés. On ne peut que féliciter les auteurs de cet ouvrage court, facile à lire, didactique et très dynamisant.

C. Jonas

La France des chômeurs

Olivier Mazel
Gallimard, Folio / Actuel

Auteur déjà de *L'exclusion, le social à la dérive*, ce professeur de sciences économiques et sociales prend acte du retour d'un certain optimisme en matière de réduction du chômage. Mais il se soucie de ce que les plus éloignés de l'emploi ne deviennent pas pour autant des exclus de la reprise économique, surtout lorsque leur précarité est ancienne. Pour cela, il importe de faire le point, notamment avec le recul de l'histoire et l'aide de la statistique, sur les différentes formes de chômage : court, de récurrence, de longue durée. C'est à propos de ce dernier qu'a été avancé le concept d'employabilité qui conduit bien souvent à condamner les personnes peu qualifiées et en grande difficulté à une exclusion radicale. On peut certes « *exister au chômage* » (titre du chapitre IV). Mais puisque seulement 53 % des chômeurs perçoivent une indemnité, le chômage se traduit au quotidien, pour beaucoup d'entre eux, par une dégradation dramatique de leur état de santé et par ce que des sociologues appellent une « *ambiance suicidogène* ». L'intérêt de ce livre est d'apporter l'éclairage d'un économiste, non seulement pour dresser un état des lieux, mais aussi pour repérer les stratégies en matière de politiques publiques, tout en les mettant en perspective avec les autres pays européens.

M. Jaeger

Clinique de l'acte

Sous la direction de Okba Natahi et Olivier Douville
Psychologie Clinique Nouvelle série n°8

Les textes présentés dans ce numéro témoignent d'un intérêt pour la réalité du passage à l'acte qui renvoie à de nouveaux lieux d'exercice, et interroge la possibilité contemporaine qui est donnée aux individus de créer ou non une solution symptomatique

à leur façon d'être soumis au travail de la culture. Parler des cliniques de l'acte renvoie à une interrogation sur les limites des dispositifs et des situations thérapeutiques. Les cliniques de l'acte sont des cliniques d'un événement. Si le passage à l'acte est ce qu'il est demandé à un sujet en relation thérapeutique ou éducative d'éviter, on ne peut pour autant se satisfaire d'un modèle « transgressif », « régressif » ou « déficitaire » pour tenter d'expliquer. Ce moment événementiel peut être porteur de créativité, peut attirer l'attention du clinicien sur les vraies scènes en jeu. Il convient donc de ce revenir à la valeur de l'acte non comme révélant la mise en place du fantasme, mais en tant que contribuant à celle-ci. D'où un intérêt pour l'adolescence et la violence, l'adolescence et ses risques.

Avec les contributions de : I. Adam, G. Arce Ross, S. Bouyer, F. Couchard, A. Dachmi, C. Dal Bon, O. Douville, I. Gârate-Martinez, R. Gori, J.-M. Hirt, F. Houssier, M. Kohn, P. Le Maléfian, M. C. Maignié, J.-C. Marguerite, F. Marty, M. Ménès, M.-C. Mietkiewicz, J.-P. Minary, O. Natahi, M. Paes, S. Quesemand-Zucca, J.-J. Rassial, L. Ridet, R. Samacher, F. Sauvagnat, A. Sirota, S. Thibierge, A. Vanier, L. M. Villerbu, C. Wacjman.

**Trisomie 21
Aides et conseils**
3^e édition

M. Cuilleret
Masson

Donner, à chacun, le meilleur développement possible, la meilleure harmonie, en respectant chaque individualité, n'est pas chose aisée lors de Trisomie 21.

Au cours du développement de l'enfant et de l'adolescent, les principales étapes éducatives sont maintenant bien connues. L'ensemble des éléments nécessaires au bon suivi de l'enfant : éducation précoce, préscolaire, scolaire, puis au suivi de l'adolescent ne semble plus devoir être remis en question. Seules les méthodologies d'application sont encore discutées. Le but de cet ouvrage est d'expliquer certains points importants et particuliers ; d'apporter des éléments et des modalités nouvelles d'aide aux enfants ou adultes porteurs de trisomie 21. Le souhait est, aussi, d'initier une approche de la personne atteinte de trisomie 21 en lui donnant une identité, lui conférant un statut et des projets de vie qui lui ont longtemps été refusés. Ce livre a été divisé en deux parties : la première rassemble tout ce qui a trait aux premiers âges de la vie, la seconde aborde les questions posées par les évolutions de l'adolescent, de l'adulte et du vieillard.

ANNONCES EN BREF

26 mai 2000. Paris. Séance spéciale organisée par le Collège de Médecine des Hôpitaux de Paris sur le thème : *L'aléa thérapeutique*. Inscriptions : Catherine Gragnon, CMHP, 45 quai de la Tournelle, 75005 Paris. Tél. : 01 43 25 71 95. Fax : 01 43 25 40 92. E-mail : c.gragnon@cmhp.asso.fr.

26 et 27 mai 2000. Paris. Colloque de l'Association Pratiques de la Folie sur le thème : *Consentement et trahison*. 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.

1^{er} au 4 juin 2000. Aix-les-Bains. 9^{ème} Séminaire du Comité Européen Droit, Ethique et Psychiatrie (CEDEP) sur les thèmes : *Santé publique : démission ? défaite ? Développement humain et habilitation citoyenne, Exclusion sociale et santé mentale : statut de la clinique / traitements en impasse*. Secrétariat scientifique et d'organisation : Bruno Gravier, SMPP, 18 avenue Sévelin, CH 1004 Lausanne (Suisse). Fax : +41 21 626 13 160. E-mail : bruno.gravier@inst.hospvd.ch.

23 et 24 juin 2000. Reims. VII^{èmes} Rencontres de la CRIEE sur le thème : *Actualité du trauma*. Renseignements et inscriptions : G. Rodriguez, Centre de Jour A. Artaud, 45 rue Jeanne d'Arc, 51100 Reims. Tél. : 03 26 40 01 23. Fax : 03 26 77 93 14.

26 au 30 juin 2000. Paris. Congrès International de Jubilé organisé par la Fédération Française de Psychiatrie sur le thème : *De la clinique à la recherche : penser la psychiatrie*. Renseignements : MTV Congrès du Jubilé de l'AMP, BP 38, 92502 Rueil Malmaison. Tél. : 01 41 39 88 82. Fax : 01 41 39 88 85. E-mail : wpa.jubileecongress@mtv.fr.

8 au 11 juillet 2000. Paris. Les états généraux de la psychanalyse. Renseignements : Convergences-E.G. Psychanalyse 2000, 120 av Gambetta, 75020 Paris. Tél. : 01 43 64 77 77. Fax : 01 40 31 01 65. E-mail : convergences@convergences.fr.

20 au 22 juillet 2000. Versailles. Association Internationale d'Histoire de la Psychanalyse. VII^{ème} rencontre internationale. *Histoire du travail psychanalytique clinique de Freud à nos jours. Retrospective et perspectives*. Renseignements : AIHP, 8 rue du Cdt Mouchotte, 75014 Paris. Tél. et fax : 01 40 47 04 49. E-mail : aihip@magic.fr.

15 au 17 septembre 2000. Mouans Sartoux. 10^{ème} Colloque de l'Association Art-Science-Pensée. Quatre thèmes seront abordés : *Communication et langage, Langues et langage, Créativité et langage, Pathologie du langage*. Contacts : Dr Charbit : 04 93 75 64 65. Dr Fouque : 04 93 87 65 40. E-mail : css@mega.it. Fax : 00 39 055 248 02 46.

18 au 20 septembre 2000. Biarritz. Journée de formation continue sur le thème : *Le temps*

de soigner, le temps de revivre. Renseignements : Fédération d'Aide à la Santé Mentale Croix-Marine, 31 rue d'Amsterdam, 75008 Paris. Tél. : 01 45 96 06 36. Fax : 01 45 96 06 05. Minitel : 3615 Mentalinfo. E-mail : croix.marine@wanadoo.fr.

27 au 30 septembre 2000. Vannes. XIX^{es} Journées de la Société de l'Information Psychiatrique sur le thème : *L'avenir de la psychiatrie publique*. Renseignements : Dr Jacques Bourcy, CPEA, 4 avenue E. Degas, 56000 Vannes. Tél. : 02 97 63 47 00. Fax : 02 97 63 00 06. E-mail : vannespsy2000@caramail.com.

6 et 7 octobre 2000. Brest. Colloque Musique et Thérapie. Renseignements : Mme Bescond, Secrétariat de Pédo-psychiatrie, Hôpital de Bohars, 29820 Bohars. Tél. : 02 98 01 50 46. Fax : 02 98 01 52 33. E-mail : alain.lazartigues@univ-brest.fr.

7 octobre 2000. Lille. Journée d'études organisée par l'Association « Savoirs et Clinique » sur le thème : *Le suicide : tentation et répétition*. Renseignements : Dr Emmanuel Fleury le Vesco. Tél. : 03 20 55 73 27. Fax : 03 20 74 45 44.

10 au 12 octobre 2000. Mirecourt. Il était une fois... les croyances de la pathologie *Les croyances sous l'éclairage de la Psychiatrie mais aussi de l'histoire, de l'Ethnologie, de la philosophie, de la théologie, etc...* Renseignements : Dr Thierry Fouquet, 2^e Service, Centre Hospitalier de Ravenel, BP 199, 88507 Mirecourt Cedex. Tél. : 03 29 37 83 90. Fax : 03 29 37 84 89. Ou Centre Médico-Psychologique, 2bis rue du Praillon, 88200 Remiremont. Tél. : 03 29 23 19 80. Fax : 03 29 62 46 93.

11 au 13 octobre 2000. Congrès de l'Association Hospitalière Sainte Marie sur le thème : *Santé mentale au troisième millénaire. Vers de nouvelles pratiques de soins*. Organisation : Joëlle Houdry, 04 73 19 84 58, fax : 04 73 19 84 51. E-mail : ahsn.congres.2000@wanadoo.fr. Appels à communication : Jean-Michel Poitre, 04 73 43 55 75, fax : 04 73 43 55 76. Inscriptions : Clermont Congrès, 04 73 98 65 00, fax : 04 73 90 04 11.

20 octobre 2000. Lyon. XII^{ème} Journée d'Epidémiologie en Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent organisée par le Groupe Français d'Epidémiologie Psychiatrique sur le thème : *Les épisodes critiques à l'adolescence. Apports de l'Epidémiologie*. Renseignements scientifiques et propositions de communications : Secrétariat scientifique, Dr Y.C. Blanchon, CHU de Saint Etienne, Hôpital Saint-Jean-Bonnefonds, 42055 Saint-Etienne Cedex 2. Tél. : 04 77 12 79 96. Fax : 04 77 12 73 21. Renseignements pratiques et inscriptions : Secrétariat du GFEP, Centre Hospitalier Saint-Jean-de-Dieu, 290 Route de Vienne, 69373 Lyon Cedex 08. Tél. : 04 37 90 13 55. Fax : 04 37 90 13 16. Jours d'ouverture : mardi, mercredi et vendredi matin. E-mail : jpvignat@ch-st-jean-de-dieu-lyon.fr.

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